

PROCESSO Nº:	RLA – 17/00850315
UNIDADE GESTORA:	Secretaria de Estado da Saúde
RESPONSÁVEL:	Helton de Souza Zeferino
ASSUNTO:	Auditoria operacional para levantar a Dívida do Estado na Saúde
RELATÓRIO DE REINSTRUÇÃO:	DAE

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de Auditoria Operacional realizada na Dívida do Estado na Saúde.

A Diretoria de Atividades Especiais (DAE) desta Corte de Contas verificou a necessidade de fiscalização no tema da presente auditoria quando em setembro de 2017 teve acesso ao levantamento da dívida da Saúde, solicitado pelo próprio Secretário da Pasta, Sr. Vicente Augusto Caropreso.

Na sequência, o Ministério Público de Santa Catarina (MPSC), por meio do Procurador-Geral de Justiça, Senhor Sandro José Neis, solicitou ao Tribunal de Contas a realização de uma auditoria na saúde do Estado, em relação aos últimos cinco anos, com o intuito de apurar, especialmente, o real valor e a regularidade da dívida do Estado de Santa Catarina com o sistema de saúde, a regularidade do repasse pelo Estado dos valores constitucionalmente destinados à saúde, assim como, quais rubricas do orçamento constituem tais repasses, e se os valores utilizados para quitação de dívidas realizadas em exercício anterior vêm sendo contabilizados no exercício subsequente, para fins de alcançar o percentual mínimo a ser destinado à saúde (Ofício n. 0524/2017/SUBJUR/PGJ, de 01/09/2017, fls. 7/8).

Este Tribunal, visando apurar a situação financeira da saúde e atender à solicitação do Ministério Público, definiu realizar a fiscalização por meio da auditoria do tipo operacional para avaliar a gestão da saúde como um todo, com enfoque nas principais causas da dívida, não se limitando às questões solicitadas pelo MPSC, pois estas, com exceção do valor atual da dívida, já vinham sendo tratadas por esta Corte, anualmente, na análise das contas do Estado.

A auditoria operacional é o procedimento de fiscalização que tem por finalidade avaliar, quanto aos aspectos da economicidade, eficiência, eficácia e efetividade, os programas e as ações dos órgãos ou entidades que integram a Administração Pública e, por meio dessa avaliação, obter conclusões aplicáveis ao aperfeiçoamento desses programas e ações e à otimização do dispêndio dos recursos (Art. 1º da Instrução Normativa nº TC 03/2004) tendo como etapas de trabalho o levantamento pertinente ao assunto, planejamento das atividades, execução de auditoria, elaboração de relatório técnico e posteriormente, mediante plano de ação

aprovado em Plenário, monitoramento.

O presente trabalho iniciou em 19 de setembro de 2017, com a apresentação da equipe de auditoria e a solicitação de documentos e informações ao Secretário de Estado da Saúde, por meio do ofício OF.TCE/DAE Nº 13.554/2017 (fls. 4-6), quando, também, iniciou o levantamento de informações e estudo do tema. Em outubro de 2017, realizou-se o planejamento da auditoria, dando sequência a execução e a elaboração do relatório.

O resultado inicial da auditoria consta do Relatório DAE nº 003/2018 (fls. 3077-3163), que foi encaminhado em Audiência ao Secretário de Estado da Saúde à época da auditoria, Sr. Vicente Augusto Caropreso, por meio do Ofício Of. TCE/SEG Nº 2.975/18, de 05/03/2018 (fl. 3170), e para ao Secretário de Estado da Saúde atual, Sr. Acélio Casagrande, por meio do Ofício Of. TCE/SEG Nº 2.974/18, de 05/03/2018 (fl. 3171), para apresentação de comentários e/ou justificativas acerca dos apontamentos oriundos da auditoria efetivada.

O Secretário de Estado da Saúde à época solicitou prorrogação de prazo da audiência, por meio do Protocolo nº 11332/2018 de 09/04/2018 (fls. 3175/3176), justificando a impossibilidade de reunir as informações necessárias no prazo fixado, o que foi concedido por meio do Despacho GAC/AMF nº 252/2018 (fl. 3180) e Ofício Of. TCE/SEG Nº 5732/2018, de 17/04/2018 (fl. 3183) encaminhado ao então Secretário.

Do mesmo modo, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio de sua Consultora Jurídica, solicitou dilatação do prazo para resposta da audiência, por meio do Protocolo nº 12157/2018, de 13/04/2018 e Ofício nº 274/2018 (fls. 3178/3179), tendo em vista a complexidade das informações requeridas e por se tratar de tema que diz respeito à competência de diversos setores daquela Secretaria, o que foi concedido, conforme Despacho GAC/AMF nº 256/2018 (fl. 3181) e Ofício Of. TCE/SEG Nº 5805/2018, de 18/04/2018 (fl. 3186) encaminhado ao Secretário Acélio Casagrande.

Em 09/05/2018, o Secretário de Estado da Saúde solicitou novamente dilatação do prazo para apresentar resposta à audiência, conforme Ofício nº 170/2018 (fl. 3187), complementando a justificativa inicial de que “equipe técnica e gestoras estão promovendo o levantamento de informações e reavaliando todo o plano operativo, com o objetivo de abranger todos os itens de forma consubstanciada, bem como avançar na busca de uma melhor gestão pautada nos critérios de economicidade e eficiência, dentro da viabilidade econômica em que se encontra a Secretaria de Estado da Saúde”. O pedido foi deferido em caráter excepcional, conforme Despacho GAC/AMF nº 347/2018 de 14/05/2018 (fl. 3190) e Ofício Of. TCE/SEG Nº 7875/2018, de 21/05/2018 (fl. 3194).

Em 03/05/2018, sob Protocolo nº 15159/2018, o Sr. Vicente Augusto Caropreso também solicitou nova prorrogação de prazo da audiência, pelo receio de não conseguir entregar a peça no prazo determinado (fls. 3192/3193), concedida conforme Ofício Of. TCE/SEG nº 7876/2018, de 21/05/2018 (fl. 3195).

O Sr. Vicente Augusto Caropreso protocolou a resposta da audiência neste Tribunal em 07/06/2018, sob nº 19187/2018 (fl. 3200-3326), e em 18/06/2018, sob nº 20307/2018 (fls. 3328-3331), e o Sr. Acélio Casagrande protocolou a resposta da audiência neste Tribunal em 11/07/2018, sob nº 22800/2018 (fl. 3332-3463).

Após a análise dos comentários dos gestores acima citados, entendeu-se como prudente incluir a Secretaria de Estado da Fazenda como parte no processo, em virtude da necessidade de ação deste órgão em itens relativos à terceira questão de auditoria. Assim, em face desta demanda, por meio da Informação DAE nº 020/2018, de 17/09/2018 (fls. 3468/3469) ao Relator do processo, sugeriu-se as providências cabíveis à audiência da Secretaria de Estado da Fazenda naquilo que tange ao item 2.3 do Relatório DAE nº 003/2018 e a consequente modificação da conclusão do relatório original, o que foi acatado pelo Relator, conforme Despacho GAC/AMF – 626/2018 (fls. 3470/3471).

A Audiência ao Secretário de Estado da Fazenda, Sr. Paulo Eli foi realizada por meio do Ofício Of. TCE/SEG Nº 15.313/18, de 18/09/2018 (fl. 3472), para apresentação de comentários e/ou justificativas acerca dos apontamentos constantes na Informação DAE nº 020/2018, oriundos da auditoria realizada.

O Secretário de Estado da Fazenda requereu prorrogação de prazo da audiência, por igual período, diante da complexidade da matéria e da necessidade de manifestação de todas as áreas técnicas (Ofício/Gabs nº 761/2018, de 25/10/2018 - protocolado em 29/10/2018 sob o nº 35238/2018, fl. 3479/3480).

Em atendimento à audiência, o Sr. Paulo Eli protocolou documentos neste Tribunal em 26/11/2018, sob nº 38203/2018 (fl. 3481-3503), em que apresenta esclarecimentos quanto ao item 2.3 do Relatório DAE nº 003/2018.

Registra-se que o Sr. Vicente Augusto Caropreso apresentou inicialmente às suas manifestações um relato em que consta o período de sua gestão - justificando as respostas parciais apresentadas na audiência, e a situação vivenciada, dificuldades enfrentadas e medidas adotadas (fls.3202-3204).

Os dados obtidos durante a auditoria e as manifestações e justificativas dos gestores em relação ao resultado das análises são apresentados no presente relatório em três tópicos: Introdução, Análise e Conclusão.

O presente tópico apresenta a visão geral do auditado, com a forma de organização da Secretaria de Estado da Saúde e seus indicadores; a visão geral da auditoria, com destaque ao objetivo geral, às questões da auditoria, à metodologia utilizada e ao volume de recursos fiscalizados.

No segundo tópico são apresentados os resultados da auditoria operacional, em que se apresenta o levantamento da dívida do Estado na saúde (até 30/09/2017), e se relatam situações encontradas, evidências, causas identificadas, efeitos, sugestões de medidas a serem adotadas pelo gestor, considerações do gestores e análise das considerações dos gestores.

Na conclusão é sugerido conhecer este Relatório de Auditoria e conceder prazo a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado da Fazenda para que apresentem planos de ação visando ao cumprimento das determinações e implementação das recomendações resultantes do trabalho, e o encaminhamento dos autos à consideração do Exmo. Sr. Relator, ouvido preliminarmente o Ministério Público junto a este Tribunal.

Destaca-se que desde a apresentação da equipe de auditoria até a finalização dos trabalhos, o Secretário de Estado da Saúde e sua equipe, assim como, o Secretário de Estado da Fazenda e equipe demonstraram participação e empenho em viabilizar a auditoria, atendendo prontamente todos os pedidos realizados, viabilizando a execução do trabalho no cronograma planejado.

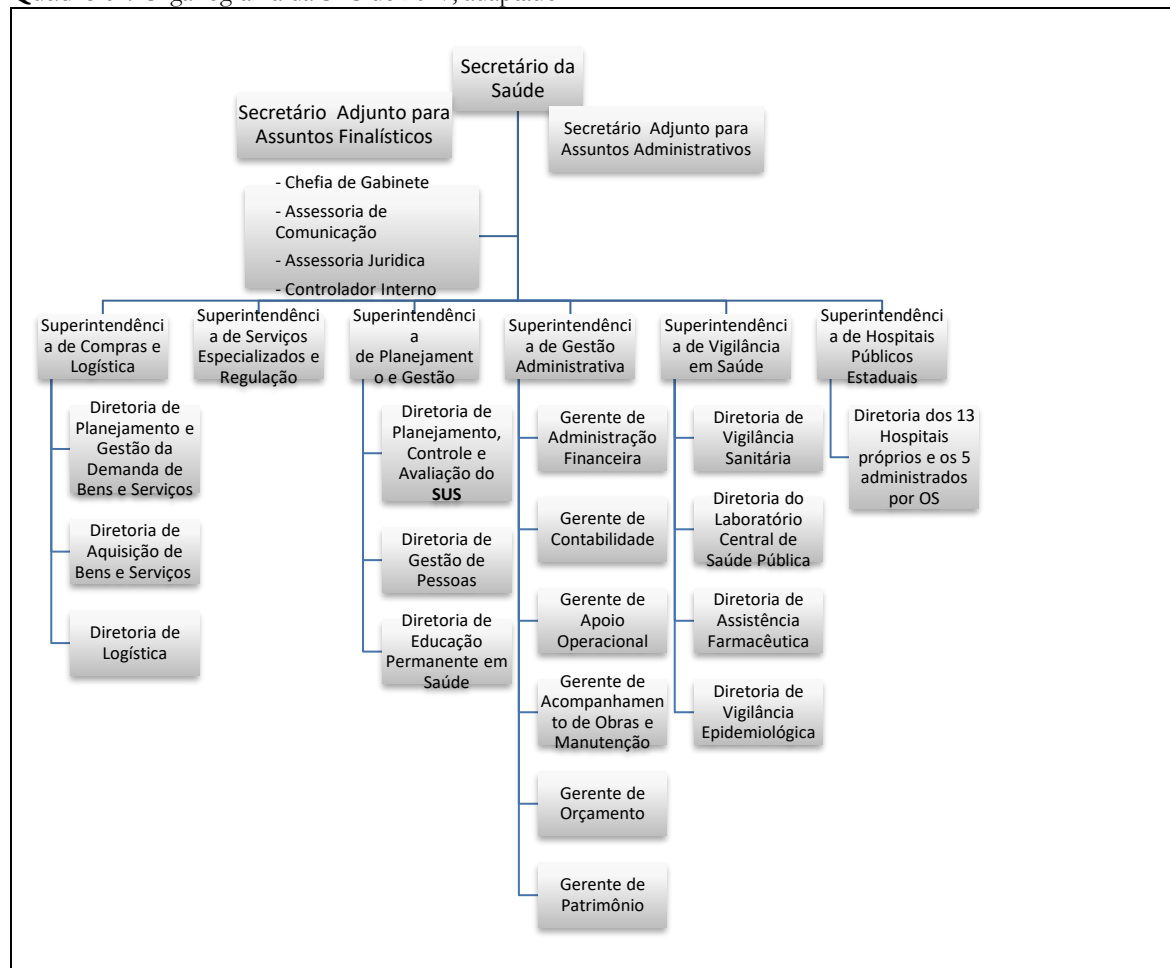
1.1 VISÃO GERAL DO AUDITADO

A Secretaria de Estado da Saúde (SES) é órgão da Administração Direta do Estado de Santa Catarina, conforme a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual constante na LCP nº 381 de 07/05/2007. Segue a política estadual de saúde descentralizada, com uma Gerência de Saúde em cada uma das 35 Agências de Desenvolvimento Regional (ADR) que o Estado possui. Segue, também, a política de gestão regionalizada com nove macrorregiões e 16 regiões de saúde.

A estrutura administrativa da SES é composta por seis superintendências: Superintendência de Gestão Administrativa, Superintendência de Compras e Logística, Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS, Superintendência de Serviços

Especializados e Regulação, Superintendência de Vigilância em Saúde, Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais.

Quadro 01: Organograma da SES de 2017, adaptado



Fonte: SES, Gerencia de Planejamento – organograma adaptado a estrutura atual da SES.

De acordo com o PES 2016-2019, a rede física de saúde pública de gestão estadual e serviços contratualizados está composta da seguinte forma:

Quadro 02: Rede física de saúde de Santa Catarina de gestão estadual e contratualizados

Rede Física	Quantidade
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos	1
Central de regulação de acesso	1
Central de regulação médica das urgências	6
Central de saúde/unidade básica	1
Clínica/centro de especialidade	80
Hospitais especializados	5
Hospital geral	65
Hospital dia – isolado	1
Laboratório de saúde pública	1
Policlínica	1
Pronto atendimento	1
Telesaúde	1

Rede Física	Quantidade
Unidade de apoio à diagnose e terapia	41
Unidade mista	1
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	34
Unidade móvel terrestre	1

Fonte: PPA 2016-2019 SC, fl. 257

Destaca-se, que a estrutura hospitalar catarinense é composta por 181 hospitais vinculados ao SUS. Desses, 13 hospitais públicos são administrados pela Secretaria de Estado da Saúde e 05 estão com sua administração dirigida por organizações sociais.

Quadro 03: Hospitais administrados pela Secretaria de Estado da Saúde

Hospitais
Hospital Santa Tereza
Maternidade Dona Catarina Kuss
Hospital Nereu Ramos
Instituto de Psiquiatria
Hospitais Doutor Waldomiro Colautti
Hospital Governador Celso Ramos
Hospital Regional Homero de Miranda Gomes
Instituto de Cardiologia
Maternidade Carmela Dutra
Maternidade Darcy Vargas
Hospital Hans Dieter Schmidt
Hospital Infantil Joana de Gusmão
Hospital e Maternidade Tereza Ramos

Fonte: SES

Quadro 04: Hospitais administrados por Organizações Sociais

Hospitais
Hospital Terezinha Gaio Basso
Hospital Florianópolis
Hospital Regional de Araranguá
Hospital Jeser Amarante Faria
CEPON

Fonte: SES

Pessoal

O quadro de pessoal da SES estava composto por 11.929 agentes públicos, em junho de 2016, sendo servidores, funcionários terceirizados e cargos comissionado nos quantitativos abaixo discriminados:

Quadro 05: Funcionários da Secretaria de Estado da Saúde, em junho de 2016

Categorias	Quantidade
Efetivos	9.955
Terceirizados	1.296
Admitidos em Caráter Temporário	545

Categorias	Quantidade
Comissionados	132
CLT	1
Total	11.929

Fonte: PPA 2016-2019 SC, fl. 257

Metas Financeiras para a SES

De acordo com o PPA 2016-2019, a meta financeira da SES (aquilo que é planejado como despesas da saúde para os 04 anos compreendidos no PPA), segundo as unidades orçamentárias e as suas subfunções, encontra-se detalhada a seguir:

Quadro 06: Metas financeiras da SES, por unidades orçamentárias e subfunção – 2016-2019

Unidade Orçamentária	Valor (R\$)	%
Fundo Estadual da Saúde	16.846.840.865	99,48%
Fundo Catarinense para o Desenvolvimento da Saúde	87.400.000	0,52%
Total	16.934.240.865	100%
Subfunção	Valor (R\$)	%
Assistência hospitalar e ambulatorial	8.667.505.915	51,18%
Administração geral	5.691.402.412	33,61%
Ação judiciária	969.675.500	5,73%
Suporte profilático e terapêutico	675.471.316	3,99%
Atenção básica	506.003.923	2,99%
Vigilância epidemiológica	190.719.418	1,13%
Formação de recursos humanos	71.181.107	0,42%
Transportes especiais	52.449.400	0,31%
Assistência ao portador de deficiência	42.202.000	0,25%
Tecnologia da informação	38.301.699	0,23%
Vigilância sanitária	20.287.775	0,12%
Difusão do conhecimento científico e tecnológico	4.699.900	0,03%
Desenvolvimento científico	1.520.000	0,01%
Assistência comunitária	928.200	0,01%
Comunicação social	928.200	0,01%
Assistência à criança e ao adolescente	664.100	0,00%
Preservação e conservação ambiental	300.000	0,00%
Total	16.934.240.865	100%

Fonte: PPA 2016-2019 SC, fl. 64

Aplicação de recursos em ações e serviços de saúde

A Constituição Federal prevê a corresponsabilização financeira das três esferas de governo para a atenção à saúde. Nos Fundos de Saúde são alocados recursos de despesas de custeio e de capital; de investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e por ele aprovados; de investimentos previstos em Planos de Governo; e de cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos gestores, destinados

especialmente a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde possui duas unidades orçamentárias, além dela mesma, o Fundo Estadual da Saúde (FES) e o Fundo Catarinense para o Desenvolvimento da Saúde (Investsaúde).

O Fundo Estadual da Saúde, criado pela Lei nº 5.254 de 27/09/1976, tem por objetivo apoiar em caráter supletivo, os programas de trabalho relacionados com a saúde individual e coletiva e com o meio ambiente, desenvolvidos ou coordenados pela Secretaria de Estado da Saúde.

O Fundo Catarinense para o Desenvolvimento da Saúde, criado pela Lei nº 16.666 de 21/07/2015 e Decreto nº 354 de 03/09/2015, destina-se a promover o desenvolvimento dos municípios catarinenses na área da saúde, mediante aplicação direta do Estado e apoio financeiro aos planos de trabalho municipais de investimento.

Pelo detalhamento das despesas do exercício de 2016, foram orçados 18,60 % do total previsto no PPA 2016-2019 para o Fundo Estadual da Saúde e o Fundo Catarinense para o Desenvolvimento da Saúde.

Quadro 07: Detalhamento das despesas previstas nas Unidades Orçamentárias para 2016

Unidade Orçamentária	Despesas Correntes			Despesas de Capital	Total
	Pessoal Enc. Sociais	Outras Desp. Correntes	Subtotal	Investimentos	
Fundo Estadual de Saúde	899.419.360	1.894.171.304	2.793.590.664	325.672.873	3.119.263.537
Investsaúde	-	-	-	31.084.866	31.084.866
Total	899.419.360	1.894.171.304	2.793.590.664	356.757.739	3.150.348.403

Fonte: site SEF, Execução Orçamentária, LOA 2016.

As despesas empenhadas nos dois Fundos para o exercício de 2016, representaram 94,07 % em relação ao total orçado em 2016 nestas Unidades Orçamentárias.

Quadro 08: Despesas registradas no Fundo Estadual da Saúde em 2016

Fonte de Recurso	Empenhado	Liquidado	Pago
Fundo Estadual da Saúde	2.932.441.779,57	2.874.394.711,43	2.775.363.777,10
Investsaúde	31.218.934,03	31.218.934,03	31.218.934,03
Total	2.963.660.713,60	2.905.613.645,46	2.806.582.711,13

Fonte: SIGEF - Balanço Orçamentário

Destaca-se que atualmente a Secretaria de Estado da Fazenda é a repassadora dos recursos do Fundo Estadual da Saúde (Fonte 100) à Secretaria de Estado da Saúde que os administra.

Repasse da União

Os percentuais de investimento financeiro dos Municípios, dos Estados e da União no SUS estão definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141/2012.

No caso da União, conforme a Emenda Constitucional 86/2015, deveria aplicar anualmente em ações e serviços da saúde o montante empenhado no exercício anterior, nos termos da LC, acrescido de, no mínimo, o percentual nominal do PIB, ocorrida no ano anterior a LOA (art. 5º). Com a EC nº 86/2015, o percentual passou a ser sobre a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, devendo ser cumprido progressivamente. Com a Emenda Constitucional nº 95/2016, a forma do cálculo do mínimo a ser aplicado em saúde alterou-se novamente. Para o exercício de 2017, equivalerão às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e para os exercícios posteriores, equivalerão aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 da EC nº 95/2016.

Os valores repassados pela União aos Estados e Municípios para aplicação na saúde, nos exercícios de 2012 a 2016, por blocos de financiamento, estão discriminados a seguir:

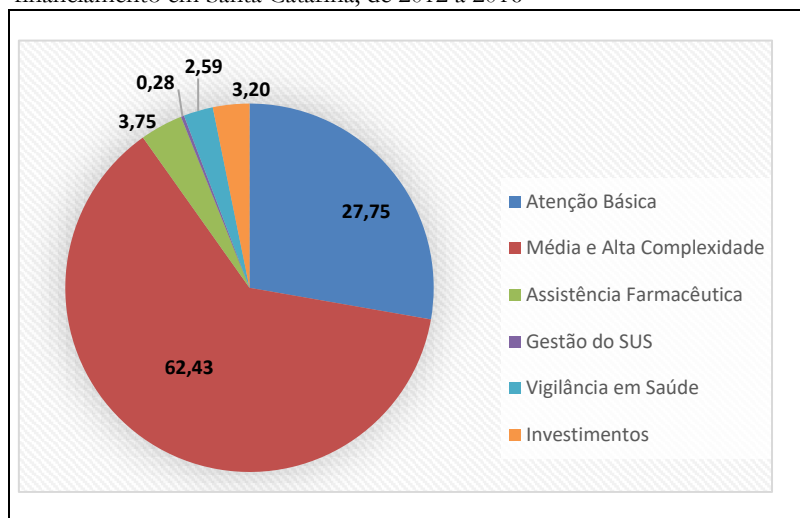
Quadro 09: Distribuição dos recursos financeiros para os blocos de financiamento de 2012 a 2016

Repasse financeiro / Ano	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2016 (R\$)	Diferença entre 2016 e 2012 atualizado pela inflação
Atenção Básica	502.687.922,48	506.242.753,40	546.746.592,05	603.616.117,21	685.960.054,48	-19.210.563,17
Média e Alta Complexidade	1.002.410.447,23	1.132.618.589,13	1.321.370.222,63	1.472.694.432,90	1.471.293.546,77	65.112.171,40
Assistência Farmacêutica	87.459.483,28	75.164.170,58	76.200.329,36	69.141.491,48	76.462.346,80	-46.225.816,35
Gestão do SUS	8.992.902,88	12.635.519,78	4.337.105,00	2.195.934,72	1.040.600,00	-11.574.644,16
Vigilância em Saúde	45.595.883,56	55.764.001,53	50.112.320,60	49.805.424,51	63.801.999,77	-159.905,69
Investimentos	41.673.190,09	67.504.434,30	80.584.462,25	75.681.492,03	63.072.588,40	4.613.437,34

Fonte: Portal da Transparência do Ministério da Saúde¹

¹ <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>, acesso em 20/11/2017

Quadro 10: Média percentual de transferência intergestores para os blocos de financiamento em Santa Catarina, de 2012 a 2016



Fonte: Portal da Transparência do Ministério da Saúde

Repasse Estadual/Próprio

Em relação aos Estados e ao Distrito Federal, a LC nº 141/2012 estabelece a aplicação anualmente de 12% do valor arrecadado em ações e serviços de saúde. A participação da iniciativa privada no SUS é aceita em caráter complementar com prioridade das entidades filantrópicas sobre as privadas lucrativas.

Pela Emenda Constitucional Estadual nº 72/2016 (dá nova redação ao art. 155 e ao art. 50 do ADCT, da Constituição do Estado de Santa Catarina), o Estado de Santa Catarina deverá aplicar anualmente, no mínimo, 15% em ações e serviços de saúde, com aumento progressivo. Portanto, deve ser aplicado 13% da arrecadação do Estado na saúde a partir de 1º de janeiro de 2017. A partir de 1º de janeiro de 2018, o percentual mínimo será de 14% e de 15% a partir de 1º de janeiro de 2019.

Considerando todas as fontes de financiamento e os recursos próprios do Estado, destaca-se o percentual de recursos aplicados na saúde em relação ao orçamento geral do Estado no período de 2012 a 2016:

Quadro 11: Percentual aplicado na saúde de SC

Ano	Recursos próprios (%)
2012	12,14
2013	12,02
2014	12,36
2015	12,85
2016	12,82

Fonte: SIOPS, portal da saúde²

² (<http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresuf.php?escuf=3>), acesso em 17/11/2017

1.2 VISÃO GERAL DA AUDITORIA

1.2.1 Objetivo

A auditoria teve como objetivo levantar a dívida do Estado na saúde e avaliar sob o enfoque da gestão como os recursos da saúde estão sendo utilizados, estudando formas de minimizar a dívida e os problemas decorrentes dela.

Para atingir o objetivo, foram elaboradas cinco questões de auditoria:

- 1ª – Qual o valor atual da dívida do estado na saúde?
- 2ª - É possível identificar motivos da evolução da dívida da saúde no Estado?
- 3ª - A forma como o Estado estima as receitas e fixa as despesas para a saúde na Lei Orçamentária Anual vai ao encontro da demanda existente?
- 4ª - A Secretaria de Estado da Saúde baliza suas ações em instrumentos de planejamento de ações e investimentos regionalizados e hierarquizados?
- 5ª - As ações decorrentes do Pacto por Santa Catarina na área da Saúde foram embasadas em critérios técnicos e o custeio futuro das obras foram considerados antes de sua execução?

1.2.2 Metodologia

A auditoria iniciou com o levantamento da dívida do Estado na saúde e o conhecimento do órgão e do tema saúde, no mês de setembro de 2017, por meio de entrevistas com conhecedores do assunto, busca de informações na internet, consultas a sistemas informatizados, solicitação de documentos e análise da legislação correlata.

Os trabalhos foram divididos em duas equipes, sendo que a primeira equipe ficou responsável pelo levantamento da dívida e a segunda equipe aprofundou os estudos iniciados no levantamento e analisou a gestão dos recursos da saúde.

Durante o levantamento, o planejamento e a execução da auditoria foram realizadas visitas e entrevistas a funcionários da Secretaria de Estado da Saúde. Com as informações e os documentos, elaborou-se as matrizes de planejamento e achados e na sequência este relatório de auditoria.

1.2.3 Volume de recursos fiscalizados

Para o cômputo do volume de recursos fiscalizados, levantou-se as despesas empenhadas pelo Fundo Estadual da Saúde e pelo Fundo Catarinense para o Desenvolvimento da Saúde (Investsaúde) dos anos de 2012 a 2017, até 30/09/2017, período que abrangeu a auditoria, que totalizaram R\$ 15.015.088.538,58, conforme a evolução demonstrada a seguir:

Quadro 12: Valores empenhados anualmente para a saúde do período de 2012 a 2017*

Tipo Despesa/Unidade Orçamentária	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Total
Despesas Correntes	1.872.078.063,80	2.144.791.012,61	2.480.007.352,91	2.665.149.338,31	2.793.590.664,00	2.283.298.531,35	14.238.914.962,98
Fundo Estadual da Saúde	1.872.078.063,80	2.144.791.012,61	2.480.007.352,91	2.665.149.338,31	2.793.590.664,00	2.283.298.531,35	14.238.914.962,98
Despesas de Capital	67.394.900,99	58.482.163,20	93.190.175,69	83.099.697,37	356.757.739,00	117.248.899,35	776.173.575,60
Fundo Estadual da Saúde	67.394.900,99	58.482.163,20	93.190.175,69	83.099.697,37	325.672.873,00	44.938.598,23	672.778.408,48
Investsaúde					31.084.866,00	72.310.301,12	103.395.167,12
Total	1.939.472.964,79	2.203.273.175,81	2.573.197.528,60	2.748.249.035,68	3.150.348.403,00	2.400.547.430,70	15.015.088.538,58

Fonte: site SEF, Execução Orçamentária, 2012 a 2017

*Até 30/09/2017

Para o cálculo, acrescentou-se aos valores empenhados, o total da dívida não contabilizada, levantada pela equipe de auditoria, que somou R\$ 492.424.083,13, conforme consta no item 2.1.1 deste Relatório. Ressalta-se que este valor se refere a dívida atual levantada até 30/09/2017, não se podendo afirmar a que período se refere.

Portanto, o volume de recursos fiscalizados estimado, que se refere aos valores empenhados, no período de 2012 a 2017 (até 30/09/2017), e os não contabilizados levantados atualmente, totalizaram R\$ 15.507.512.621,71.

2. RESULTADOS DA AUDITORIA

Apresenta-se como resultados da auditoria os achados decorrentes das questões de auditoria, que estão apresentados na mesma sequência das cinco questões definidas durante a etapa de planejamento.

2.1 LEVANTAMENTO DA DÍVIDA DO ESTADO NA SAÚDE

Qual o valor atual da dívida do estado na saúde?

Os procedimentos utilizados para o levantamento da dívida na saúde consistiram em análise de informações e documentos encaminhadas pela Secretaria de Estado de Saúde, análise e coleta de dados *in loco* na SES, consultas ao Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF) e reuniões e entrevistas com conhecedores do tema.

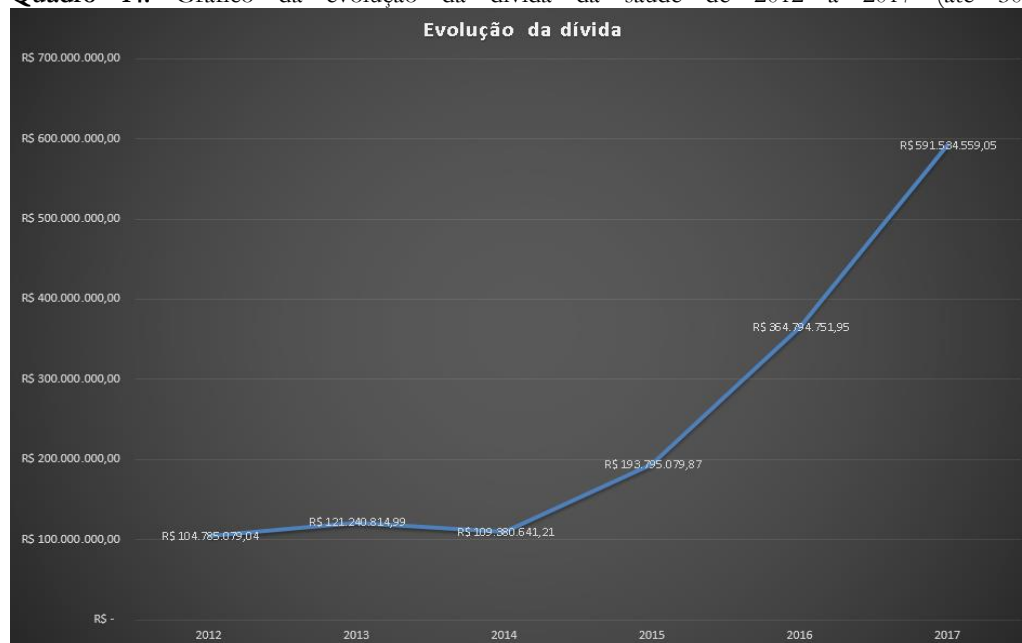
Primeiramente levantou-se a evolução da dívida do período de 2012 a 2017 constante nos registros das contas do passivo circulante e passivo não circulante do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF), o que resultou nos seguintes valores anuais:

Quadro 13: Montante da dívida da Saúde registrada no SIGEF de 2012 a 2017

Conta	2012 (R\$)	2013 (R\$)	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2016 (R\$)	*2017 (R\$)
Passivo Circulante ³	30.737.940,93	53.961.177,20	39.558.958,62	119.839.816,04	290.416.366,19	500.636.550,64
Passivo Não-Circulante ⁴	74.047.138,11	67.279.637,79	69.821.682,59	73.955.263,83	74.378.385,76	90.898.08,41
TOTAL	104.785.079,04	121.240.814,99	109.380.641,21	193.795.079,87	364.794.751,95	591.534.559,05

Fonte: SIGEF (*Até 30/09/2017)

Quadro 14: Gráfico da evolução da dívida da saúde de 2012 a 2017 (até 30/09)



Fonte: SIGEF

Pelo gráfico percebe-se que de 2012 até 2014 os valores da dívida mantiveram-se equilibrados e, a partir de 2015 ocorreu uma crescente contínua.

Mediante a situação encontrada, a equipe de auditoria entendeu como necessário estipular uma data de corte para considerar a documentação do passivo não registrado. Definiu-se então a data de 30 de setembro de 2017 como limite do levantamento, delimitando

³ Passivo circulante são as obrigações contraídas a pagar dentro do ano corrente;

⁴ Passivo não circulante são as obrigações contraídas a pagar após o final do exercício seguinte ao encerramento do balanço patrimonial.

o mesmo período para as informações solicitadas à SES, onde por meio da Superintendência Administrativa (Ofício nº 125/2017, de 09/10/2017, fls. 11-13), apresentaram o valor total da dívida de R\$ 614.965.704,20, conforme segue:

Quadro 15: Montante da dívida da Saúde, por gerência

Gerência da SES	Valor (R\$)
1.Gerência de Supervisão das Organizações Sociais	111.434.659,35
2.Gerência de Contratualização dos Serviços do SUS	22.187.772,29
3.Gerência de Convênios	27.677.706,19
4.Gerência de Administração Financeira	231.617.073,69
Total	392.917.211,52
5.Gerência de Orçamento	21.461.800,98
6.Gerência de Contabilidade	5.909.900,08
7.Processos de pagamentos diversos	18.483.693,08
8.Incentivos Lei nº 16.159/2013	68.330.209,50
9.Associação dos Hospitais de SC, Federação dos Hospitais de SC e Federação dos Hospitais Filantrópicos	107.862.889,04
Total	222.048.492,68
Total Geral	614.965.704,20

Fonte: Superintendência de Gestão Administrativa da SES – Ofício nº 125/2017, de 09/10/2017

Na informação, a SES destacou que os valores dos itens 5, 6, 7, 8 e 9 do Quadro acima não poderiam ser considerados como despesas líquidas e certas, visto que dependiam dos estágios de empenho e liquidação.

Com base no levantamento inicial recebido, buscou-se validar tais dados, pois não coincidiam com os valores levantados no SIGEF (Quadro 13), analisando diversas situações, que resultaram no levantamento da dívida com valores contabilizados e não contabilizados, conforme descrito a seguir:

2.1.1 Valores contabilizados

O Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF), sistema oficial de planejamento, orçamento, finanças e contabilidade do Estado de Santa Catarina, registrou em 30/09/2017 como valores contabilizados no passivo, circulante e não circulante, o montante de **R\$ 591.534.559,05**.

Quadro 16: Valores Contabilizados

Descrição	Valor (R\$)
Passivo circulante (Obrigações de Curto Prazo)	500.636.550,64
Credores a Pagar sem Execução orçamentária	255.587.555,57
Demais obrigações de Curto Prazo	245.048.995,07
Passivo não circulante (Obrigações de Longo Prazo)	90.898.008,41
Total do Passivo Contabilizado	591.534.559,05

Fonte: SIGEF

No grupo Passivo estão registradas as obrigações a pagar da Secretaria de Estado da Saúde (SES), separadas em curto prazo (Passivo Circulante) e longo prazo (Passivo Não Circulante). No Passivo Circulante, mais precisamente, na Conta Credores a Pagar sem Execução Orçamentária foram contabilizadas despesas realizadas pela SES, cujos serviços já foram realizados e/ou a mercadorias entregues, portanto consideradas despesas liquidadas⁵, porém que ainda não passaram pelo estágio do empenho, ou seja, não foram registradas no sistema orçamentário da Unidade.

É importante registrar que sob o aspecto da técnica contábil, que visa evidênciação correta do patrimônio, o procedimento realizado está correto. De fato, quando da existência de tal situação, o registro deve ser realizado como bem o fez a contabilidade da Secretaria.

O empenho, primeiro estágio da despesa orçamentária, conforme o artigo 58 da Lei nº 4.320/64, é definido como o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição, ou seja, consiste na reserva de dotação orçamentária para um fim específico.

Neste sentido, constata-se que ao realizar despesa sem prévio empenho a SES descumpriu a determinação do artigo 60 da Lei nº 4.320/64, *in verbis*:

Art. 60. É vedada a realização de despesa sem prévio empenho.

§ 1º Em casos especiais previstos na legislação específica será dispensada a emissão da nota de empenho.

§ 2º Será feito por estimativa o empenho da despesa cujo montante não se possa determinar. § 3º É permitido o empenho global de despesas contratuais e outras, sujeitas a parcelamento.

Esta situação de despesa sem prévio empenho está sendo monitorada por este Tribunal no Processo PMO 17/00737420, decorrente da análise das Contas de Governo relativo ao exercício de 2016.

⁵ Despesa orçamentária pública passa por três estágios, previstos na Lei n. 4.320/64, empenho (deve ser registrado no momento da contratação do serviço e consiste na reserva de dotação orçamentária para aquele fim), liquidação (verificação do direito adquirido pelo credor) e pagamento (entrega de numerário ao credor).

Ademais, cabe destacar que até 30 de setembro o valor registrado como despesa sem prévio empenho representava 51,05% do Passivo Circulante.

2.1.2 Valores não contabilizados

Durante o trabalho de levantamento da dívida, verificou-se um grande volume de despesas realizadas pela Unidade que ainda não tinham sido contabilizadas que totalizaram **R\$ 492.424.083,13**, conforme demonstrado no Quadro a seguir:

Quadro 17: Valores não contabilizados pela SES

Descrição	Valor (R\$)
1.Despesas realizadas sem liquidação no SIGEF – aguardando reforço de empenho	14.040.967,96
2.Empenhos aguardando liquidação no SIGEF	185.461,61
3.Notas Fiscais/Guia de Entrada de Materiais aguardando empenho/liquidação	15.222,05
4.Contratos de gestão com as organizações sociais	32.051.851,67
5.Despesas com Incentivos Hospitalares, Rede de Urgência e Emergência e Incentivos Maternidade	2.632.700,33
6.Convênios com Hospitais Terceirizados	27.677.709,19
7.Processos de Pagamentos Administrativos por Indenização - despesas de exercício findo sem empenho e despesas realizadas sem cobertura contratual	3.974.120,15
8.Processos de Pagamentos Administrativos aos Municípios resultantes de Auditoria, Terapia Renal Substitutiva, Oncologia e outros.	6.088.934,05
9.Lei nº 16.159/2013 - incentivo financeiro aos Municípios do Estado de Santa Catarina destinado a consultas e exames de média e alta complexidade.	68.330.209,50
10.Despesas pendentes de pagamentos para as unidades hospitalares vinculadas a Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina; Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina; Federação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Santa Catarina	107.862.889,04
11.Cofinanciamentos não contabilizados	24.966.989,00
12.Processos pendentes de inscrição em responsabilidade	81.098,09
13.Termo de Rescisão com a Orcali Serviços Especializados	12.917.952,32
14. Contratos não empenhados e/ou com ausência de liquidação no SIGEF	152.722.959,12
15.Processos de exercícios findos e de despesas do exercício de 2017 pendentes de empenhamento	4.875.019,05
16.Termo de Consentimento de Encontro de Contas de Chapecó e Itajaí	34.000.000,00
Total	492.424.083,13

Fonte: Equipe auditoria TCE/SC

Desta forma, o volume de despesas apuradas durante o trabalho de auditoria, e que não foram objeto de registro contábil, como também não passaram pelo estágio do empenho, ou qualquer outro, totalizaram R\$ 492.424.083,13, abrangendo obrigações que a Secretaria tem com seus parceiros (Municípios, Hospitais conveniados/contratados, Organizações Sociais, fornecedores, e demais prestadores de serviços), representando 45,43% do passivo total.

Ressalta-se mais uma vez que os valores expostos no quadro 17 consideraram a data de corte de 30/09/2017 e, para uma melhor compreensão das informações registradas faz-se necessário detalhar cada uma das situações.

2.1.2.1 Despesas realizadas sem liquidação no SIGEF – aguardando reforço de empenho – R\$ 14.040.967,96 (Anexo B, fls. 302-312)

Trata-se de despesas liquidadas aguardando reforço de empenho na Gerência de Orçamento. Esta situação ocorre quando o valor da nota fiscal apresentada pelo fornecedor é superior ao valor inicialmente empenhado, do mesmo modo quando a dotação orçamentária disponível é insuficiente. Isso significa dizer que a Secretaria está autorizando e realizando despesas sem garantia da existência de dotação orçamentária suficiente para pagamento das referidas despesas. Este fato é corriqueiro dentro da Unidade conforme observou a equipe de auditores durante as visitas realizadas.

O montante apurado neste item está registrado em duas planilhas (Anexo B). A primeira, no montante de R\$ 6.978.973,99, foi elaborada pela Gerência de Orçamento para ser encaminhada a Superintendência para solicitar reforço dos empenhos junto à Secretaria de Estado da Fazenda. As informações da segunda planilha, que alcançou o montante de R\$ 7.061.993,97, foram levantadas pela equipe de auditoria, com base nas notas fiscais apresentadas pelos fornecedores e que aguardavam os trâmites orçamentárias dentro da Secretaria.

2.1.2.2 Empenhos aguardando liquidação no SIGEF - R\$ 185.461,61 (Anexo C, fls. 313-504)

O montante de R\$ 185.461,61 refere-se as notas fiscais apresentadas pelos prestadores de serviço para as quais já foi realizado o respectivo empenho, mas que ainda não passaram pela fase de liquidação dentro do Sistema SIGEF. Cabe esclarecer, que somente após a liquidação no sistema a respectiva despesa passa a compor o Passivo Circulante da Unidade, ou seja, é reconhecido como uma dívida existente.

2.1.2.3 Notas Fiscais/Guia de Entrada de Materiais aguardando empenho/liquidação - R\$ 15.222,05 (Anexo D, fls. 505-550)

Trata-se de notas fiscais de fornecedores encontradas pela equipe de auditores na Gerência de Orçamento pendentes de empenhamento na quantia de R\$ 15.222,05.

2.1.2.4 Contratos de gestão com as organizações sociais - R\$ 32.051.851,67 (Anexo E, fls. 551-621)

De acordo com o Ofício nº 125/2017 (fls. 11-13), encaminhado pela Unidade, a dívida dos Contratos de Gestão firmados com as organizações sociais alcançou o montante de R\$ 111.434.659,35 relativos aos exercícios de 2016 e 2017. Do montante informado, a equipe de auditoria apurou que apenas R\$ 79.383.140,68 foram reconhecidos pela contabilidade. Desta forma, deixou de ser contabilizado o valor de R\$ 32.051.518,67, que segue discriminado no quadro 14.

Quadro 18: Valores não contabilizados de Contratos de Gestão com as Organizações Sociais

Entidade	Ofício nº 125/2017	Contabilidade	Valores Não Contabilizados
HEMOSC	33.524.737,16	25.471.190,64	8.053.546,52
CEPON	45.524.805,09	42.414.264,11	3.110.540,98
JESER	13.147.270,00	7.149.270,00	5.998.000,00
SMO	9.230.325,43	-	9.230.325,43
HRA	2.142.337,31	60.525,87	2.081.811,44
HF	7.865.184,36	4.287.890,06	3.577.294,30
TOTAL	111.434.659,35	79.383.140,68	32.051.518,67

Fonte: Equipe auditoria TCE/SC

2.1.2.5 Despesas com Incentivos Hospitalares, Rede de Urgência e Emergência e Incentivos Maternidade - R\$ 2.632.700,33 (Anexo E, fls. 551-621)

O montante de R\$ 2.632.700,33 referentes a despesas com Incentivos Hospitalares, Rede de Urgência e Emergência e Incentivos Maternidade foi extraído das informações encaminhadas pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Ofício nº 125/2017. O valor inicialmente informado pela Unidade era de R\$ 22.187.772,29, contudo, segundo informações prestadas pela Gerência de Contabilidade, deste valor já estão contabilizados R\$ 19.555.071,92, e ainda pendentes de registro R\$ 2.632.700,33.

2.1.2.6 Convênios com Hospitais Terceirizados - R\$ 27.677.709,19 (Anexo E, fls. 551-621)

As pendências financeiras de convênios no montante de R\$ 27.677.709,19 com Hospitais Terceirizados foram informadas pela Unidade por meio do Ofício nº 125/2017, e não foram objeto de registro contábil até o mês de setembro de 2017, como informado pela Gerência de Contabilidade.

2.1.2.7 Processos de Pagamentos Administrativos por Indenização - despesas de exercício findo sem empenho e despesas realizadas sem cobertura contratual - R\$ 3.974.120,15 (Anexo E, fls. 551-621)

Esta informação também foi encaminhada pela SES e refere-se aos processos de despesas de exercícios anteriores sem empenho e despesas realizadas sem cobertura contratual, cujo montante inicialmente informado foi de R\$ 5.909.900,98. No entanto, segundo a Gerência de Contabilidade, já foi objeto de registro contábil o valor de R\$ 1.935.779,93, portanto resta pendente o registro de R\$ 3.974.120,15.

2.1.2.8 Processos de Pagamentos Administrativos aos Municípios resultantes de Auditoria, Terapia Renal Substitutiva, Oncologia e outros - R\$ 6.088.934,05 (Anexo E, fls. 551-621)

Refere-se a despesas de exercícios anteriores cujo valor inicialmente informado pela Unidade por meio do Ofício nº 125/2017 foi de R\$ 18.483.693,08. Contudo, segundo informações da Gerência de Contabilidade, já foram objeto de registro R\$ 12.394.759,03, sendo que o restante R\$ 6.088.934,05 está aguardando tramitação para o setor de contabilidade providenciar o registro.

2.1.2.9 Lei nº 16.159/2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro aos Municípios do Estado de Santa Catarina destinado a consultas e exames de média e alta complexidade - R\$ 68.330.209,50. (Anexo E, fls. 551-621)

No que concerne à Lei nº 16.159 de 7 de novembro de 2013, que dispõe sobre o incentivo financeiro aos Municípios do Estado de Santa Catarina destinado a consultas e exames de média e alta complexidade, a dívida, na quantia de R\$ 68.330.209,50, não foi empenhada e também não foi registrada pela contabilidade na conta “Credores a Pagar sem execução orçamentária”.

Em que pese, as discussões existentes sobre a aplicação desta norma nos anos subsequentes ao Decreto Estadual nº 2.161/2014, por meio do qual definiu-se vigência para o

período de 2014, destaca-se que esta Corte de Contas no Parecer Prévio nº 0001/2017 referente a Prestação de Contas do Governador do exercício de 2016, ressaltou a ausência de repasses aos municípios de valores destinados a consultas e exames de média e alta complexidade, em descumprimento à Lei (estadual) nº 16.159/2013.

Do mesmo modo, a Secretaria de Estado da Saúde reconhece a existência desta dívida no valor de R\$ 68.330.209,50, conforme Ofício nº 125/2017.

2.1.2.10 Despesas pendentes de pagamentos para as unidades hospitalares vinculadas a Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina; Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina; Federação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Santa Catarina - R\$ 107.862.889,04 (Anexo E, fls. 551-621)

Segundo informado pela Secretaria, mediante o Ofício nº 125/2017, o valor de R\$ 107.862.889,04 decorre de serviços prestados pelas entidades hospitalares vinculadas à AHESC-FEHOESC-FEHOSC, referente a diversos procedimentos realizados como por exemplo: mutirão de cirurgias, média e alta complexidade, rede de emergência, bem como processos de habilitações pendentes.

Especificamente aos serviços de média e alta complexidade supracitados, os quais se referem a procedimentos e internações realizadas pelas unidades hospitalares, quando realizados além dos quantitativos e valores pactuados por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI geram o chamado extra teto.

A PPI é elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde, com base no perfil de atendimentos realizados pelos hospitais quando são definidos a quantidade e os valores que serão pactuados e servem de parâmetro para o repasse do Ministério da Saúde efetuar o pagamento decorrente dos serviços prestados. Contudo, quando os atendimentos superam os valores pactuados a responsabilidade pelo pagamento passa a ser da Secretaria de Estado da Saúde, conforme alegam as entidades hospitalares mencionadas no Ofício nº 125/2017.

2.1.2.11 Cofinanciamentos não contabilizados - R\$ 24.966.989,00(Anexo F, fls. 622-684)

Em consonância com a Nota Técnica nº 037/2017 (fls. 623-679), emitida pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina, o valor a receber pelos Municípios da Secretaria de Estado da Saúde, referente aos cofinanciamentos, totalizavam, em setembro do exercício corrente, R\$ 135.634.208,84. Contudo, verificou-se, junto a Gerência de Contabilidade, que deste montante já foram contabilizados R\$ 40.117.934,70 e liquidados, ainda

no mês de setembro de 2017, R\$ 7.354.753,74. Além disso, o que se refere a Lei nº 16.159/2013, informado pela Nota Técnica, no valor de R\$ 63.194.531,40, foi considerado no item 2.1.1.9 deste Relatório.

2.1.2.12 Processos pendentes de inscrição em responsabilidade - R\$ 81.098,09 (Anexo G, fls. 685-687)

Os processos pendentes de inscrição em responsabilidade no valor de R\$ 81.098,09, tratam de despesa realizadas em exercícios anteriores (2012, 2013, 2014, 2015, 2016) e 2017, respectivamente, nos valores de R\$ 65.858,09 e R\$ 15.240,00, conforme informações prestadas pela Gerência de Contabilidade.

2.1.2.13 Termo de Rescisão com a Orcali Serviços Especializados - R\$ 12.917.952,32 (Anexo H, fls. 688-689)

Durante o levantamento foi constatado a existência de um Termo de Rescisão com a empresa Orcali Serviços Especializados, o qual trata de uma dívida da Secretaria no valor de R\$ 31.129.231,89, destacado pelo Ofício nº 512/2017 (fl. 689) em relação especificamente a esta dívida, R\$ 18.211.279,57 estão contabilizados pela Secretaria, portanto resta R\$ 12.917.952,32 para serem reconhecidos.

2.1.2.14 Contratos não empenhados e/ou com ausência de liquidação no SIGEF - R\$ 152.722.959,12 (Anexo I, fls. 690-692)

No que concerne aos contratos, em função da ausência de gestão de contratos adequada pela SES, pela ausência de conhecimento e controle da totalidade dos contratos ativos, a equipe de auditoria limitou seu levantamento aos instrumentos firmados com valores superiores a R\$ 500.000,00, pendentes de liquidação no Sistema SIGEF e despesas ainda não empenhadas até 31 de dezembro de 2017. Neste caso, apurou-se uma dívida de R\$ 152.722.959,12, composta por R\$ 27.391.427,27 e R\$ 125.331.531,85, relativo a despesas a serem liquidadas no Sistema SIGEF e despesas ainda não empenhadas, respectivamente.

Ressalta-se que nesta rubrica, é certo que o valor da dívida é maior do que o montante apresentado.

2.1.2.15 Processos de exercício findo e de despesas do exercício de 2017 pendentes de empenhamento - R\$ 4.875.019,05 (Anexo J, fls. 693-695)

Verificou-se processos relativos as despesas de exercícios anteriores pendentes de pagamentos, bem como despesas do exercício corrente ainda não empenhadas no valor de R\$ 4.875.019,05.

2.1.2.16 Termo de Consentimento de Encontro de Contas de Chapecó e Itajaí - R\$ 34.000.000,00 (Anexo K, fls. 696-705)

A Secretaria possui dois Termos de Consentimento de Encontro de Contas, pendentes de pagamentos, que trata de excedente de produção de Média e Alta Complexidade dos Municípios de Chapecó e Itajaí, com Teto sob Gestão Municipal, ambos com valores aproximados de R\$ 17.000.000,00.

2.1.3 Considerações Finais do Levantamento

Durante os trabalhos para a realização do levantamento da dívida da Secretaria de Estado da Saúde, a equipe responsável verificou situações que merecem destaque uma vez que interferem diretamente no valor apurado.

Em primeiro lugar, importante reforçar que para a apuração da dívida foram considerados os valores até 30 de setembro de 2017, contabilizados ou não, à exceção dos contratos que foram considerados os não liquidados e os pendentes de empenhamento até 31/12/2017, na maioria das vezes somente o primeiro semestre e desconhece as informações decorrentes destes contratos por não haver gestão dos mesmos, embora exista na SES sistema específico para gestão dos contratos existentes, apenas inoperante.

Ademais, a própria Secretaria afirma em resposta a requisição de documentos e informações solicitadas por esta Corte que não possui ferramenta que possibilite a apuração do valor empenhado, liquidado e o saldo a empenhar de cada contrato.

Diante desse fato, a equipe considerou neste levantamento apenas os contratos com valores superiores à R\$ 500.000,00, informação que a SES conseguiu levantar em tempo hábil.

Outro elemento que merece atenção é a utilização do reforço de empenho na Unidade, ou seja, realiza-se um empenho em valor menor ao contratado e quando a nota fiscal é apresentada, caso tenha orçamento, empenha-se a diferença. Deste modo, resta claro o

descumprimento art.60 da Lei nº 4.320/64, que veda a despesa sem prévio empenho, conforme mencionado anteriormente.

Também merece destaque, o grande volume de despesas registradas pela contabilidade na conta “Credores a Pagar sem Execução Orçamentária”, representando despesas liquidadas que não passaram pelo estágio do empenho, e equivale à 51,05% do Passivo Circulante em 30/09/2017, ou seja, mais da metade deste grupo não estava empenhado e liquidado no sistema SIGEF, demonstrando o hábito de comprar/contratar sem verificar se há dotação para a aquisição.

Contudo, verificou-se a dificuldade que a Gerência de Contabilidade enfrenta para realizar os devidos registros, uma vez que depende das informações de outras Gerências, que muitas vezes não apresentam qualquer documentação para dar suporte à contabilização dos fatos, tornando o processo, além de manual, incerto.

Por fim, durante o levantamento da dívida, os auditores constataram limitações nos procedimentos adotados pela Secretaria que necessitam de aperfeiçoamento visando a melhoria da gestão, fica claro o conflito de competências existente entre as gerências, a informalidade da estrutura organizacional da SES, onde não estão definidas de forma clara subordinação e atribuição das gerências, principalmente nas Superintendências de Planejamento e Gestão do SUS e de Serviços Especializados e Regulação, situação que poderia ser resolvida com a aprovação do regimento interno da SES, regulamentando fluxos e funções.

Diante do exposto, o total estimado da dívida levantada junto à Secretaria de Estado da Saúde, em 30/09/2017, é de **R\$ 1.083.958.642,18 (Um bilhão, oitenta e três milhões, novecentos e cinquenta e oito mil, seiscentos e quarenta e dois reais e dezoito centavos).**

Ressalta-se que em razão da situação encontrada, não é possível fixar o valor da dívida, pois é possível que existam mais documentos, notas e contratos não contabilizados até 30/09/2017, que não foram apresentados à equipe de auditoria ou ainda que não chegaram ao conhecimento da Gerência Orçamentária da SES.

Quadro 19: Dívida da Secretaria de Estado da Saúde em 30/09/2017

RESUMO DÍVIDA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE	
EM 30/09/2017*	
Valores contabilizados	591.534.559,05
Valores não contabilizados	492.424.083,13
TOTAL DA DÍVIDA	1.083.958.642,18

Fonte: TCE-SC

*Em relação aos contratos, item 2.2.14 foi considerado a data de 31/12/2017.

2.1.4 Amortização da Dívida

Para que se tenha uma estimativa sobre o tempo necessário para a dívida na saúde ser amortizada, ou pelo menos que retorne a patamares semelhantes ao início da década, foi feito um cálculo considerando o valor corrente da dívida e as economias decorrentes de recomendações deste presente relatório: a descontinuidade de 50% dos gastos com sobreaviso de folha de pagamento, e os valores gastos com convênios. As suposições feitas para tal cálculo foram:

- Os valores economizados se destinam completamente para o pagamento da dívida.
- No valor de convênios, calculou-se via regra de três o valor final de convênios gasto em 2017 (gastou-se 118 milhões de Reais até 23/11/2017, o que equivale a 131 milhões considerando 365 dias no ano).
- Considerou-se uma inflação de 4,5% por ano, equivalente ao centro da meta estabelecida pelo Banco Central.

Com base nestas suposições, encontrou-se que seriam necessários 7 anos para a dívida alcançar patamares igual ao início da década, ou 8 anos para sua amortização, conforme exposto no quadro abaixo.

Quadro 20: Cálculo de Amortização da Dívida

Ano	2017	2018	2019	2020
Dívida	1.083.958.642,18	1.132.736.781,08	1.005.062.413,04	863.603.559,89
Sobreaviso	31.800.000,00	33.231.000,00	34.726.395,00	36.289.082,78
Convênios	131.792.887,70	137.723.567,65	143.921.128,19	150.397.578,96
TOTAL	163.592.887,70	170.954.567,65	178.647.523,19	186.686.661,73
Ano	2021	2022	2023	2024
Dívida	707.378.158,57	535.343.673,93	346.393.644,89	139.354.042,31
Sobreaviso	37.922.091,50	39.628.585,62	41.411.871,97	43.275.406,21
Convênios	157.165.470,01	164.237.916,16	171.628.622,39	179.351.910,40
TOTAL	195.087.561,51	203.866.501,78	213.040.494,36	222.627.316,61

Fonte: TCE/SC

A dívida em 2017 foi equivalente a R\$ 1.083.958.642,19. A economia prevista para a descontinuidade dos sobreavisos equivale a 31,8 milhões, e para os convênios equivale a 131 milhões, considerando os gastos de 2017. Atualizando estes valores pela inflação, em 2018 a dívida seria R\$ 1.132.736.781,08, a soma das economias seria R\$ 170.954.567,65. Considera-se que o governo comece a quitar a dívida em 2018.

Assim sendo, em 2019, a dívida seria de R\$1.132.736.781,08 menos R\$170.954.567,65 (R\$1.005.062.413,04). Novamente, em 2020, a dívida seria equivalente a estes R\$1.005.062.413,04 menos a soma dos valores atualizados das economias, e assim por diante. Seguindo esta lógica, em 2024, a dívida estaria em valores semelhantes ao início dos anos 2010s. Com o pagamento de 63% das economias de 2024, o governo amortizaria a dívida.

Ressalva-se que o aumento percentual aprovado para os gastos em saúde (13% em 2017, 14% em 2018 e 15% em 2019), não foi considerado no cálculo, uma vez que se considera que este aumento na receita da saúde seria somente suficiente para acompanhar a ampliação dos serviços de saúde pública e o aumento da demanda pelos mesmos.

Diante do exposto, entende-se que a Secretaria de Estado da Saúde deve:

- Implantar o Módulo de Gestão Contratos do SIGEF, possibilitando a gestão dos contratos da Saúde em sua totalidade;
- Empenhar as despesas em sua totalidade, obedecendo os estágios da despesa pública, bem como empenhamento global das despesas decorrentes de contratos, banindo assim a prática do reforço de empenho, conforme previsto na Lei n. 4.320/1964;
- Regularizar o aval da gerência orçamentária da SES antes de efetuar qualquer tipo de contratação, visto que este setor deve ter o controle do orçamento, sabendo se existe ou não dotação orçamentária para as aquisições;
- Aprovar o regimento interno da SES, visando clarear as responsabilidades e subordinações dos diversos setores, minimizando o conflito de competências existente;
- Realizar estudos necessários a viabilizar a amortização da dívida da saúde no menor tempo possível, considerando a continuidade da prestação do serviço, e aplicar as conclusões obtidas com o mesmo.

2.1.5 Comentários do Gestores

2.1.5.1 Empenhar as despesas em sua totalidade, obedecendo os estágios da despesa pública, bem como empenhamento global das despesas decorrentes de contratos, banindo assim a prática do reforço de empenho, conforme previsto na Lei n. 4.320/1964

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fls. 3205/3206)

O Gestor apresentou um resumo da situação encontrada e informou que esta questão está sendo corrigida pela Secretaria. Para corrigir as distorções, na tentativa de equilibrar as contas e iniciar o processo de ajuste orçamentário, determinou elaboração de normativa interna com cronologia e ordem de prioridade dos restos a pagar de 2016 e despesas não empenhadas no exercício anterior. Ainda, foi elaborado fluxo financeiro na tentativa de se conseguir planejar e organizar as contas.

Informou que se buscou corrigir a situação ainda em 2017. Para cumprimento dos estágios da despesa e empenhamento global dos contratos de gestão, em novembro de 2017, foram emitidos empenhos globais, dentro dos limites financeiros disponibilizados pela Secretaria de Estado da Fazenda. Argumentou, porém, que a Secretaria da Fazenda não faz o repasse das quotas orçamentárias previstas, conforme relação dos repasses realizados em 2017 (fls. 3278/3279).

Disse, ainda, que enviou comunicação para a sua Superintendência de Gestão Administrativa buscando consolidar o procedimento de empenho global e cumprimento dos estágios da despesa e que em 2017 todas as novas contratações foram precedidas do aval da Superintendência Administrativa e Financeira quanto à existência de disponibilidade financeira. A Gerência de Supervisão das Organizações Sociais (GESOS) fazia o acompanhamento dos valores disponíveis no SIGEF, acompanhando a LOAS 2018 e as metas do PPA buscando organizar a rotina para preservar a dotação orçamentária e financeira.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3332)

O Gestor informou que para empenhar as despesas utiliza-se o orçamento disponível e a cota orçamentária. Ressaltou, no entanto, que a cota orçamentária é disponibilizada por quadrimestre em obediência ao Decreto nº 1.459/2018.

Análise dos Comentários dos Gestores

O Gestor à época da auditoria informou as medidas que tomou já em 2017 para atender o art. 60 da Lei n. 4.320/1964 quanto ao cumprimento dos estágios da despesa e empenhamento global dos contratos de gestão dentro dos limites financeiros disponibilizados

pela Secretaria da Fazenda, porém destacou que esta não faz o repasse das quotas orçamentárias previstas, conforme relação dos repasses realizados em 2017, complementado pelo Gestor atual de que a cota orçamentária é disponibilizada por quadrimestre em obediência ao Decreto nº 1.459/2018.

A relação dos repasses da Fazenda à Saúde em 2017 apresentada (fls. 3278/3279), registra um débito de R\$ 354.766.899,04, o que representa 30,37% que não foi destinado à Saúde nesse ano.

Do exposto pelos Gestores, informa-se que este Tribunal está acompanhando os repasses da Fazenda e as medidas que estão sendo adotadas tanto pela Secretaria da Fazenda como pela da Saúde para atender as normas, assim sugere-se permanecer este item neste processo para monitorar e verificar se as despesas estão sendo empenhadas em sua totalidade e qual o resultado das ações quanto a esta situação.

2.1.5.2 Regular o aval da gerência orçamentária da SES antes de efetuar qualquer tipo de contratação, visto que este setor deve ter o controle do orçamento, sabendo se existe ou não dotação orçamentária para as aquisições

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fls. 3206/3207)

Comunicou que cabe ao gestor atual fazer as adequações necessárias para assegurar o cumprimento deste item.

Destacou que a rigor as contratações eram precedidas da análise da Gerência de orçamento. Que na estrutura administrativa organizacional da Secretaria os órgãos possuem atribuições específicas, dentre elas a de promover as contratações e aquisições. Neste caso, cabia ao Gabinete do Secretário-adjunto e a Superintendência Administrativa a tarefa de coordenar as atividades relacionadas com o orçamento, financeiro e contábil da Secretaria e do Fundo Estadual da Saúde, conforme a Portaria nº 20/2017 (fls. 3280-3282).

Notificou que foi expedida Portaria normatizando o procedimento/fluxograma das despesas realizadas sem a contratação prévia (pagamentos administrativos) e instituída uma Comissão de Avaliação de Pagamentos Administrativos (CAPI). A CAPI é responsável pela decisão de pagar a despesa ou arquivar o processo, abrindo-se sindicância para apurar a responsabilidade pela origem da despesa.

Reafirmou que para cumprimento dos estágios da despesa e empenhos dos contratos de gestão, em novembro de 2017, foram emitidos empenhos globais dentro dos limites financeiros disponibilizados pela Secretaria de Estado da Fazenda.

E, ainda, que enviou comunicação para a sua Superintendência de Gestão Administrativa buscando consolidar o procedimento de empenho global e cumprimento dos estágios da despesa, sendo que as novas contratações foram precedidas do aval da Superintendência Administrativa e Financeira quanto à existência de disponibilidade orçamentária e financeira. A GESOS fazia o acompanhamento dos valores disponíveis no SIGEF, acompanhando a LOAS 2018 e as metas do PPA buscando organizar a rotina para preservar a dotação orçamentária e financeira.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3332)

O Gestor atual informou que para ter início uma contratação todas as despesas têm por obrigação o aval da Gerência de Orçamento que delibera ou não de acordo com a rubrica e conforme a LOA, LDO e PPA.

Análise dos Comentários dos Gestores

Para aperfeiçoar a situação encontrada indicou-se como resultado desta auditoria a regulamentação de aval da gerência orçamentária da SES, antes de se efetuar qualquer tipo de contratação.

O Gestor atual afirmou que para ter início a contratação precisa por obrigação o aval da Gerência de Orçamento. O ex Gestor informou que a rigor as contratações eram precedidas da análise da Gerência de Orçamento e apresentou a Portaria nº 20/2017 (fls. 3280-3282) em que o Secretário da Saúde subdelega competências a possuidores de cargos e funções administrativas para procederem ações relacionadas a compras e serviços de saúde e que refletem no orçamento, no financeiro e na contabilidade da Secretaria e do Fundo Estadual da Saúde. Ainda, disse que foi expedida Portaria que normatiza o procedimento/fluxograma das despesas realizadas sem contratação prévia (pagamentos administrativos), sem encaminhamento desta. Além disso, afirmou que as novas contratações foram precedidas do aval da Superintendência Administrativa e Financeira quanto à existência de disponibilidade orçamentária e financeira.

Apesar dos Gestores informarem que as contratações são precedidas de análise e aval da Gerência de Orçamento, e que as novas contratações foram precedidas do aval da Superintendência Administrativa e Financeira quanto à existência de disponibilidade orçamentária e financeira, nada foi comentado sobre regulamentação para que a gerência

orçamentária da SES realize análise e dê seu aval, antes da Secretaria efetuar qualquer tipo de contratação. Portanto, este item deve permanecer para verificação futura da prática da existência de aval da gerência orçamentária para as contratações e da existência de regulamentação desta prática, conforme indicação deste Tribunal.

2.1.5.3 Aprovar o regimento interno da SES, visando clarear as responsabilidades e subordinações dos diversos setores, minimizando o conflito de competências existente.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fls. 3207/3208)

No exercício de 2017 foram promovidos encaminhamentos objetivando aprovar o regimento interno de modo que houvesse clareza acerca das atribuições e responsabilidades de cada setor. Em 02 de março de 2017, por meio da CI nº 29/2017 (fls. 3283/3284) o processo SPG 144/2013 foi encaminhado para a Consultoria Jurídica para que fosse dada prioridade na redação final da minuta do regimento interno da Secretaria. O processo de revisão aguardou a aprovação da Medida Provisória nº 208/2017 que transformou cargos no âmbito da SES, em especial, a transformação do cargo de Secretário-adjunto em Secretário-adjunto para Assuntos Finalísticos, criando o cargo Secretário-adjunto para Assuntos Administrativos.

Em relação aos Contratos de Gestão com Organizações Sociais foi publicada a Portaria nº 991/SES para definir as atribuições de cada setor e, ainda, foi obtida aprovação do Conselho Estadual de Saúde (CES) para indicar representante para participar das Comissões de Acompanhamento e Fiscalização (CAF) dos contratos de gestão.

Finalizou dizendo que cabe ao atual Gestor tomar medidas no sentido de publicar o Regimento Interno da SES.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3332)

O Gestor informou que um grupo de trabalho está construindo o Regimento Interno da Secretaria, bem como o novo organograma, e, ainda, reestruturando o Fundo Estadual de Saúde e execução orçamentária e financeira em virtude da necessidade de aprovação da Lei do Fundo Estadual de Saúde, adequada a Lei Complementar nº 141/2012, conforme cronograma de reuniões (Anexo 1, fls. 3344-3349).

Análise dos Comentários dos Gestores

O ex-Secretário encaminhou a CI nº 29/2017, de 02/03/2017 (fl. 3284) à sua Consultoria Jurídica estabelecendo o prazo de 30 dias para que realizasse a redação final do

regimento interno da SES para então encaminhamento para os trâmites legais. O Gestor justificou que a revisão do regimento aguardou a aprovação da Medida Provisória nº 208/2017.

Disso, buscou-se que esta Medida Provisória foi editada em 12 de janeiro de 2017 e aprovada pela Comissão de Finanças e Tributação da Assembleia Legislativa do Estado em 26/04/2017. Outra norma citada que interferiu na organização e competência dos setores da Secretaria, segundo o Gestor, foi a Portaria nº 991/SES de 31/10/2017.

Pelas informações do Gestor atual, foi criado Grupo de Trabalho para revisão do Regimento Interno da Secretaria e seu novo organograma, contudo não foi apresentada portaria de nomeação deste grupo de trabalho e nem as atividades já realizadas. Foi anexado um planejamento de ações para atualizar a estrutura organizacional da SES de acordo com sua necessidade funcional (fls. 3347-3348), em que inclui, dentre as ações, constituição de grupo de trabalho para a revisão de sua estrutura organizacional e regimento interno com atividades programadas até 15 de julho de 2018, encaminhando à Casa Civil para minuta de Projeto de Lei e posteriormente à ALESC para aprovação, com previsão final para agosto de 2018.

Ou seja, pelas informações apresentadas entende-se que os Gestores estão tomando providências para aprovação de um Regimento Interno da SES, contudo ainda não ocorreu, portanto permanece este item para acompanhamento e monitoramento deste Tribunal.

2.1.5.4 Realizar estudos necessários a viabilizar a amortização da dívida da saúde no menor tempo possível, considerando a continuidade da prestação do serviço, e aplicar as conclusões obtidas com o mesmo.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3208)

O ex-Secretário informou que cabe ao Secretário de Saúde atual apresentar os estudos para amortização da dívida sem prejuízo de continuidade do serviço público.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fls. 3332-3336)

Destacou que todos os esforços estão sendo realizados visando a amortização, sendo que durante o semestre foram amortizados R\$ 204.495.356,15 referentes a despesas sem prévio empenho e R\$ 76.388,18 referente ao pagamento de restos a pagar de 2017 e que atualmente o saldo de 2017 de restos a pagar é de R\$ 143.807.638,74 da dívida consolidada e o total do déficit orçamentário e financeiro a empenhar relativo ao ano fiscal 2017 é de R\$ 367.422.560,12, sendo o total do déficit apurado em 30/06/2018, R\$ 792.113.777,19.

Adicionou que na proposta orçamentária para 2019 efetuará a programação orçamentária baseada no orçamento de 2018 (14%) e, com isso programará o 1% adicional a ser utilizado no empenhamento dos montantes devidos apontados na planilha apresentada (fls. 3351/3352).

Dos valores não contabilizados até 30/09/2017 apontados no Quadro 17 do Relatório da Auditoria e constante da Informação nº 28/2017 no valor de R\$ 492.424.083,13 e R\$ 384.561.194,09, respectivamente, já foram contabilizados e permanecem como não contabilizados os itens 2.2.10 (R\$ 107.862.889,04 – foi solucionado com as respectivas publicações das habilitações, não se tratando de dívida do Estado, e a outra parte já está sendo incorporada nas novas contratualizações) e 2.2.16 (R\$ 34.000.000,00 – trata-se de valores referentes ao extrateto que não foram repassados pelo Ministério da Saúde o qual reconhece a produção excedente, conforme Nota Técnica, Anexo 3, fls. 3353-3356). Ressaltou que o Estado produz 161,33% que equivale a R\$ 13.171.692,04 mensal e vem buscando junto ao Ministério da Saúde a reposição dos valores com base na extrapolação do teto (Anexo 4, fls. 3357-3364).

O Secretário apresentou a situação atual de alguns itens do Quadro 17 do Relatório de Auditoria, quais sejam:

Pagos parcial:

a) O item 2.2.5 da Informação 28/2017 e item 5 do quadro 17 desse tribunal, referente ao valor de R\$ 2.632.700,23 constam R\$ 366.000,00 a pagar (Informação n. 024/2018 da GECOS-Anexo 5).

b) O item 2.2.6 da Informação 28/2017 e item 6 do quadro 17 desse tribunal, referente ao valor de R\$ 27.677.709,19 de convênio, ressaltamos que o valor correto da época era de R\$ 23.780.891,02, visto que foi somada a coluna de forma equivocada. Atualmente o valor das parcelas em aberto somam R\$ 18.028.643,42 (Comunicação Interna n. 990/2018-GCONV-Anexo 6)

Pagos na sua totalidade:

a) O item 2.2.13 da Informação 28/2017 e item 13 do quadro 17 desse tribunal, referente ao valor de R\$ 12.917.952,32 foram quitados na sua totalidade (Anexo 7)

Não pagos e reconhecidos:

a) O item 2.2.8 da Informação 28/2017 e item 8 do quadro 17 desse tribunal, referente ao valor de R\$ 6.088.934,05 (confirmar valor) trata-se de valores referente ao extrateto que não foram repassados pelo ministério da saúde o qual reconhece a produção excedente, conforme Nota Técnica – Anexo 3). Ressalta-se que o Estado produz 161,33% que equivale a R\$ 13.171.692,04 mensal e vem buscando junto ao Ministério da Saúde a reposição dos valores com base na extrapolação do teto (Anexo 4). Por oportuno, informamos que o valor contabilizado está devidamente contabilizado.

Valores não reconhecidos:

a) O item 2.2.9 da Informação 28/2017 e item 9 do quadro 17 desse tribunal, referente ao valor de R\$ 68.330.209,50, apontado como dívida decorrente da não aplicação da Lei n. 16.159/2013, já constam registrados na contabilidade passíveis de posterior cancelamento considerando que tramita Ação Civil Pública n. 0902192-70.2017.8.24.0023 cuja concessão dos efeitos de tutela para a retomada do repasse mensal fora suspensa pela 1º Vice-Presidente do TJ nos autos 4013226-

50.2018.8.24.0900. Consta ainda agravo n. 4015111-02.2018.8.24.0900 pendente de decisão.

Referida Lei não era autoaplicável dependia de regulamentação e estudo percapita sendo autorizada pelo Chefe do Poder executivo apenas a concessão para 2014.

Tramita ainda processo PSES 5184/2018 que visa a revogação da Lei n. 16.159/2013

<https:sgpe.sea.sc.gov.br/cpavMaterializacao/materializar/materializarPDF?nonce=5171664e-74e7-498-8e0f-fd3d649903da&chaveProcesso=NzA10V8yMDF4XzUvMT0tMO%3D%3D>

b) O item 2.2.10 da Informação 28/2017 e item 10 do quadro 17 desse tribunal, o valor de R\$ 107.862.889,04, foi solucionado com as respectivas publicações de habilitações por se tratar de recurso federal, cuja liberação ocorre após o processo de habilitação, não se tratando de dívida do estado e a outra parte já está sendo incorporada nas novas contratações (Informação n. 25/2018-GECOS-Anexo 8).

Valores reconhecidos parcialmente:

a) O item 2.2.11 da Informação 28/2017 e item 11 do quadro 17 desse tribunal destacam-se que as deliberações aprovadas estão sendo objeto de ações civis públicas citamos: ACP's n. 0902040-22.2017.8.24.0023, 0902182-26-2017.8.24.0023, 0900175-27.2018.8.24.0023, 0900179-64.2018.8.24.0023, 0900174-42.2018.8.24.0023 e 0900178-79.2018.8.24.0023.

Análise dos Comentários dos Gestores

O Gestor apresentou informações de como pretende amortizar a dívida da saúde, o que já foi realizado, e a situação atual dos valores da dívida levantados na auditoria.

Em relação ao item 6 do Quadro 17 do Relatório de Auditoria, referente às pendências financeiras de convênios com hospitais terceirizados até a competência 09/2017, em que o Gestor ressalva que o valor correto era R\$ 23.780.891,02 e não R\$ 27.677.709,19, informa-se que tanto os dados constantes na Informação nº 28/2017, como as constantes no item 6 do Quadro 17 do Relatório de Auditoria tiveram como base as informações e valores constantes no Ofício nº 125/2017 apresentado a esta Corte de Contas pela Secretaria de Estado da Saúde (fls. 11-13). Contudo, em razão da apresentação do valor correto, refez-se o quadro de valores, a seguir exposto.

Em relação ao item 10 do Quadro 17 do Relatório de Auditoria, que se refere às despesas pendentes de pagamentos para as unidades hospitalares vinculadas a Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina; Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina; Federação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Santa Catarina no valor de R\$ 107.862.889,04, o Gestor apresentou que estas pendências foram solucionadas com as publicações das habilitações, pois a liberação dos recursos federais só poderia ocorrer após o processo de habilitação, que aconteceu, não se tratando de dívida do Estado, porém, não foram apresentados documentos comprobatórios das afirmações, trouxe a Informação-GECOS 025/2018, de 06/07/2018 (fls. 3398-3404), que

apresenta detalhes de solicitações e pedidos de habilitações de alguns Municípios do Estado, porém ainda existe pendências de habilitações, não sendo possível levantar e comprovar os valores para baixa, o que será feito em monitoramento desta auditoria, portanto, permanece este item com o valor integral levantado inicialmente.

Em relação aos itens 9 e 11 do Quadro 17 do Relatório de Auditoria, em razão de existirem ações judiciais impossibilitando chegar-se ao valor exato e final da dívida até decisão final, o gestor se manifestou no sentido de que permaneça o cálculo apresentado e que esta Corte faça o acompanhamento necessário.

Com isso, apresenta-se novo quadro com os valores não contabilizados pela Unidade:

Quadro 21: Valores não contabilizados pela SES, com correções, após a audiência dos Gestores

Descrição	Valor (R\$)
1.Despesas realizadas sem liquidação no SIGEF – aguardando reforço de empenho	14.040.967,96
2.Empenhos aguardando liquidação no SIGEF	185.461,61
3.Notas Fiscais/Guia de Entrada de Materiais aguardando empenho/liquidação	15.222,05
4.Contratos de gestão com as organizações sociais	32.051.851,67
5.Despesas com Incentivos Hospitalares, Rede de Urgência e Emergência e Incentivos Maternidade	2.632.700,33
6.Convênios com Hospitais Terceirizados	23.780.891,02
7.Processos de Pagamentos Administrativos por Indenização - despesas de exercício findo sem empenho e despesas realizadas sem cobertura contratual	3.974.120,15
8.Processos de Pagamentos Administrativos aos Municípios resultantes de Auditoria, Terapia Renal Substitutiva, Oncologia e outros.	6.088.934,05
9.Lei nº 16.159/2013 - incentivo financeiro aos Municípios do Estado de Santa Catarina destinado a consultas e exames de média e alta complexidade.	68.330.209,50
10.Despesas pendentes de pagamentos para as unidades hospitalares vinculadas a Associação de Hospitais do Estado de Santa Catarina; Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Santa Catarina; Federação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Estado de Santa Catarina	107.862.889,04
11.Cofinanciamentos não contabilizados	24.966.989,00
12.Processos pendentes de inscrição em responsabilidade	81.098,09
13.Termo de Rescisão com a Orcali Serviços Especializados	12.917.952,32
14. Contratos não empenhados e/ou com ausência de liquidação no SIGEF	152.722.959,12
15.Processos de exercícios findos e de despesas do exercício de 2017 pendentes de empenhamento	4.875.019,05
16.Termo de Consentimento de Encontro de Contas de Chapecó e Itajaí	34.000.000,00
Total	488.527.264,96

Fonte: Equipe auditoria TCE/SC

Diante do exposto, o total estimado da dívida levantada junto à Secretaria de Estado da Saúde, em 30/09/2017, é de **R\$ 1.080.061.824,01 (Um bilhão, oitenta milhões, sessenta e um mil, oitocentos e vinte quatro reais e um centavo).**

Quadro 22: Dívida da Secretaria de Estado da Saúde em 30/09/2017, com correções, após audiência dos Gestores

RESUMO DÍVIDA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE EM 30/09/2017*	
Valores contabilizados	591.534.559,05
Valores não contabilizados	488.527.264,96
TOTAL DA DÍVIDA	1.080.061.824,01

Fonte: TCE-SC

Pelas informações apresentadas, o déficit apurado pela Secretaria da Saúde em 30/06/2018 estava em R\$ 792.113.777,19, ou seja, ocorreu uma amortização de R\$ 287.948.046,82 desde o levantamento da dívida.

Assim, quanto a este item, entende-se que este Tribunal deve continuar acompanhando o que está sendo realizado e/ou estudado para viabilizar a amortização da dívida da saúde no menor tempo possível.

2.1.5.5 Implantar o Módulo de Gestão de Contratos do SIGEF, possibilitando a gestão dos contratos da Saúde em sua totalidade

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fls. 3208/3209).

O gestor informou que quando assumiu a pasta em janeiro de 2017 a mesma não utilizava o Módulo de Contratos no SIGEF, porém, em parceria com a Secretaria de Estado da Fazenda, e Administração, Superintendência de Planejamento e Superintendência de Compras, foi realizado um cronograma para implementar o módulo e nomear coordenadores para supervisionar sua implantação, sendo publicada a Portaria SES nº 723, de 09 de agosto de 2017, que trata da designação de servidores para comporem a coordenação do Módulo de Contratos no SIGEF no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, para implantação em 2018.

Ressaltou que os contratos de gestão (OSS) estão regularmente registrados no SIGEF, no módulo de transferências, pois se trata de antecipação de recursos a serem aplicado conforme plano de trabalho estabelecido no instrumento contratual e posterior prestação de contas.

Apresentou que cabe ao atual Gestor da Secretaria implantar o respectivo Módulo como forma de solução integrada para a gestão dos contratos de materiais e serviços firmados com a SES, para que seja otimizada a administração e o controle das aquisições de materiais e contratação de serviços realizadas pelo Estado, racionalizada e uniformizada as aquisições de materiais e contratações de serviços; manutenção dos registros atualizados dos contratos e, por fim, a realização e acompanhamento físico e financeiro dos contratos.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3336)

O Gestor atual informou que a Secretaria de Estado da Saúde junto com a Secretaria de Estado da Fazenda está em fase de implantação do Módulo de Gestão de Contratos do SIGEF.

Análise dos Comentários dos Gestores

Com base nas informações dos Gestores foram designados servidores coordenação a implantação do Módulo de Contratos no SIGEF no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, conforme Portaria SES nº 723/2017, em fase de implantação. Dessas informações verifica-se que a Secretaria está adotando medidas para a implantação do Módulo de Contratos, porém ainda não o finalizou, portanto permanece o item para acompanhamento por este Tribunal.

2.2 ACHADOS RELATIVOS À SEGUNDA QUESTÃO DE AUDITORIA

É possível identificar motivos da evolução da dívida da saúde no Estado?

Desde a implementação da EC 29/2000 a participação da União no total de gastos com saúde vem diminuindo e a necessidade de mais recursos tem sido cobertos pelos Estados e Municípios, principalmente pelo segundo. De 2000 a 2016, a participação da União, Estados e Municípios com gastos em saúde passaram de 51%, 27% e 22% para 32%, 28% e 40%, respectivamente⁶. Este rearranjo da distribuição dos gastos da saúde teve impacto menor sobre as contas dos entes estaduais e municipais durante a década de 2010 devido ao sucessivo aumento das receitas. No entanto, a crise econômica iniciada em 2014 trouxe à tona a realidade de escassez de recursos para o setor público.

Soma-se a este novo cenário a situação de que a parcela do orçamento público geral destinada à saúde não é capaz de atender a proposta brasileira de saúde universal. Comparativamente a outros países que adotam um sistema de saúde semelhante ao nosso, o

⁶ Dados obtidos por meio do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde.

gasto público por habitante com saúde é baixo. Costa Rica, Espanha, Portugal, Colômbia e México gastam 1.010, 2.293, 1.811, 724 e 558 dólares *per capita*, respectivamente. No Brasil este valor é de USD 549, compensado por um elevado gasto privado em saúde.

Quadro 23: Gasto público e privado com saúde per capita em 2016 (em dólares)

País	Gasto Público Compulsório	Gasto Privado	Total
Luxemburgo	6 194	1 269	7 463
Noruega	5 664	983	6 647
Suíça	5 038	2 881	7 919
Alemanha	4 695	856	5 551
Dinamarca	4 374	831	5 205
Bélgica	3 740	1 100	4 840
França	3 626	974	4 600
Canadá	3 341	1 412	4 753
Reino Unido	3 320	872	4 192
Austrália	3 190	1 518	4 708
Itália	2 545	847	3 391
Espanha	2 293	955	3 248
Portugal	1 811	923	2 734
Chile	1 200	777	1 977
Costa Rica	1 010	380	1 390
Colômbia	724	240	964
México	558	522	1 080
Brasil	549	445	995
Índia	81	188	269

Fonte: OCDE *Health Statistics*, OMS *Global Health Expenditure Database*. Elaboração TCE/SC.

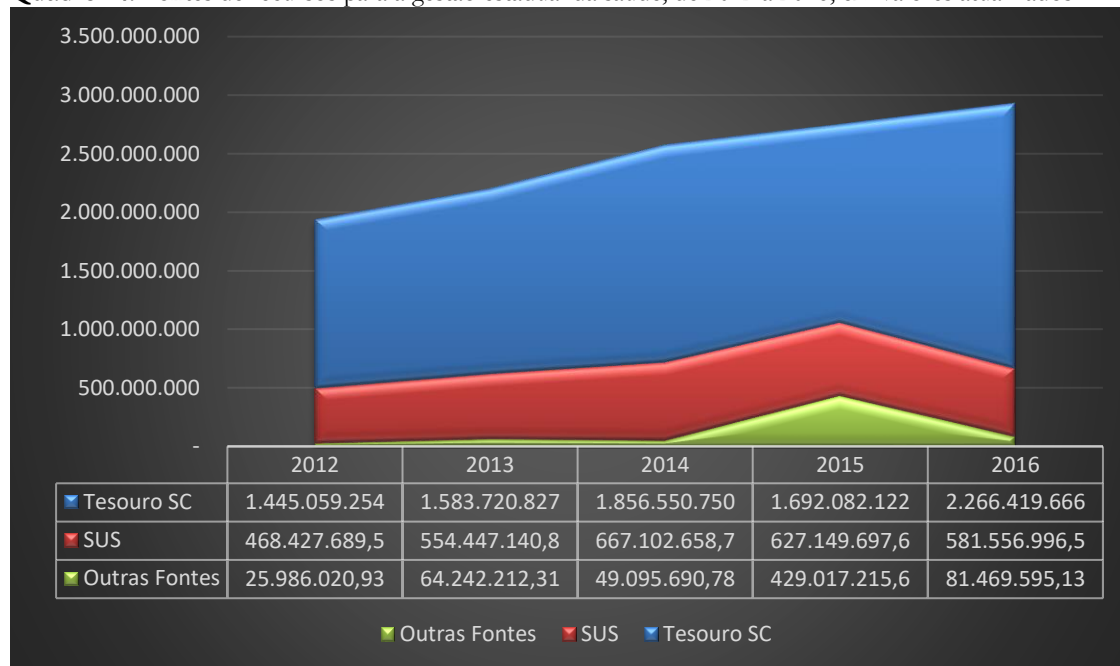
Neste ponto, é importante destacar que não se trata de uma crítica ao modelo de saúde universal adotado pelo Brasil, sistema elogiado em diversas de suas ações, como vacinações e transplantes, além de ser capaz de reduzir desigualdades sociais. O SUS é elogiado por organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷. No entanto, é necessário ter a clareza de que o setor público, em suas três esferas, não tem sido capaz de prover recursos suficientes: há um subfinanciamento do sistema público de saúde.

Em relação à gestão estadual, especificamente, os recursos obtidos do governo federal por meio do SUS para arcar com os gastos da saúde têm se reduzido desde 2014. Em

⁷ Para saber mais, acesse: <https://nacoesunidas.org/opas-pede-fortalecimento-e-ampliacao-do-sistema-unico-de-saude-do-brasil-em-conferencia-mundial/>

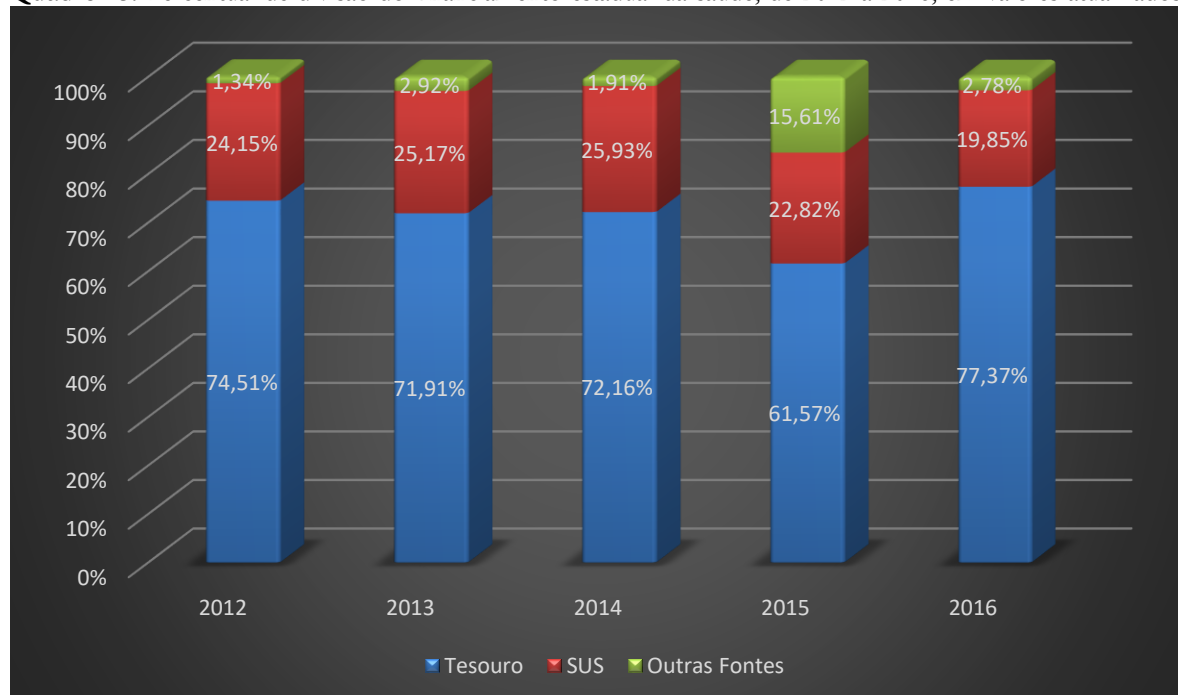
valores atuais, caso a gestão estadual continuasse a receber repasses no montante de 2014, representaria um reforço de R\$ 314,18 milhões para os cofres do governo.

Quadro 24: Fontes de recursos para a gestão estadual da saúde, de 2012 a 2016, em valores atualizados



Fonte: Secretaria de Estado da Fazenda (SEF). Elaboração TCE/SC.

Quadro 25: Percentual de divisão do financiamento estadual da saúde, de 2012 a 2016, em valores atualizados



Fonte: Secretaria de Estado da Fazenda (SEF). Elaboração TCE/SC.

Os recursos repassados pelo governo federal para o Estado de Santa Catarina, independente da gestão, têm sofrido diminuições desde 2014. O aumento do repasses nos anos

de 2015 e 2016 foram incapazes de cobrir a inflação, o que demonstra uma redução real dos valores federais para o Estado durante o período.

A principal razão para esta redução dos repasses federais ao Estado é a falta de atualização do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, o chamado Teto MAC. O Ministério da Saúde estabelece um limite de transferência de recursos para Estados e Municípios que auxilia no cofinanciamento da prestação destes tipos de procedimentos de saúde. Por serem tratamentos de alto custo e de alto padrão tecnológico, os serviços de saúde de média e alta complexidade são os de maior importância dentro do SUS.

Há um limite para o auxílio financeiro da União, porém não existe limitação para o atendimento na saúde pública, de modo que se estados e municípios realizarem mais procedimentos do que o estipulado no Teto MAC, cabe aos entes arcarem com os custos do tratamento, sem a ajuda financeira do governo federal.

Isto é o que tem ocorrido em Santa Catarina. O Teto MAC é inadequado para a quantidade de procedimentos realizados no Estado, o que eleva os encargos com saúde financiados com os recursos exclusivamente dos tesouros estadual e municipal. O quadro a seguir apresenta os procedimentos MAC realizados em Santa Catarina nos últimos anos e o limite financeiro atribuído para eles:

Quadro 26: Produção, Teto MAC e execução financeira das gestões estadual e municipal, de 2014 a julho de 2017.

Ano	Produção Ambulatorial/Hospitalar MAC			Limite Financeiro MAC sem Incentivos			Execução Financeira MAC		
	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total
2014	393.322.762	629.916.247	1.023.239.008	312.057.782	539.549.031	851.606.814	126,04%	116,75%	120,15%
2015	403.275.776	657.882.788	1.061.158.565	314.616.862	590.312.378	904.929.240	128,18%	111,45%	117,26%
2016	422.577.494	695.167.549	1.117.745.043	282.695.992	634.981.181	917.677.173	149,48%	109,48%	121,80%
jan a jul/2017	209.025.285	359.747.359	568.772.644	128.800.220	333.061.357	461.861.577	162,29%	108,01%	123,15%

Fonte: Ministério da Saúde, Governo Federal.

Observa-se pelo quadro que a falta de revisão do Teto MAC acarreta em maior quantidade de procedimentos realizados no Estado sem o financiamento de recursos do governo federal. Na gestão estadual, por exemplo, a execução financeira do MAC em 2014 foi de 126,04%, ou seja, houve uma produção 26,04 pontos percentuais superior ao teto estabelecido pelo Ministério da Saúde. Já no primeiro semestre deste ano, a execução financeira do MAC na gestão estadual ultrapassou 62,29% do limite.

Portanto, mais serviços de média e alta complexidade têm sido realizados no Estado sem o cofinanciamento da União. Além do excessivo comprometimento do orçamento estadual e dos municípios, a falta de revisão do Teto MAC vai de encontro aos preceitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988, os quais determinam que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando os recursos necessários para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Ademais existe uma crise fiscal decorrente de um descontrole dos gastos público e renúncias de receita sem critério, em especial na União. Este cenário teve como consequência a elaboração da EC nº 95/2016 que mantém estagnado, em termos reais, o total de gastos da União. Deste modo, cabe ao gestor estadual otimizar a utilização dos recursos públicos, revendo gastos desnecessários e ampliando as despesas em áreas que dão mais retorno à população.

2.2.1 Concentração maior de recursos da saúde na média e alta complexidade, em desacordo com a Lei Orgânica da Saúde

Atenção Básica:

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Entende-se que a porta de entrada do SUS se refere a atenção básica. A atenção básica em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações que envolvem a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. O modelo de atenção básica privilegia a adoção de ações preventivas e a assistência continuada às populações assistidas. Assim sendo, a atenção primária é considerada um componente-chave para a eficácia do sistema de saúde. É importante considerar o impacto que a atenção primária pode provocar nos demais níveis assistenciais, em termos de otimização e de economia dos recursos empregados. Espera-se que as atividades preventivas, os diagnósticos precoces e os tratamentos de enfermidades crônicas, desenvolvidos continuamente pelas Equipes de Saúde da Família, diminuam a necessidade de acesso aos níveis assistências de maior complexidade, assim como a quantidade de internações hospitalares (Mafra, 2011)⁸.

Com base nos dados do sistema E-Sfinge, entre 2013 e 2016, foram gastos R\$ 11.204.619.709,15 na atenção básica dos municípios, de um total de R\$ 18.801.072.865,19 gastos

⁸ Mafra, F. “O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil”. Universidade de Brasília, 2011.

em saúde, isto é, 59,6% do que foi gasto em saúde por todos os municípios durante este período, foi gasto com a atenção básica. Embora atenção básica não seja prioritariamente responsabilidade do Estado, observa-se que entre 2013 e 2016, o Estado de Santa Catarina investiu 3,58% do seu orçamento de saúde em atenção básica (R\$ 394.130.241,07 de R\$ 11.024.514.461,78). Para efeitos de comparação, cerca de 80% do orçamento de saúde da Inglaterra é destinado à atenção básica (8,5% do PIB britânico é investido na saúde, enquanto no Brasil somente 3,6% do PIB vai para a saúde).

Quadro 27: Gastos Municipais em Atenção Básica (2013-2016)

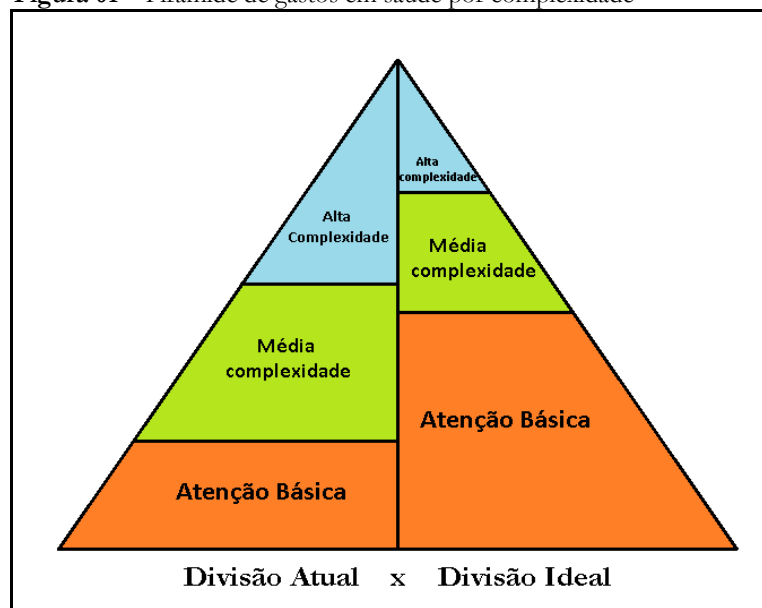
	Municípios
Atenção Básica	R\$ 11.204.619.709,15
Saúde Total	R\$ 18.801.072.865,19

Fonte: e-Sfinge

= 59,6%

É possível comparar os gastos relativos de Santa Catarina com atenção básica e o mesmo gasto em países como a Inglaterra, está exposta na figura abaixo. A base da pirâmide representa a parcela dos gastos em saúde com atenção básica. Do lado esquerdo da pirâmide, temos uma aproximação de como é distribuído os gastos em atenção básica, média e alta complexidade em Santa Catarina, e do lado direito, onde se estabelece uma parcela maior em atenção básica, temos a distribuição ideal entre as três complexidades.

Figura 01 – Pirâmide de gastos em saúde por complexidade



Fonte: TCE-SC

A Gerência de Coordenação da Atenção Básica da SES elabora a cada dois anos um indicador para medir a relevância, efetividade e eficácia da atenção básica nos municípios do estado. O último levantamento publicado refere-se a 2015, e avalia o provimento da atenção básica dos municípios quanto a promoção e prevenção, e o diagnóstico e tratamento de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Os sub-indicadores utilizados para calcular uma nota global de 0 a 10 ao atendimento na atenção básica dos municípios são:

- Crianças:
 - Promoção e Prevenção: taxa de sobrevivência infantil, cobertura vacinal com a vacina Pentavalente em crianças menores de um ano de idade, e nascidos vivos com idade gestacional acima de 37 semanas
 - Diagnóstico e Tratamento: taxa de não-internação hospitalar de crianças com menos que 5 anos, taxa de consultas de menores de 10 anos, e taxa de não-internação em crianças por ICSAB menor que 5 anos.
- Adolescente:
 - Promoção e Prevenção: taxa de não-mortalidade de adolescentes por causas externas, taxa de adolescentes não grávidas, e percentual de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas de pré-natal.
 - Diagnóstico e Tratamento: taxa de adolescente acompanhados pelo SISVAN, taxa de consultas de adolescentes na atenção básica, e taxa de primeira consulta odontológica programática para adolescentes.
- Adultos:
 - Promoção e Prevenção: sobrevivência materna em mulher de 20 a 49 anos, existência de serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras, e acompanhamento pré-natal das gestantes adultas.
 - Diagnóstico e Tratamento: taxa de não-internação de adultos por condições sensíveis à atenção básica, taxa de não-internação por AVE ou ICC, e proporção de parto normal no último ano.
- Idosos:
 - Promoção e Prevenção: cobertura vacinal contra influenza em idosos, presença de núcleo de apoio a saúde da família no município, e taxa de idosos não internados por fratura de colo do fêmur.

- Diagnóstico e Tratamento: taxa de idosos não internados por doenças sensíveis a atenção básica, taxa de consulta médicas na atenção básica para pessoas acima de 60 anos de idade, e oferta de prótese dentária.

O indicador geral varia entre 0 e 10, sendo quanto mais próximo de 10, melhor provimento de atenção básica no município. A média do estado, em 2015, encontrava-se em 6,16, o que indica que ainda se tem muito espaço para melhora. Caçador, Ponte Alta, São Joaquim e Curitiba apresentaram os piores indicadores, enquanto Bombinhas, Modelo, Urussanga e São Miguel da Boa Vista, os melhores.

Embora a disponibilização da Atenção Básica por meio de ACS e ESF de acordo com os dados da Fecam demonstrem cobertura média de 96,24% e 94,01% respectivamente, o indicador criado pela SES mostra que a resolutividade não acompanha o alto percentual demonstrado anteriormente, trazendo à tona a necessidade da convergência entre os indicadores, visando melhora da atenção básica como um todo.

Pesquisas destinadas a mensurar os efeitos do gasto em atenção básica vêm sendo desenvolvidas em todo o mundo. Nesse sentido, as taxas de internações hospitalares têm sido utilizadas para avaliar a qualidade da atenção primária e a facilidade de acesso aos serviços de saúde. Há um número significativo de pesquisas que demonstram que taxas elevadas de internações por condições sensíveis à atenção básica estão relacionadas a problemas de cobertura dos serviços de saúde ou à baixa capacidade resolutiva da atenção primária (ALFRADIQUE *et al.*, 2009, p 1337-1339)⁹.

Um estudo de 2011 da Universidade de Brasília¹⁰ elaborado por Fábio Mafra, auditor do TCU, utilizou métodos estatísticos para analisar a relação entre cobertura municipal de Equipes de Saúde da Família (variável dependente) com a taxas de internações por condições sensíveis, de internações por diarreia aguda em crianças menores de 5 anos, e o valor per capita das internações. Para a região sul, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa com sinal negativo entre a variável dependente e todas outras variáveis explicativas. Isto é, comprovou-se que uma cobertura maior de Equipes de Saúde da Família reduz o número de internações por condições sensíveis, o número de internações por diarreia aguda em crianças menores de 5 anos e o valor per capita das internações.

⁹ Alfradique, M. E. et al. "Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde". Cadernos de Saúde Pública [online]. 2009

¹⁰ Mafra, F. "O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil". Universidade de Brasília, 2011.

Assim sendo, conclui-se que o retorno orçamentário nas contas da saúde é positivo quando se investe corretamente em atenção básica. Entretanto, é preciso cuidado para não haver desvios de finalidade no investimento em atenção básica. Conforme palavras do atual Ministro da Saúde, Ricardo Barros, em reportagem de setembro de 2017 da revista Exame¹¹, “enquanto não tivermos convicção de que os recursos são bem aplicados, não teremos uma boa saúde no país”. Na mesma reportagem, o ministro exemplifica o mau direcionamento dos recursos: “existem hoje no país 1.158 UBS (Unidades Básicas de Saúde) e UPAS (Unidades de Pronto Atendimento) que estão concluídas, mas sem funcionar. ‘Elas viraram moeda de troca política. Os municípios fazem, mas não têm capacidade de operar o modelo. Temos de resolver isso’”.

2.2.2 Aumento de despesas da saúde sem previsão orçamentária

Aumento das despesas – OS

As Organizações Sociais (OS) são instituições sem fins lucrativos que são habilitadas junto a Administração Pública para executar atividades ou serviços públicos. Elas são regulamentadas pela Lei Estadual nº 12.929/2004 e alterações posteriores. O modelo de gestão por OS é promissor, estudos demonstram que são mais eficientes na prestação de serviços públicos. Na área da saúde existem oito contratos de gestão firmados com organizações sociais no âmbito estadual.

A respeito dos repasses para os hospitais administrados por Organizações Sociais de Saúde (OSS) levantou-se que em 30/09/2016 a dívida totalizava R\$ 1.152.866,26. Um ano depois, este valor chegou a R\$ 110.281.793,09 (representado um aumento de mais de 109 milhões de reais).

No ano de 2014, sete das oito OS de saúde obtiveram reajuste no valor anual contratado para a prestação do serviço. Em relação ao ano anterior, estas OS tiveram aumento médio no valor anual contratado de 29%. A seguir demonstra-se os valores contratados para cada unidade em 2013 e 2014, além do valor de reajuste obtido naquele ano.

Quadro 28: Valores contratados com as OSS estaduais em 2013 e 2014

Instituição	Valor Anual Contratado		Reajuste
	2013	2014	
HEMOSC	R\$ 47.868.634	R\$ 57.922.750	21%

¹¹ (<https://exame.abril.com.br/brasil/nao-falta-dinheiro-para-a-saude-falta-gestao-diz-ministro/>), acesso em 22/11/2017.

Instituição	Valor Anual Contratado		Reajuste
	2013	2014	
CEPON	R\$ 48.180.630	R\$ 77.560.368	61%
Hosp. Jeser Amarante Faria	R\$ 60.612.158	R\$ 71.976.000	19%
Hosp. Terezinha G. Basso	R\$ 27.600.000	R\$ 36.000.000	30%
Hospital Araranguá	R\$ 30.051.318	R\$ 41.906.529	39%
Hospital Florianópolis ¹²	R\$ 42.666.497	R\$ 46.300.680	9%
SAMU	R\$ 87.458.182	R\$ 112.147.128	28%
TOTAL	R\$ 344.437.419	R\$ 443.813.454	R\$ 99.376.035

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde. Elaboração TCE/SC.

Observa-se que em 2014 ocorreu um aumento total nos sete contratos das OSs próximo de R\$ 100 milhões. O aumento dos valores contratuais deve ser seguido por obrigações por parte das OS, porém isto não foi condizente a elevação do valor contratual.

O Quadro a seguir compara as variações que houverem entre 2013 e 2014 sobre os valores financeiros e as variações de metas no cumprimento de serviços hospitalares das OSs. Fica evidente que há um descompasso entre os dois. Destaca-se o contrato do SAMU, o qual teve um reajuste de 28% (R\$ 24,6 milhões), sem revisão aparente nas metas de serviços prestados. Com exceção dos hospitais de Araranguá e Florianópolis, este último devido à ausência de informações, os demais contratos tiveram aumentos no repasse que não foram seguidos de uma elevação proporcional dos serviços a serem prestados.

Quadro 29: Comparação entre o reajuste financeiro e a variação total das metas de serviços hospitalares.

Instituição	Reajuste Financeiro	Variação da Meta
HEMOSC	21%	4,15%
CEPON	61%	27,10%
Hosp. Jeser Amarante Faria	19%	-0,30%
Hosp. Terezinha G. Basso	30%	11,30%
Hospital Araranguá	39%	35,80%
Hospital Florianópolis*	9%	-
SAMU	28%	0,00%

Fonte: Secretaria Estadual do Planejamento e SES. Elaboração TCE/SC.

Embora a tabela acima demonstre um descompasso entre os valores reajustados e o serviço prestado, existem alguns atenuantes. O Relatório Anual de Avaliação do Programa

¹² Pelo contrato ter se iniciado em dezembro, para se ter uma estimativa do valor anual contratado considerou-se o valor do último mês para os demais do ano.

Estadual de Incentivo às Organizações Sociais de 2014, apresenta justificativas da Secretaria de Estado da Saúde para os aditivos dos contratos. Os argumentos se baseiam, principalmente, no aumento de realização de serviços hospitalares mais complexos, como UTI cirúrgica, e em alterações nas instalações físicas que não estavam adequadas, como foi o caso do Hospital Terezinha Gaio Basso.

Não obstante as justificativas da SES para o reajuste financeiro do contrato, em nenhum momento é apresentado uma vinculação dos serviços prestados com a execução financeira. Há apenas o valor global reajustado do contrato e as razões qualitativas que as justificam. Observa-se uma ausência de demonstração financeira da elevação dos gastos decorrentes dos novos serviços, o que apenas corrobora com a evidência de que a realização das despesas na SES, especificamente o reajuste contratual das OSS foi feito sem critérios técnicos.

Despesas com Pessoal

Os serviços públicos em geral são intensivos em mão-de-obra, ou seja, mais do que qualquer outro fator de produção, a contratação de uma grande quantidade de trabalhadores é necessária para ofertar serviços públicos aos cidadãos. Na saúde pública não é diferente: cerca de 70% das despesas dos hospitais catarinenses é com folha de pagamentos. Das despesas correntes com saúde realizadas pelo Estado em 2016, mais de R\$ 1 bilhão são gastos com pessoal e encargos, isto sem considerar despesas com pessoal terceirizado e repasses a instituições que prestam serviços de saúde para o Estado e contratam funcionários indiretamente. Deste modo, uma gestão de pessoal adequada é fundamental para manter as finanças equilibradas e maximizar o retorno dos recursos retirados do cidadão em forma de serviços públicos de saúde, no entanto é possível perceber que a elevação com despesas de pessoal não foi proporcional ao aumento da produtividade.

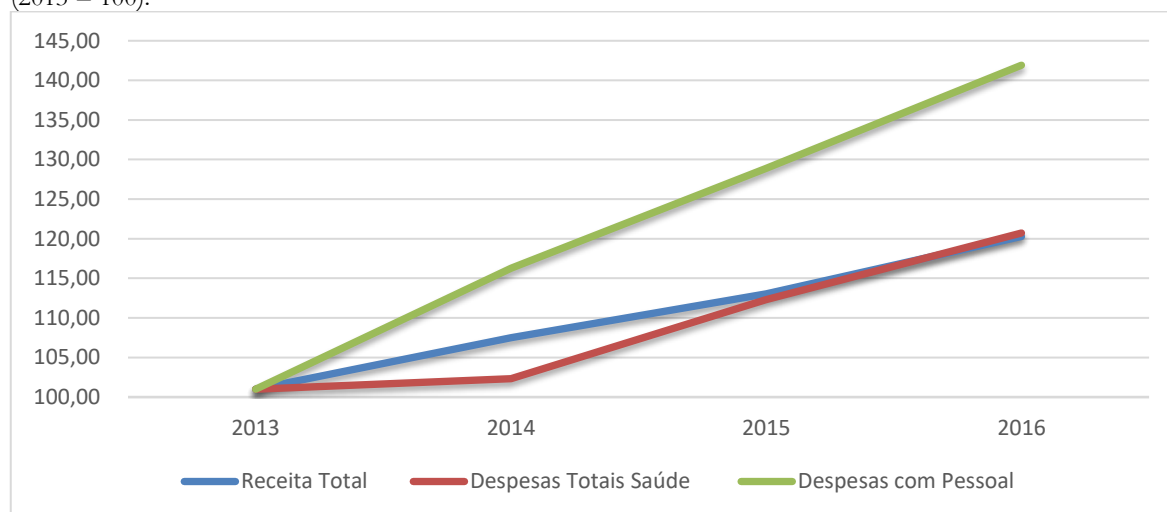
Das análises relacionadas às despesas com pessoal, verificou-se que a Secretaria de Estado da Saúde aumentou o gasto com pessoal, sem critério, considerando-se três aspectos: momento de baixo crescimento da receita, o que não impediu o crescimento dos gastos com pessoal; aumento dos salários sem elevação da produção, isto é, não houve contrapartida que justificasse o aumento; e por fim, pagamento da indenização de “sobreaviso” para os funcionários públicos em excesso, sem a devida necessidade.

Entre os anos de 2014 e 2016 a receita total estadual, que engloba tanto o recolhimento de tributos estaduais quanto os recursos obtidos por transferências constitucionais

da União, teve uma redução no seu crescimento anual, se comparado com os anos anteriores. De 2011 a 2013, a receita estadual cresceu em média 13% ao ano, enquanto que nos três anos posteriores o aumento da receita caiu pela metade: 6,4% a cada ano¹³.

Esta arrecadação menor não foi suficiente para reduzir a expansão do gasto com pessoal da SES. Enquanto que a média de crescimento da receita foi de 6,4%, o gasto com a folha de pagamentos teve um crescimento médio de 12,4% por ano. Cabe destacar que este aumento de gastos da SES foi superior ao das despesas totais, ou seja, reduziu-se as despesas com outros itens, como investimentos, para realizar a expansão das despesas com pessoal. Tal dinâmica de crescimento da arrecadação e das despesas da SES é demonstrado no Quadro a seguir:

Quadro 30: Evolução da receita total, da despesa com saúde e despesas com pessoal da saúde entre 2013 e 2016 (2013 = 100).

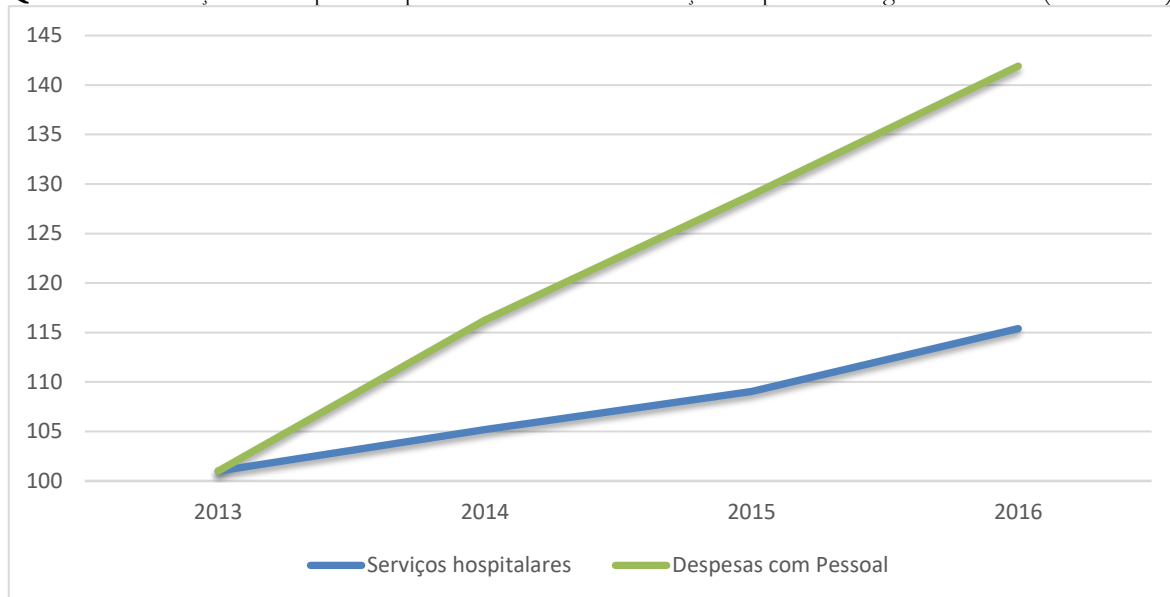


Fonte: Secretaria de Estado da Fazenda – SEF. Elaboração TCE/SC.

Observa-se na figura um descolamento das despesas com gasto de pessoal, demonstrando elevação de 41,9% no período, enquanto que o total do gasto com saúde segue a receita do Estado.

¹³ Informações extraídas do Portal da Transparência do Poder Executivo do Estado.

Quadro 31: Evolução das despesas de pessoal na saúde e dos serviços hospitalares de gestão estadual (2013 = 100).



Fonte: Secretaria de Estado da Fazenda e Ministério da Saúde. Elaboração TCE/SC.

Para estimar os serviços hospitalares nas unidades de saúde geridas pelo governo Estadual, coletou-se os dados do DATASUS referente as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) da gestão estadual. Sendo que os serviços hospitalares demandados pelos pacientes geram AIH's, este é o número a ser considerado como demanda por serviços em unidades hospitalares. A figura demonstra que enquanto os serviços executados em hospitais do Estado cresceram 15% no período, a despesa com pessoal elevou 41,9%.

Deste modo, a equipe de auditoria observou que apesar da situação fiscal desfavorável do Estado no período, houve crescimento das despesas com pessoal. Isto foi o que ocorreu, por exemplo, em 2014, quando no de início da crise econômica, foi aprovada a Lei nº 16.351/2014 alterando regulamentação feita no ano anterior (Lei nº 15.984/2013). Esta nova Lei dobrou o valor da gratificação para os servidores da saúde sem qualquer contrapartida em relação ao aumento da produção¹⁴. Esta medida contribuiu para que os gastos com pessoal se elevassem nos próximos anos, haja vista que o aumento foi parcelado entre os anos de 2015 e 2016, gerando um aumento aproximado de R\$ 12 milhões ao mês na folha de pagamento da saúde.

Podemos citar também a Gratificação de Desempenho e Produtividade Médica (GDPM) criada para os médicos em 2014 por meio da Lei 16.160/2013, gerando um incremento na folha da saúde de aproximadamente R\$ 65 milhões adicionais ao ano. Ressalta-se que esta

¹⁴ A Lei nº 16.351/2014 alterou o artigo segundo da lei anterior, estabelecendo que a gratificação por desempenho passasse a ser 100% do vencimento do cargo, ao invés de 50% deste valor.

Corte não está questionando merecimento, mérito de tal recebimento e sim o respaldo financeiro previsto para arcar com custos extras não previstos no orçamento anual.

É sabido que uma melhora na gestão de pessoas deve ser algo de iniciativa da própria SES, que possui contato diário com os processos internos e tem conhecimento dos pontos em que é possível ter uma melhora. No entanto, observou-se que alguns pagamentos realizados na folha de pagamentos requerem mais critério, especificamente a rubrica denominada “Horas de sobreaviso”.

A indenização por sobreaviso está prevista na Lei Complementar Estadual nº 1.137 de 1992, que institui o plano de carreira, cargos e salários dos servidores da Secretaria de Estado da Saúde, regulamentada pela Lei Complementar nº 323/2006 que traz no artigo 20 os critérios necessários para o seu recebimento. Apenas em novembro de 2017, a rubrica “Horas de sobreaviso” foi paga para 2.868 funcionários da SES, totalizando um gasto total de R\$ 5,29 milhões somente naquele mês.

A auditoria parte do pressuposto que o sobreaviso pago aos servidores segue o disposto nas leis complementares citadas anteriormente, portanto não cabe discutir qualquer ilegalidade. No entanto, em que pese a necessidade de manter os funcionários da saúde de sobreaviso, o que é natural para as características do tipo de serviço prestado, observa-se uma quantidade que foge do razoável de pessoas recebendo este benefício. Não está claro que 2.868 funcionários da SES na condição de sobreaviso de fato irão disponibilizar uma oferta significativa de serviços de saúde à população, principal interessada, na forma como vem sendo feito.

A referida rubrica corresponde, em média, a um acréscimo bruto de R\$ 1.846 na renda daqueles que a recebem. É sempre bom destacar que o salário mínimo no país é R\$ 937 e a renda média do brasileiro, segundo o IBGE é de R\$ 1.226¹⁵. O sobreaviso não pode ser tratado como uma promoção, ou então um ganho salarial por qualquer razão difusa. Trata-se de uma indenização específica para servidores que ficam de prontidão para atender a casos de calamidade ou emergência¹⁶. Ademais, o regime de sobreaviso não se confunde com o regime de plantão. Enquanto que no primeiro o trabalhador fica em sua residência, no segundo, os trabalhadores de prontidão ficam no local de trabalho. Isto posto, apresenta-se a relação de alguns dos profissionais que recebem sobreaviso, de acordo como relatório da SES para o mês de novembro de 2017:

¹⁵ Dados de 2016.

¹⁶ LC nº 323/2006 art. 20, §1º “Entende-se por sobreaviso a permanência do servidor fora de seu ambiente de trabalho, em estado de expectativa constante, aguardando o chamamento para o serviço, face à situação emergencial ou calamitosa”.

Quadro 32: Exemplo de profissionais que receberam indenização por sobreaviso em novembro de 2017

Profissional	Quantidade	Valor Gasto (R\$)
Pintor	1	1.798,17
Encanador	5	8.769,16
Bibliotecário	1	1.228,38
Agente de Serviços Gerais	213	245.532,61
Assistente Social	30	65.845,05
Auxiliar de Enfermagem	156	173.545,04
Enfermeiro	342	681.837,00
Farmacêutico	108	171.110,00
Fisioterapeuta	28	35.645,02
Médico Anestesiologista	85	148.299,02
Médico Oftalmologista	18	31.779,09
Médico Psiquiatra	16	47.217,57
Médicos	795	2.372.116,81
Odontólogo	11	23.010,00
Telefonista	2	3.311,84
Técnico em Contabilidade	1	2.152,37
Total Geral	2868	5.293.017,95

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde – SES. Elaboração TCE/SC.

Pelas informações obtidas da SES observa-se que alguns profissionais recebem indenização de sobreaviso sem que esteja claro o critério adotado para escolha e dimensionamento, representando o montante de R\$ 5,3 milhões mensais à Saúde. Cabe a SES definir os parâmetros para elaboração de escalas e consequente recebimento da presente indenização, de forma a garantir a relação ideal entre custo e benefício do serviço para a sociedade.

Conforme apresentado no início deste Relatório, a dívida da SES até 30/09/2017 era de R\$ 1.083.958.642,18. Portanto, medidas devem ser tomadas de modo a reduzir os gastos que menos comprometam a prestação de serviços ao cidadão.

Destaca-se que se houver uma redução no pagamento da indenização de sobreaviso de 50% gera-se uma economia de aproximadamente R\$ 31,8 milhões ao ano.

Esta economia somada com outras medidas igualmente importantes são fundamentais para a racionalização dos gastos com saúde e para redução da dívida a patamares aceitáveis. Cabe destacar que o sobreaviso é uma remuneração indenizatória precária, isto é, pode-se deixar de receber caso não seja mais necessário manter o servidor na expectativa de ser chamado para uma emergência.

Assim, frente às situações encontradas, entende-se como relevante a realização de auditoria específica em atos de pessoal por esta Corte de Contas sobre o tema.

Sentenças Judiciais

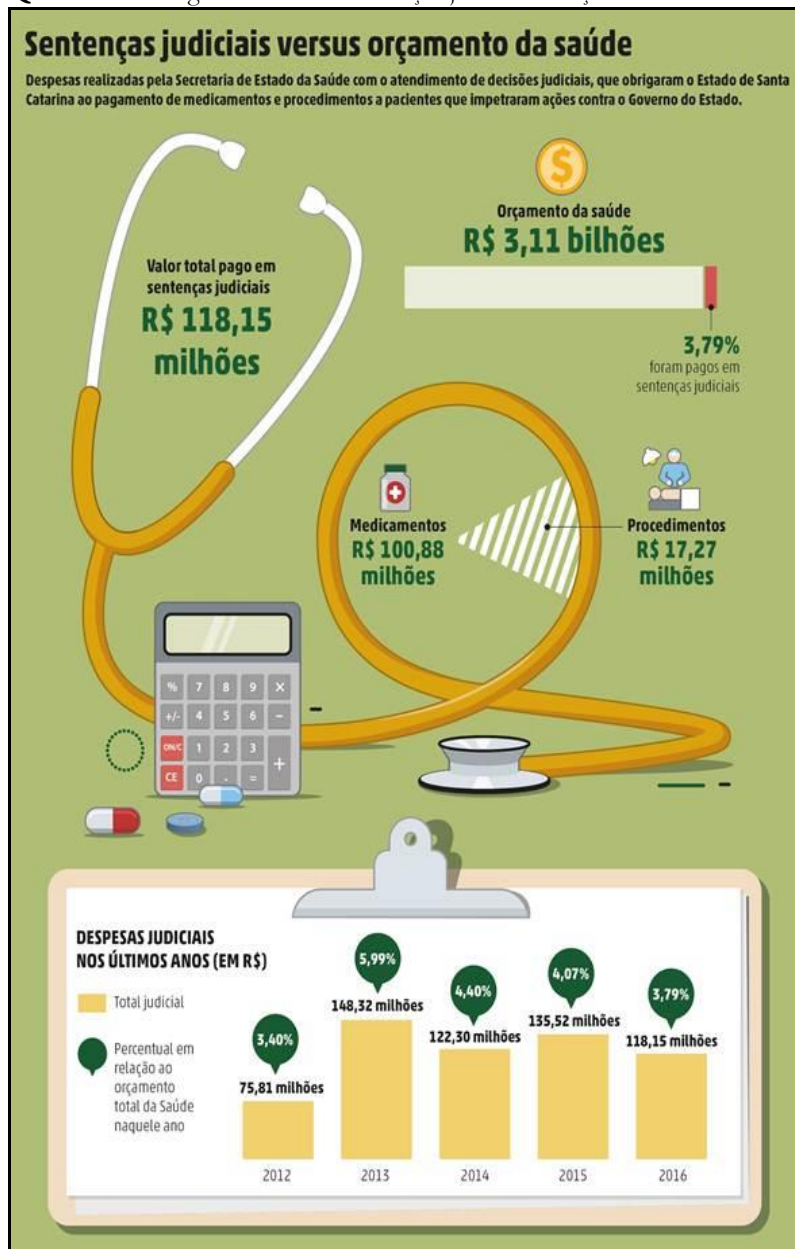
Parte dos recursos aplicados pelo Governo do Estado em ações e serviços públicos de saúde foram utilizados para atender demandas judiciais. Durante o exercício de 2016 foram empenhados o montante de R\$ 118.154.693,45 a título de Sentenças Judiciais. Este valor contempla todas as fontes de recursos utilizados pelo Estado nas ações e serviços públicos de saúde e não somente as consideradas no cálculo de aplicação em saúde.

Apesar da garantia constitucional de acesso a saúde de forma universal, é crescente a busca deste direito por meio do sistema judiciário, quando o Poder Público não oferece todos os medicamentos e procedimentos médicos necessários, este passa a ser garantido pelo Poder Judiciário, quando provocado pelo cidadão que não consegue o atendimento, no entanto, foi observado que muitas vezes o benefício é concedido ao solicitante pelo judiciário sem ao menos se tratar de um paciente SUS ou de não ter tentado a medicação ou procedimentos pelas vias normais, fazendo com que o Estado arque sem necessidade com um valor muito mais alto do que o previsto para o atendimento do paciente.

Assim, o Judiciário, que deveria ser a última alternativa para obtenção de medicamento e/ou procedimentos negado pelo Sistema Único de Saúde, seja por falta de previsão na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), ou por questões orçamentárias dos entes públicos, acaba cada vez mais sendo a primeira.

O infográfico a seguir mostra a relação das despesas pagas pelo Governo do Estado com sentenças judiciais e o orçamento da Secretaria de Estado da Saúde nos exercícios de 2012 a 2016. Pela relevância dos valores, fica evidente a necessidade de discutir o retorno deste dispêndio para a população como um todo, pois embora estes gastos sejam judicialmente legais, há de se pesar o quão moral são, pois valorizam o individual em prol do coletivo, o que vai de encontro ao princípio básico do SUS.

Quadro 33: Infográfico com as sentenças judiciais x orçamento da saúde



Fonte: TCE – Relatório Técnico Contas do Governo/2016

Em uma breve análise, considerou-se o gasto com judicialização somente de 2016 (R\$ 118.154.693,45) e comparou-se ao gasto anual de 2016 do Hospital Infantil Joana de Gusmão, levando-se em conta o montante da folha de pagamento, serviços terceirizados, alimentação, medicamentos, material médico, lavanderia, água, luz, internet e telefone, que somam aproximadamente 116 milhões de reais.

Enquanto com a judicialização foram realizadas 9.236 ações em 2016, o Hospital Infantil Joana de Gusmão, com o mesmo recurso, realizou 106.076 atendimentos ambulatoriais, 87.557 atendimentos emergenciais, 8.134 internações, 7.352 cirurgias e 85.147 exames.

Este exemplo e outras comparações são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 34: Comparações entre Judicialização e Hospitais

Ano	2016	Ano	2015
Despesas Judiciais	118 milhões de reais	Despesas Judiciais	135 milhões de reais
Ações Realizadas	9.236	Ações Realizadas	9.872
Hospital Comparação	Hospital Infantil Joana de Gusmão	Hospital Comparação	Hospital e Maternidade Tereza Ramos <u>MAIS</u> Hospital Florianópolis
Despesas Hospital	116 milhões de reais	Despesas Hospitalais	HTR: 93 milhões de reais HF: 36 milhões de reais TOTAL = 129 milhões de reais
Atendimentos Ambulatoriais	106.076	Atendimentos Ambulatoriais	58.149
Atendimentos Emergenciais	87.557	Atendimentos Emergenciais	119.286
Internações	8.134	Internações	13.109
Cirurgias	7.352	Cirurgias	8.127
Exames	85.147	Exames	107.207
Ano	2014	Ano	2013
Despesas Judiciais	122 milhões de reais	Despesas Judiciais	148 milhões de reais
Ações Realizadas	7.028	Ações Realizadas	6.077
Hospital Comparação	Hospital Celso Ramos	Hospital Comparação	Hospital Regional de São José
Despesas Hospital	130 milhões de reais	Despesas Hospital	140 milhões
Atendimentos Ambulatoriais	87.616	Atendimentos Ambulatoriais	73.054
Atendimentos Emergenciais	70.119	Atendimentos Emergenciais	179.356
Internações	10.010	Internações	14.684
Cirurgias	9.925	Cirurgias	5.174
Exames	106.334	Exames	137.406

Fonte: SES

Conforme exposto no quadro acima, também podemos comparar os gastos com judicialização em 2015 com as despesas do Hospital e Maternidade Tereza Ramos somado às despesas do Hospital Florianópolis no mesmo ano, ou em 2014 com as despesas do Hospital Celso Ramos, ou ainda em 2013 com as despesas do Hospital Regional de São José. Em todos os cenários, atendeu-se milhares de cidadãos a mais com as despesas destes hospitais do que o seletor grupo que foi beneficiado com as judicializações da saúde. Destaca-se ainda o artigo 196,

da Constituição Federal de 1988, que diz ser dever do Estado o acesso igualitário às ações e serviços de saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Logo, devido aos altos valores dispendidos com ações de judicialização da saúde, a Diretoria de Atividades Especiais do Tribunal de Contas de Santa Catarina realizará auditoria operacional específicas para tratar de forma aprofundada do tema e apontará situações de melhoria oportunas e relevantes para auxiliar na condução do processo da judicialização e, por consequência, minimizar os valores decorrentes da mesma.

Diante das questões pertinentes ao presente achado, cabe a Secretaria de Estado da Saúde:

- Estabelecer nos contratos (ativos e novos) com Organizações Sociais (OS) metas baseadas em critérios plausíveis e desafiadores, com o respectivo controle do atingimento das mesmas e reajustá-los mediante comprovação de viabilidade financeira e operacional;
- Reavaliar individualmente a conformidade do pagamento de sobreaviso para os 2.849 servidores da SES que recebem a indenização na atualidade e defina critérios para elaboração da escala deste serviço, mediante necessidade real;
- Reduzir a quantidade de servidores que recebem a indenização de sobreaviso de forma imediata em pelo menos 50%, de modo a gerar uma economia de aproximadamente R\$ 31,8 milhões ao ano, em virtude da ausência de critério para definição da necessidade dos profissionais que recebem este pagamento e a evidente desnecessidade de parte deles.

2.2.3 Comentários do Gestores

2.2.3.1 Estabelecer nos contratos (ativos e novos) com Organizações Sociais (OSs) metas baseadas em critérios plausíveis e desafiadores, com o respectivo controle do atingimento das mesmas e reajustá-los mediante comprovação de viabilidade financeira e operacional.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fls. 3209-3211)

Inicialmente o ex-Secretário apresentou um resumo do que este Tribunal apurou na auditoria quanto a este item, como encontra-se dividida a rede hospitalar do Estado e qual o papel das Organizações Sociais de Saúde (OSS) que administram cinco dos 13 Hospitais do Estado e atendem anualmente 812.137 pacientes.

Trouxe que, em maio de 2017, foi criado um Grupo de Trabalho para estudar a Política de Atenção à Rede Hospitalar do Estado de Santa Catarina, com a incumbência de estudar as OSS, definindo um plano operativo, fixando-se novas metas e critérios para o processo de escolha destas Organizações, conforme Ata da Segunda Reunião deste Grupo, realizada em 04/05/2017 (Anexo IX, fl. 3287-3290), juntada aos autos.

Ainda no exercício de 2017, foram reavaliados os contratos de gestão celebrados com as OSS no sentido de adequar as metas e critérios para o processo de escolha. Ressaltou que foi um estudo técnico complexo, dificultoso e moroso, sendo necessária cautela e sensibilidade, em razão do serviço não sofrer solução de continuidade.

Do mesmo modo, foram realizados estudos para melhorar metas e critérios para as novas contratações e para o envio de informações à SES, cujos contratos teriam término em 2018.

Lembrou que foi nomeada uma servidora da Secretaria da Fazenda para supervisionar as Organizações Sociais, objetivando dar continuidade aos serviços de avaliação e fiscalização dos contratos celebrados e apresentou as contratações e rescisões com OSS que ocorreram recentemente, citando o caso da renovação do Contrato de Gestão do Hospital Jeser Amarante Faria de Joinville em que foram feitos estudos e incluídas metas com critérios objetivos e desafiadores, o primeiro modelo para a melhoria das cláusulas contratuais.

Quanto à FAHECE e o HEMOSC relatou economias conquistadas e identificou recursos a receber, os quais estão em estudo para viabilização de recebimento. Em relação aos Hospitais Regional de Araranguá e Florianópolis, administrados pela SPDm, relatou que foram verificadas diversas deficiências na prestação dos serviços, já noticiadas ao Ministério Público e órgãos de controle.

Finalizou ressaltando que foram feitos esforços e tomadas medidas administrativas e judiciais cabíveis na busca da vinculação dos serviços prestados com a execução financeira, sem descuidar da qualidade do serviço a ser prestado. Juntou relatório das ações relacionadas aos Contratos com as OSS do período de 01/10 a 31/12/2017, elaborado pela Gerência de Supervisão das Organizações Sociais. (Anexo 10, fls. 3291-3311).

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3337)

O Gestor informou que foi publicada a Portaria nº 117, de 07/02/2018 (Anexo 9, fls. 3405-3406) que corrobora a indicação deste Tribunal no sentido de definir atribuições às gerências vinculadas a Superintendência dos Hospitais Públicos, no que tange à operacionalização do Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais.

Análise dos Comentários dos Gestores

Com a criação do Grupo de Trabalho para estudar a Política de Atenção à Rede Hospitalar do Estado de Santa Catarina e a publicação da Portaria nº 117/2018, que atribui a Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais, por meio da Gerencia de Desenvolvimento de Hospitais Públicos, da Gerencia de Custos e Resultados e da Gerencia de Acompanhamento da Execução das Metas Hospitalares ações relacionadas a estudos, avaliações e estabelecimento de metas para os contratos de gestão verifica-se que a Secretaria está procurando atender a indicação deste Tribunal, contudo, em razão de se ter o resultado parcial destas ações, conforme relatório das ações relacionadas aos Contratos com as OSS (fls. 3291-3311) e consequentemente ainda não constar em todos os contratos as metas e seu respectivo controle após os estudos, permanece o item para acompanhamento e monitoramento futuro.

2.2.3.2 Reavaliar individualmente a conformidade do pagamento de sobreaviso para os 2.849 servidores da SES que recebem a indenização na atualidade e defina critérios para elaboração da escala deste serviço, mediante necessidade real.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fls. 3211/3212)

O ex-Secretário inicialmente apresentou um resumo sobre a situação encontrada na auditoria em relação aos gastos com pessoal da saúde e, para apurar os fatos criou um Grupo de Estudos vinculado a Superintendência de Planejamento e Gestão (Anexo XI, fls. 3312-3315), com a finalidade de estudar propostas de redução de despesas com pessoal ativo e inativo, tendo dentre as ações propostas a de reavaliar a concessão do sobreaviso. Para esta reavaliação foi encaminhada a criação de uma comissão temporária para apresentação de propostas para regulamentação desta indenização (fls. 3317/3318), tendo como pressuposto o mapeamento dos serviços passíveis de realização de sobreaviso de cada Unidade, sugerindo-se a proibição de concessão nos casos em que não há a efetiva necessidade, ou seja, sem a existência de situação emergencial ou calamitosa.

Concluiu dizendo que cabia ao Secretário-adjunto para Assuntos Administrativos tomar as providências no sentido de acompanhar as propostas apresentadas para a redução das despesas com pessoal e que no exercício de 2017 não foi concedido qualquer tipo de novo benefício, buscando-se reavaliar os concedidos nas gestões anteriores.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3337)

Conforme o relatório do Sistema Oficial SGRH da Secretaria, de fevereiro de 2018, ocorreu pagamento de sobreaviso a 2.243 servidores em diversas categorias. Esclareceu que em 2016 houve a provocação para a redução de horas de sobreaviso, sendo estabelecido como teto máximo o menor quantitativo de horas realizadas em cada Unidade Hospitalar, considerando-se o ano de 2014, resultando na redução estimada de 46.800 horas (Anexo 10, fls. 3407-3420).

Análise dos Comentários dos Gestores

Os Gestores apresentaram as medidas que já foram tomadas em relação as despesas com indenização de horas de sobreaviso, incluindo a criação de Grupos de trabalho para reavaliar os critérios de concessão.

Das informações verificou-se que houve uma diminuição de horas de sobreaviso concedidas e pagas de 2014 para 2016, porém na auditoria questionou-se o respeito aos critérios para estas concessões, principalmente quanto a necessidade de se conceder à algumas categorias funcionais, não relacionadas à situação emergencial.

Com isso, espera-se que os estudos e as conclusões sejam implementadas, o que deve ser seguido por este Tribunal para verificar os resultados alcançados, assim permanece este item.

2.2.3.3 Reduzir a quantidade de servidores que recebem a indenização de sobreaviso de forma imediata em pelo menos 50%, de modo a gerar uma economia de aproximadamente R\$ 31,8 milhões ao ano, em virtude da ausência de critério para definição da necessidade dos profissionais que recebem este pagamento e a evidente desnecessidade de parte deles

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3212)

A partir do estudo e avaliação criteriosa caberá ao Gestor atual da SES tomar as medidas administrativas cabíveis para propor a redução da folha de pagamento, em especial as verbas variáveis, PGS e contratações temporárias.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fls. 3337/3338)

Informou que as normativas e critérios estão sendo estabelecidos dentro do Business Intelligence (SGC-BI), que define capacidade instalada e necessidades de cada Unidade para que possa aumentar ou diminuir de acordo com as demandas. Ressaltou que as deduções estão ocorrendo gradativamente, haja vista a implantação recente do sistema que auxilia na visão geral com os critérios assistenciais, e que já iniciaram com a determinação de redução de 20% a contar de setembro de 2018 (fls. 3421-3437).

Análise dos Comentários dos Gestores

O atual Secretário noticiou que determinou a redução de 20% da indenização de sobreaviso para setembro de 2018, conforme a Comunicação Interna Circular nº 05, de 02/07/2018 (fls. 3421/3422), encaminhada às Unidades do Estado que concedem esta indenização, na qual consta o estabelecimento de novo teto para aprovação das escalas e realização de horas de sobreaviso. Contudo, não foram encaminhados os resultados dos estudos realizados com os critérios estabelecidos, somente informado que constam no sistema recentemente implantado.

Disso, em razão do percentual estipulado estar em implantação e não ter sido possível verificar os critérios estabelecidos neste momento, entende-se que o item deve permanecer.

2.3 ACHADOS RELATIVOS À TERCEIRA QUESTÃO DE AUDITORIA

A forma como o Estado estima as receitas e fixa as despesas para a saúde na Lei Orçamentária Anual vai ao encontro da demanda existente?

Dívida na Saúde

Para existir dívida é fato que vem se gastando na saúde mais do que se recebe.

A elaboração do orçamento público tem o intuito de sintetizar em um documento as prioridades de gastos do governo e as formas como os recursos serão arrecadados através de impostos cobrados dos cidadãos. Embora a demanda por serviços públicos, em especial na saúde, seja crescente, é importante que o gestor planeje as despesas de modo que as receitas arrecadadas sejam capazes de cobri-las. Despesas realizadas que não tiveram cobertura de receita suficiente para o seu pagamento cria uma dívida a ser paga no futuro. No momento posterior quando esta dívida for paga, deverá haver receitas superiores às despesas do período, de modo que se tenha um superávit capaz de pagar as despesas realizadas no passado que se tornaram dívida.

Cabe também destacar a rigidez orçamentária do setor público. A criação de uma despesa num ano qualquer gera uma elevação dos gastos públicos para os anos seguintes, sendo que o gestor não possui a flexibilidade de limitá-la. Construção de uma escola, contratação de policiais e ampliação de unidade hospitalar, todos são exemplos de despesas comuns do governo estadual e que comprometem recursos para os demais anos. Dado que os recursos são escassos, a solução para o gestor atender a demanda da população sem tomar medidas irresponsáveis com relação ao orçamento público é elevar as despesas dando prioridade àquelas que aumentam a quantidade e a qualidade dos serviços públicos ofertados ao cidadão.

Em decorrência da auditoria realizada, das inspeções in loco, das entrevistas, dos estudos realizados, entre outras técnicas utilizadas, foi possível constatar alguns pontos crônicos relativos ao orçamento da saúde do Estado, que impactam diretamente na dívida e em sua gestão. Elenca-se a seguir os principais achados da presente questão:

- Planejamento orçamentário inconsistente: subavaliação das despesas com pessoal, não conhecimento das despesas da saúde em sua totalidade (despesas não empenhadas, ausência de controle dos contratos da saúde ativos e contínuos) gerando planejamento orçamentário não condizente com a realidade financeira do Estado;
- Despesas sem prévio empenho e sem registro contábil: contrário aquilo que preconiza a Lei Federal n. 4.320/1964 em seus art. 60 e 85;
- Despesas de exercícios anteriores: alto valor de despesas de exercícios anteriores, contrariando ao previsto no art. 37 da Lei Federal 4.320/64, em prejuízo da confiabilidade dos resultados apresentados.

2.3.1 Planejamento orçamentário inconsistente

A Constituição Federal (CF) e vasta legislação complementar e regulamentar tratam do planejamento orçamentário.

Em relação à saúde, o § 1º do art. 198 da CF apresenta que 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.

O § 3º do mesmo artigo dispõe que por Lei complementar, reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá os percentuais que a União, Estados e Municípios devem aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde.

A Lei Complementar nº 141/2012, regulamenta e estabelece que os Estados, devem aplicar em ações e serviços públicos de saúde, o valor mínimo correspondente a 12% (doze por cento) do produto da arrecadação dos impostos, acrescido das transferências de recursos provenientes da União, deduzidos os valores transferidos aos municípios, relativos à participação destes nas receitas dos estados.

No caso de Santa Catarina, o Estado e os Municípios deverão aplicar anualmente, no mínimo, 15% em ações e serviços de saúde, com aumento progressivo, conforme a Emenda Constitucional Estadual nº 72/2016 (dá nova redação ao art. 155 e ao art. 50 do ADCT, da Constituição do Estado de Santa Catarina). A partir de 1º de janeiro de 2017, deve ser aplicado 13% da arrecadação na saúde. A partir de 1º de janeiro de 2018, o percentual mínimo será de 14% e a partir de 1º de janeiro de 2019, 15%.

Ainda na Carta Magna (art. 165), foi disponibilizado modelo orçamentário a ser adotado pela União, Estados e Municípios, composto basicamente pelos documentos elencados a seguir:

- PLANO PLURIANUAL (PPA) – com vigência de 04 (quatro) anos, tem como objetivo principal traçar as diretrizes e metas da gestão pública;
- LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO) - é elaborada anualmente e tem como objetivo apontar as prioridades do governo para o próximo ano. Ela orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual, baseando-se no que foi estabelecido pelo Plano Plurianual;
- LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA) - é o orçamento anual, por meio do qual o gestor público estima a receita e fixa a receita de forma detalhada.

Pela Lei Complementar Federal nº 101/00, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, o princípio básico é a responsabilidade na gestão fiscal, pressupondo ações planejadas e transparentes, visando a prevenção de riscos e correção de desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições, no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidadas e mobiliárias, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar.

No entanto, mesmo com a legislação e doutrina relativa ao assunto, por meio de solicitação de documentos e entrevistas, ficou claro que o Estado não conhece o real custo da

saúde. Não é sabido por parte da administração quanto custa aos cofres públicos cada uma das unidades de saúde existentes, não há gestão dos contratos ativos e empenhamento dos mesmos em sua totalidade, não há um diagnóstico financeiro da Saúde do Estado.

É fundamental que a Saúde tenha planejamento orçamentário real e consistente, que estabeleça com clareza as prioridades da gestão, possibilitando o alcance do limite constitucional e aplicação equitativa e racionalizada dos recursos.

No entanto vem à tona a seguinte pergunta: Como planejar aquilo que não se conhece?

Não há atualmente como dizer quanto é necessário para alocar em saúde, e não há perspectiva de conhecimento do mesmo, visto que não há um estudo aprofundado dos custos da saúde, pois não foi localizado planejamento para os investimentos, obras, orçamento, controle de custos, ou seja, qualquer instrumento de gestão para acompanhamento e melhoria da área.

Desta forma, entende-se que para que se possa pensar em regularização das contas, é necessário o aperfeiçoamento da gestão, iniciando pelo planejamento orçamentário consistente, com base nas demandas e contratações já ocorridas e com teto adequado a previsão de receita.

Atualmente a fixação da despesa se baseia nos anos anteriores, anos estes onde não há a totalidade das despesas empenhadas, fazendo com que não se tenha um valor aproximado ao executado, gerando resultados negativos anualmente.

Extraiu-se do SIGEF as receitas estimadas e despesas fixadas na LOA para a saúde dos anos de 2012 a 2016 e comparou-se com as receitas e despesas realizadas, conforme demonstra-se a seguir:

Quadro 35: Receitas estimadas e despesas fixadas na LOA de 2012 a 2016

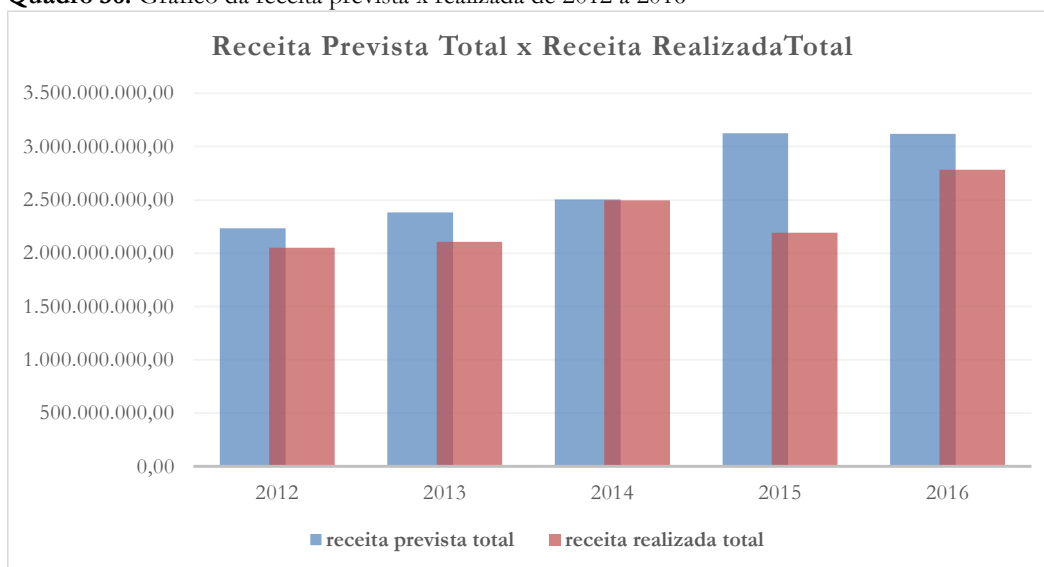
Ano	Receitas Tesouro (SEF)		Outras Receitas		Despesas			
	Previsão	Realizada	Previsas	Realizadas	Fixada	Empenhada	Liquidada	Paga
2012	1.610.148.444,00	1.561.148.057,27	622.386.247,00	490.218.441,51	2.232.534.690,83	1.939.472.964,79	-	-
2013	1.808.080.282,00	1.558.757.378,35	573.488.688,00	548.067.449,29	2.381.568.970,00	2.203.274.175,81	2.063.482.282,01	2.015.369.647,43
2014	1.874.470.764,00	1.859.808.313,92	628.980.725,00	634.808.004,42	2.503.451.489,00	2.573.197.528,60	2.436.379.003,30	2.404.233.966,02
2015	2.411.510.778,00	1.569.996.968,26	714.578.279,00	623.620.783,70	3.126.089.057,00	2.748.249.035,68	2.683.377.265,91	2.571.175.431,46
2016	2.364.835.908,00	2.193.477.281,45	754.427.629,00	589.787.108,56	3.119.263.537,00	2.932.441.779,57	2.874.394.711,43	2.775.363.777,10

Fonte: SIGEF

Com base nas informações supra referenciadas é possível constatar que as receitas previstas são superestimadas. Ressalta-se o ano de 2015, em que a receita real do Estado teve

uma frustração de mais de 30%. No acumulado de 2012 a 2016 a diferença entre o previsto e realizado chega a R\$ 1.733.217.957,27.

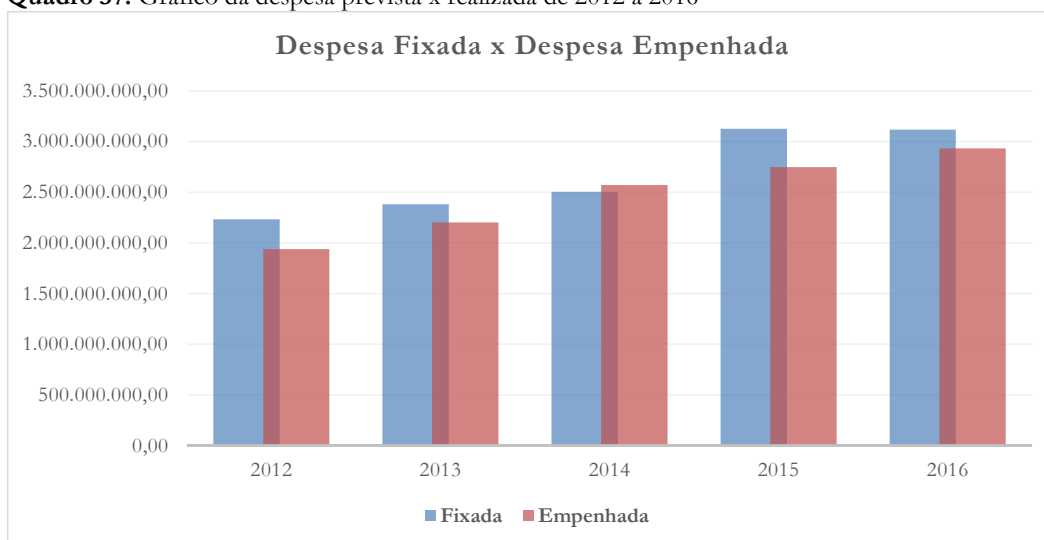
Quadro 36: Gráfico da receita prevista x realizada de 2012 a 2016



Fonte: SIGEF

Já em relação as despesas, considerando a diferença entre as fixadas e empenhadas, em todos os anos analisados o previsto supera o real, exceto no ano de 2014, no entanto não estão previstas no cômputo analisado as despesas não empenhadas, fato este que alteraria o cenário apresentado a seguir:

Quadro 37: Gráfico da despesa prevista x realizada de 2012 a 2016



Fonte: SIGEF

Por fim, confrontando as receitas realizadas às despesas empenhadas é possível perceber a diferença anual, evidenciando resultado negativo a partir de 2013, resultado este que se agrava em demasia no ano de 2015.

Quadro 38: Diferença entre a receita realizada e a despesa empenhada de 2012 a 2016

Ano	Receita Realizada	Despesa Empenhada	Receita - Despesa
2012	2.051.366.498,78	1.939.472.964,79	111.893.533,99
2013	2.106.824.827,64	2.203.274.175,81	-96.449.348,17
2014	2.494.616.318,34	2.573.197.528,60	-78.581.210,26
2015	2.193.617.751,96	2.748.249.035,68	-554.631.283,72
2016	2.783.264.390,01	2.932.441.779,57	-149.177.389,56

Fonte: SIGEF

Quadro 39: Gráfico da diferença entre a receita realizada e a despesa empenhada de 2012 a 2016



Fonte: SIGEF

Pelas demonstrações, fica claro que não há segurança no orçamento realizado e na metodologia utilizada, ainda mais se forem consideradas as despesas não empenhadas, o que traria um resultado negativo ainda maior.

Conclui-se então que as despesas não são baseadas na demanda e as receitas vêm sendo superestimadas, corroborando a ideia até então apresentada de que não há critério adequado para elaboração e execução orçamentária, obtendo-se assim LOA não condizente com a realidade, não se podendo balizar qualquer planejamento na mesma.

Diante do cenário apresentado, faz-se necessário um diagnóstico realista da saúde do Estado sob a ótica orçamentária, para que o gestor conheça sua real demanda, pois não há como se admitir, principalmente no momento de crise pelo qual passa o país, que não se conheça

as despesas em sua integralidade e que não se tenha critérios técnicos para alocação dos recursos na saúde.

Não há como gerir aquilo que não se conhece, quanto mais criar novas contas para custeio em um cenário totalmente estagnado, econômica e financeiramente falando. É importante que a SES atue fortemente na gestão de custos e crie critérios para alocar as receitas, no entanto, isso não basta, é necessário que tenha um rumo traçado pelo órgão central de controle orçamentário no Estado, a Secretaria de Estado da Fazenda (SEF), conforme atribuições delegadas a esta Secretaria por meio do art. 2º do Decreto. 1.325, de 21 de dezembro de 2012 (que altera dispositivos do Decreto nº 2.910, de 21 de dezembro de 2009).

Especificamente quanto à gestão de custos, cabe ressaltar que o Ministério da Saúde disponibiliza ferramenta gratuita para auxiliar no processo de apuração e gestão dos custos na área (APURASUS¹⁷), possibilitando ao gestor maior confiabilidade na tomada de decisão.

Conforme o art 3º do Decreto suprarreferenciado, cabe a SEF detectar e sanar os problemas ocorridos, diagnóstico, estudo de alternativas, e implementação/ auxílio das mesmas:

Art. 3º Ao órgão central do Sistema Administrativo de Planejamento e Orçamento, por intermédio de sua direção superior e de seu núcleo técnico, compete:

I - estabelecer a uniformização conceitual, terminológica, metodológica e processual das atividades do Sistema por meio da elaboração de normas e instruções técnicas visando à sistematização, padronização, operacionalização e controle do processo de planejamento e orçamento estaduais;

II – disponibilizar metodologia, orientação e apoio técnico aos órgãos setoriais e seccionais;

III - assistir ao Chefe do Poder Executivo na formulação, coordenação, acompanhamento e controle de políticas e planos de desenvolvimento, auxiliando-o na definição de prioridades e na programação de recursos orçamentários estaduais;

IV - acompanhar audiências do orçamento estadual regionalizado promovidas pela Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina - ALESC;

V – promover a programação, a organização, a coordenação, a execução, o controle, a avaliação e a normatização das atividades pertinentes ao processo de planejamento orçamentário e avaliação estadual; VI – promover, coordenar, supervisionar e consolidar a elaboração dos projetos de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), dos orçamentos anuais e dos atos que objetivem a abertura de créditos adicionais;

VI - promover a compatibilização, regionalização, descentralização e desconcentração de processos de planejamento e orçamento do Estado, bem como o seu acompanhamento, avaliação e coordenação;

VII - implantar sistemas de acompanhamento físico-financeiro dos planos, programas e ações do Governo do Estado, e de informações gerenciais, visando agilizar o processo de tomada de decisões;

VIII – coordenar a elaboração, o acompanhamento e a avaliação do PPA;

IX – melhorar a gestão e eficiência na aplicação de recursos públicos, por meio do acompanhamento e avaliação das ações governamentais;

X - elaborar anteprojetos de lei e demais atos referentes a ações de sua área de competência;

XI – monitorar a qualidade das informações inseridas no processo de Acompanhamento Físico e Financeiro e de Avaliação do PPA;

XII - realizar estudos e pesquisas relacionadas ao desenvolvimento e aperfeiçoamento do processo orçamentário estadual;

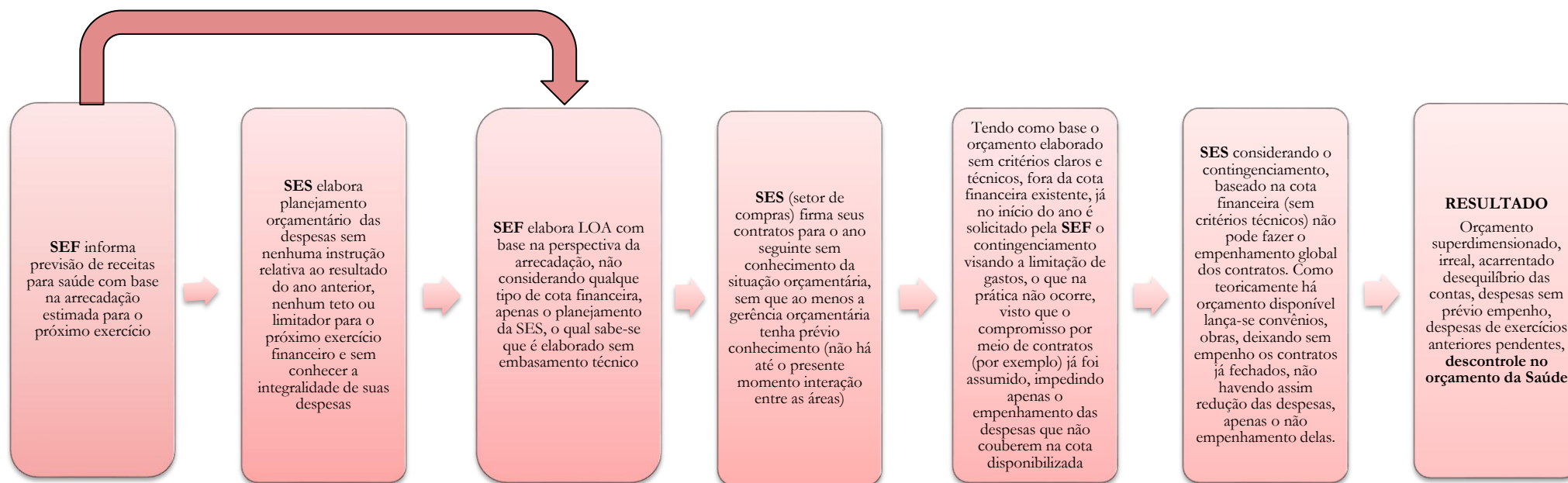
¹⁷ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/programa_nacional_gestao_custos.pdf (acesso em 11/12/2017)

XIII - elaborar projeções de receitas orçamentárias e resultados da gestão fiscal a serem utilizados nos processos de elaboração de orçamentos e da Lei de Diretrizes Orçamentárias; e

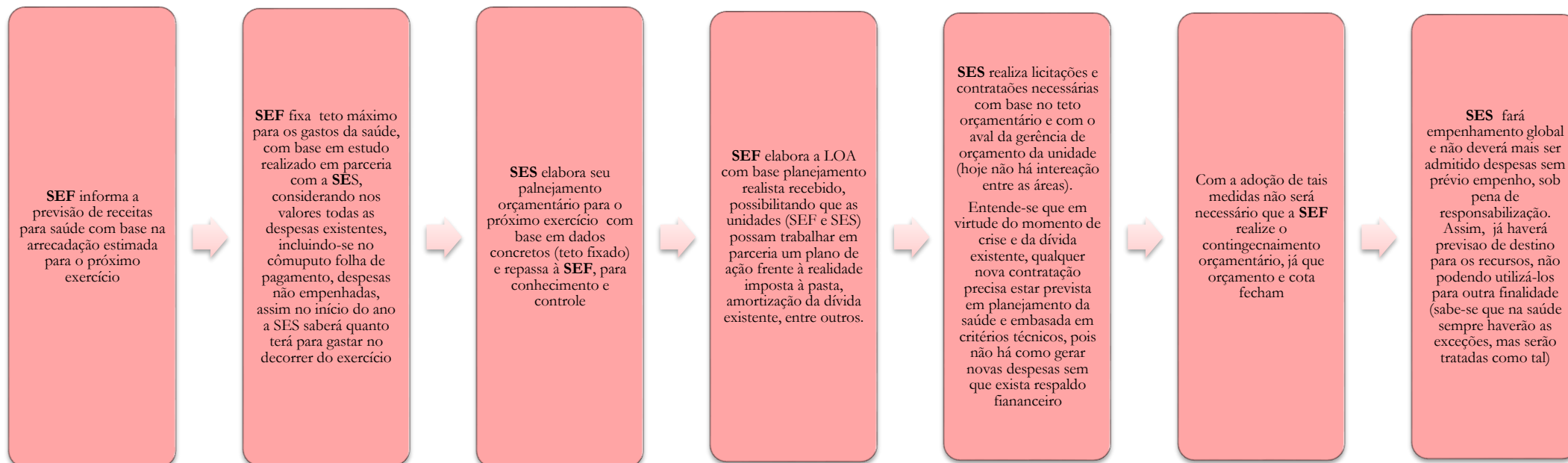
XIV – organizar as informações em relatórios gerenciais de monitoramento e avaliação; XV – consolidar e divulgar o Relatório Anual de Avaliação do Plano Plurianual (PPA); XVI – coordenar a manutenção evolutiva do Módulo de Acompanhamento Físico e Financeiro do SIGEF com vistas à melhoria e adequação do processo de Acompanhamento Físico e Financeiro e de Avaliação do PPA; e XVII – promover a transparência dos resultados da ação governamental.

Após estudos realizados no decorrer da auditoria, foi possível chegar ao fluxo adotado atualmente para a elaboração do orçamento da saúde e fluxo que se entende como ideal, tendo em vista um orçamento participativo e planejado com base em premissas da boa administração dos recursos públicos:

METODOLOGIA ATUALMENTE UTILIZADA PARA ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE



METODOLOGIA SUGERIDA PARA ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE



BENEFÍCIOS ESPERADOS: orçamento realista, limitado à receita da saúde, gerando conhecimento do cenário real, possibilitando o aperfeiçoamento da gestão da qual decorrerão redução de despesas, otimização dos recursos existentes, planejamento da saúde como um todo, entre outros.

Com a nova proposição de metodologia entende-se que fica evidente a vinculação e subordinação orçamentária ao órgão de controle, deixando clara a necessidade de que a SEF se posicione como órgão controlador, repassando as premissas necessárias de forma certa à SES e posteriormente monitore os resultados almejados.

Entende-se ainda que neste momento de crise, com a dívida levantada, faz-se necessário a imposição de teto orçamentário, calculado pela SEF em parceria com a SES, pois após estudo da realidade atual percebe-se que muito pode se economizar com a gestão adequada da saúde como um todo.

Quanto ao contingenciamento orçamentário adotado no momento da auditoria pela SEF em relação à Saúde, que consiste na inclusão de limite do orçamento previsto de acordo com a receita auferida, impedindo muitas vezes que empenhos já assumidos sejam realizados, entende-se que com a adoção de metodologia adequada para elaboração do orçamento, não mais será necessário, possibilitando assim planejamento adequado das ações da pasta, empenhamento global das contratações, entre outros.

Com base em todo o exposto, ações imediatas como diagnóstico da situação da saúde, gestão adequada dos recursos, orçamento responsável balizado em números reais, atuação da SEF como órgão de normatização, coordenação, supervisão, regulação, controle e fiscalização, são essenciais para que possa buscar o equilíbrio orçamentário e fiscal almejado.

2.3.2 – Despesas sem prévio empenho e registro contábil e despesas de exercícios anteriores

Entende-se que com um orçamento realista, conhecendo-se a realidade da saúde de forma profunda, criando critérios técnicos para alocação da receita e criação de novas despesas não deverá mais existir as questões referenciadas neste item, no entanto, esta Corte de Contas, mais precisamente a Diretoria de Contas do Governo (DCG), vem trabalhando continuamente no combate a estas questões. Quanto as mesmas, é possível trazer à tona o que foi analisado e constatado pela DCG no processo RLA 15/00189593, que tratou do cumprimento do art. 42 da Lei Complementar N° 101/2000 pelo Chefe do Poder Executivo Estadual.

Foi realizada auditoria de regularidade, *in loco*, na Secretaria de Estado da Saúde - SES, onde verificaram-se irregularidades, principalmente no que concerne ao cancelamento de despesas liquidadas e empenhamentos excessivos no elemento de despesa 92, sendo que tais

fatos, contribuem de maneira direta para a majoração do montante do passivo financeiro hoje existente na saúde do Estado de Santa Catarina.

Diante da situação encontrada, os técnicos daquela diretoria realizaram visita à Secretaria de Estado da Saúde - SES, onde levantaram informações a respeito da situação financeira da citada Unidade Gestora.

Segundo o levantamento constante no quadro a seguir o orçamento inicial fixado na LOA para 2016, destinado à Secretaria de Estado da Saúde, relativo a recursos do tesouro (fonte 100), era de R\$ 2.364.835.908,00. Entretanto, a SES informou que o orçamento passou a ser de R\$ 2.126.603.092,00, isso porque, até o dia 04/08/2016, a Secretaria de Estado da Fazenda havia liberado para empenhamento R\$ 1.937.280.000,00.

Quadro 40: Orçamento Liberado para 2016m R\$

DESCRIÇÃO	VALOR
Orçamento fixado na Lei Orçamentário Anual – Lei 16.860/2015	2.364.835.908,00
Orçamento inicial atualizado pela SES	2.126.603.092,00
Estimativa de receita líquida do Estado para 2016	16.144.000.000,00
Valor à ser aplicado (12%)	1.937.280.000,00
Cota orçamentária liberada	1.937.280.000,00
- Cota orçamentária (Folha)	1.171.200.000,00
- Cota orçamentária liberada (Custeio)	766.080.000,00
Total do orçamento liberado pela SEF à SES	1.937.280.000,00

Fonte: Adaptado da Gerência de Orçamento da Secretaria de Estado da Saúde (2016).

No quadro 38 destacam-se as **despesas realizadas que estavam pendentes de empenhamentos, no montante de R\$ 740 milhões de reais (números de 2016)**, para as quais a Secretaria informou que não haviam recursos financeiros para saldar os compromissos.

Quadro 41: Resumo das Despesas a serem empenhadas pela SES no exercício de 2016

DESCRIÇÃO	VALOR
Organizações Sociais - Hemosc/Cepon/SM/Florianópolis/Araranguá/Joinville	234.990.489
Organizações Sociais - Samu	87.517.092
Repasse Fundo a Fundo/Atenção Básica e outros	95.447.664
Contratos (2º Semestre)	119.604.689
Medicamentos Judiciais, Excepcionais e Hospitalar (Estimativa)	203.000.000
Total das despesas a serem empenhadas	740.559.934

Fonte: Adaptado da Gerência de Orçamento da Secretaria de Estado da Saúde (2016).

No quadro 39 demonstra-se o montante das despesas ainda a serem empenhadas pela Secretaria de Estado da Saúde no exercício de 2016 (R\$ 740 milhões), acrescidas das despesas de exercícios anteriores, no valor de R\$ 25 milhões de reais, ainda pendentes de empenhamentos.

Quadro 42: Recursos orçamentários e financeiros necessários para empenhamento

DESCRIÇÃO	VALOR
Total das despesas do exercício a serem empenhadas	740.559.934
Total das despesas de exercícios anteriores pendentes de empenhamento	25.828.234
Total de recursos orçamentários e financeiros necessários para empenhamento	766.388.168

Fonte: Adaptado da Gerência de Orçamento da Secretaria de Estado da Saúde (2016).

No Levantamento efetuado pela DCG em 2016 junto à Secretaria de Estado da Saúde, foi verificado que o montante a época do passivo financeiro (relativo aos gastos com aplicação em ações e serviços públicos de Saúde, até 09/10/2016) perfazia R\$ 766 milhões de reais, para os quais a Secretaria de Estado da Saúde informou inexistir dotação orçamentária e recursos financeiros para saldar todos os compromissos assumidos.

Tal valor decorre de despesas realizadas sem o devido empenhamento (R\$ 741 milhões) e despesas de exercícios anteriores (R\$ 25 milhões).

No entanto estas questões foram tratadas e vêm sendo monitoradas por meio do PMO 17/00737420, decorrente da análise das Contas de Governo relativo ao exercício de 2016, por este motivo não será aprofundado no presente trabalho.

Diante das questões pertinentes ao presente achado, cabe a Secretaria de Estado da Saúde:

- Elaborar levantamento em parceria com a SEF do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, adequar metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF;
- Normatizar e implantar metodologia de gestão de custo, em parceria com a SEF, fazendo com que as receitas previstas comportem os custos existentes, estabelecendo, se necessário, teto orçamentário;
- Regulamentar, com base na consolidação da legislação específica existente, políticas, processos e procedimentos, visando a elaboração de orçamento condizente com a realidade do Estado, tendo como base critérios técnicos e demanda existente (elaboração do custo real da saúde do Estado) para as despesas e análises realistas para o dimensionamento das receitas;
- Observar rigorosamente todos os estágios da despesa pública, de acordo com o Capítulo III da Lei n. 4.320/1964;

- Habilitar o módulo de Gestão de Contratos na SES, de forma que a SEF também tenha acesso, possibilitando a gestão dos contratos e o empenhamento global dos mesmos;
- Normatizar competências das gerências da SES visando extinguir o conflito de competências existente e regularizar fluxo correto dos processos internos, de forma que esteja assegurado que novas aquisições, contratações, obras, etc, só sejam realizadas mediante viabilidade financeira (com o respectivo aval da gerência responsável) para execução e seu custeio.

Diante das questões pertinentes ao presente achado, cabe a Secretaria de Estado da Fazenda:

- Elaborar levantamento em parceria com a SES do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, adequar metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF;
- Normatizar e implantar metodologia de gestão de custo, em parceria com a SES, fazendo com que as receitas previstas comportem os custos existentes, estabelecendo, se necessário, teto orçamentário.

2.3.3 Comentários dos Gestores da Secretaria de Estado da Saúde

2.3.3.1 Elaborar levantamento em parceria com a SEF do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, adequar metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3213)

O ex-Secretário informou somente que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3339)

Argumentou que o orçamento daquela Pasta é realizado com base na provisão de receita apontada pela Secretaria da Fazenda e, com esta previsão, a SES apresenta a sua proposta orçamentária, por onde balizará as suas atividades, porém, em virtude das necessidades

crecentes por mais serviços de saúde ao longo dos anos, é perceptível a dificuldade de atender esta demanda de modo que estas sejam compatíveis com os valores disponíveis.

Análise dos Comentários dos Gestores

O Gestor apresentou justificativas, porém não contestou nem destacou em resposta a este item o que foi ou vem sendo feito para solucionar a questão, portanto permanece nas conclusões do Relatório.

2.3.3.2 Normatizar e implantar metodologia de gestão de custo, em parceria com a SEF, fazendo com que as receitas previstas comportem os custos existentes, estabelecendo, se necessário, teto orçamentário.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3213)

A manifestação quanto a este item iniciou com um resumo das situações levantadas na auditoria e após com a informação de que em 2017 houve esforços para adequar o orçamento por ocasião do envio da LDO e LOA, porém justificou que o ajuste do processo demanda tempo uma vez que existem rotinas administrativas a serem corrigidas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3338)

O Gestor informou quanto a este item que implementou no sistema Business Intelligence (SGC-BI), módulo de controle orçamentário para hospitais de administração direta, juntando aos autos a solução tecnológica desenvolvida e em implantação (Anexo 12, fls. 3438-3440) e, que existe outro sistema para ser implantado via CIASC, este de compilação de dados, para compartilhamento de informações entre Secretarias da Saúde e Fazenda para acompanhamento da receita líquida do Estado.

Análise dos Comentários dos Gestores

Para a indicação das receitas previstas comportarem os custos existentes, veio a informação de que foram feitos esforços para adequar o orçamento por ocasião do envio da LDO e LOA e que estava em implantação sistemas de controle orçamentário para hospitais com administração direta e de compilação de dados para compartilhamento entre Fazenda e Saúde, respectivamente.

Contudo precisa-se avaliar novo exercício financeiro comparando planejado com executado. Ainda, precisa-se de tempo para avaliar se os sistemas mencionados estão atingindo

o objetivo e solucionando o que foi apontado. Assim, entende-se que este item deve permanecer.

2.3.3.3 Regulamentar, com base na consolidação da legislação específica existente, políticas, processos e procedimentos, visando a elaboração de orçamento condizente com a realidade do Estado, tendo como base critérios técnicos e demanda existente (elaboração do custo real da saúde do Estado) para as despesas e análises realistas para o dimensionamento das receitas.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3213/3214)

O ex-Secretário informou somente que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3339)

O Secretário apresentou as mesmas considerações constantes no item 2.3.3.3 anterior.

Análise dos Comentários dos Gestores

Apresenta-se a mesma conclusão do item anterior, em que o Gestor apresentou justificativas, porém não contestou nem destacou em resposta a este item o que foi ou vem sendo feito para solucionar a questão, portanto o item permanece nas conclusões do Relatório.

2.3.3.4 Observar rigorosamente todos os estágios da despesa pública, de acordo com o Capítulo III da Lei n. 4.320/1964.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3214)

Conforme já relatado anteriormente, o ex-Secretário destacou que foi enviada comunicação para a Superintendência de Gestão Administrativa buscando consolidar o procedimento de empenho global e cumprimento dos estágios da despesa, sendo que as novas contratações foram precedidas de aval da Superintendência Administrativa e Financeira quanto a existência de disponibilidade orçamentária e financeira. Contou que a GESOS fazia o acompanhamento dos valores disponíveis no SIGEF, acompanhando a LOA 2018, e metas do PPA, buscando organizar a rotina para preservar a dotação orçamentária financeira.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3339)

O Secretário informou que a Secretaria, por meio da Superintendência de Gestão Administrativa, realiza todos os estágios da despesa pública, ressalvados os casos emergenciais, cujas medidas não podem aguardar os trâmites normais de um procedimento licitatório com liquidação de despesa, haja vista a peculiaridade da Pasta.

Análise dos Comentários dos Gestores

Os Gestores apresentaram que a Superintendência de Gestão Administrativa da SES foi comunicada para o cumprimento de todos os estágios da despesa e que assim está procedendo, exceto para casos emergenciais pelas suas peculiaridades.

Em razão dos gestores não comprovarem documentalmente que todos os estágios da despesa pública estão sendo respeitados e da impossibilidade de verificação dos procedimentos neste momento, permanece o item para análise no momento apropriado.

2.3.3.5 Habilitar o módulo de Gestão de Contratos na SES, de forma que a SEF também tenha acesso, possibilitando a gestão dos contratos e o empenhamento global dos mesmos.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3214)

O Gestor ressaltou que os contratos de gestão estão regularmente registrados no SIGEF, no módulo de transparência, pois se trata de antecipação de recursos a serem aplicados conforme plano de trabalho estabelecido no instrumento contratual e posterior prestação de contas. Relativamente aos demais, disse que cabe ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3339)

Informou que a Secretaria da Saúde, juntamente com a Fazenda, está em fase de implantação do Módulo de Gestão de Contratos do SIGEF, conforme documentos juntados aos autos (Anexo 13, fl. 3441-3457).

Análise dos Comentários dos Gestores

Pelas informações do Gestor atual o Módulo está em fase de implantação. A documentação encaminhada por ele refere-se a solicitação e realização de capacitação de técnicos da SES no Módulo de Contratos do SIGEF. A capacitação foi realizada no dia 09 de novembro de 2017, tendo outra agendada para maio de 2018, e ainda, solicitação de reunião da SES para a SEF para iniciar a integração entre o sistema operacional da SES - SCCD e o SIGEF/Contratos, o que foi realizada em março de 2018. Ou seja, a documentação comprova

as medidas já tomadas para a habilitação do Módulo de Gestão de Contratos para a SEF ter acesso, porém o processo ainda não finalizou, portanto permanece este item.

2.3.3.6 Normatizar competências das gerências da SES visando extinguir o conflito de competências existente e regularizar fluxo correto dos processos internos, de forma que esteja assegurado que novas aquisições, contratações, obras, etc., só sejam realizadas mediante viabilidade financeira (com o respectivo aval da gerência responsável) para execução e seu custeio

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3213)

Comunicou que foi criado Grupo de Trabalho com a finalidade de revisar os processos licitatórios e modelos de compra, assim como a criação de um fluxo de processos internos para tornar o planejamento administrativo dos processos mais transparente, célere e menos oneroso, facilitando a tomada de decisão e controle interno.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3338)

O Gestor se reportou às informações apresentadas para o item 2.1.5.3 deste Relatório, no qual apresentou que Grupo de Trabalho está trabalhando na reestruturação do Fundo Estadual da Saúde e execução orçamentária e financeira em virtude da necessidade de aprovação da Lei do Fundo Estadual da Saúde, adequada à Lei Complementar nº 141/2012, o que extinguirá o conflito de competências existentes e regulamentará o fluxo correto dos processos internos.

Análise dos Comentários dos Gestores

Do que foi anunciado, Grupo de Trabalho está buscando atender a indicação deste Tribunal para solucionar os problemas levantados na auditoria quanto a este item, portanto precisasse aguardar a finalização dos trabalhos e a aplicação das medidas de melhoria atingir os resultados esperados, assim permanece o item para acompanhamento.

2.3.4 Comentários do Gestor da Secretaria de Estado da Fazenda

A Secretaria de Estado da Fazenda apresentou suas manifestações para as situações apontadas no item 2.3 do Relatório DAE nº 003/2018, por meio da Informação DCOG nº 058/2018, da Diretoria de Contabilidade Geral (fls. 3483-3489), da Comunicação Interna nº 101/2018, do Diretor de Planejamento Orçamentário (fls. 3490-3501) e da Comunicação Interna nº 401/2018, da Diretoria do Tesouro Nacional (fls. 3502/3503), que serão apresentadas como comentários do gestor, juntamente com a análise destes comentários, nas possíveis recomendações à SEF a que se referem, a seguir numeradas.

2.3.4.1 Elaborar levantamento em parceria com a SES do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, adequar metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF.

Comentários do Gestor Paulo Eli (fls. 3490-3503)

O Gestor da Secretaria da Fazenda apresentou a Comunicação Interna nº 101/2018, do Diretor de Planejamento Orçamentário (fls. 3490-3501), em que apresenta manifestação quanto aos apontamentos da auditoria referentes ao planejamento orçamentário inconsistente; despesas sem prévio empenho e sem registro contábil; e despesas de exercícios anteriores, conforme resumo a seguir:

Inicialmente a CI traz o modelo orçamentário constante na Constituição Federal (art. 165) e o Decreto nº 2.910/2009 que dispõe sobre o Sistema Administrativo de Planejamento e Orçamento do Estado de Santa Catarina, destacando como este sistema está hierarquizado (art. 2º) e as suas competências (art. 3º), enfatizando, de forma resumida, que é de competência da Secretaria de Estado da Fazenda coordenar, orientar, disponibilizar metodologias e consolidar o processo de planejamento e orçamento preconizados no art. 165 da Carta Magna. E, que cabe a Secretaria de Estado da Saúde, na condição de órgão setorial do sistema de planejamento e orçamento, as competências constantes no art. 4º do Decreto nº 2.910/2009.

Destacou que é um equívoco a atribuição da responsabilidade ao órgão central do sistema de planejamento e orçamento pelas despesas realizadas sem prévio empenho e registro contábil e o valor elevado de despesas de exercícios anteriores, conforme apontado na pág. 43 do Relatório da Auditoria Operacional.

Entende que a responsabilidade sob a gestão orçamentária e financeira das unidades é de responsabilidade das mesmas, em razão da autonomia prevista a elas na Carta Magna e, sendo assim, o órgão central do sistema de planejamento e orçamento não possui autonomia para interferir. Entende que ações preventivas, a fim de evitar tais ilicitudes, devem ser combatidas preventivamente no âmbito do sistema de controle interno de cada unidade, conforme estabelece as competências destacadas do art. 7º do Decreto nº 2.056/2009.

Discorda do apontado por este TCE de que o planejamento orçamentário é inconsistente. Entende que esse órgão central, de acordo com suas competências, cumpre seu papel.

Discorda, ainda, do fluxo de elaboração do orçamento da saúde apresentado na pg. 51 do Relatório de Auditoria. Apresentou tabela com o verdadeiro fluxo de elaboração do orçamento utilizado por todas as unidades orçamentárias do Estado, informando estar disponível na página da Secretaria de Estado da Fazenda. Segundo ele, a metodologia de elaboração do orçamento apresentada no Relatório de Auditoria é reducionista e não representa a realidade do processo promovido e coordenado pelo órgão central do sistema de planejamento e orçamento. Além das diretrizes gerais apresentadas nessa tabela, são definidas metodologias para a Projeção das Receitas Diretamente Arrecadas (RDA's), Cotas Orçamentárias e Fixação da Despesa no Projeto de Lei Orçamentária Anual.

Trouxe, a título de exemplificação, o que consta na pg. 51 do Relatório de Auditoria, em que este Tribunal alega que a “SEF elabora LOA com base na perspectiva da arrecadação, não considerando qualquer tipo de cota financeira, apenas o planejamento da SES, o qual sabe-se que é elaborado sem embasamento técnico”. No entanto, argumenta que o procedimento adotado pela SEF não é este, pois existe um rigoroso processo de validação e definição das cotas orçamentárias construídos de forma dialogada entre o órgão central e o setorial, conforme demonstra o item 3.1.2 - Validação das Cotas Orçamentárias, previsto na página 12 do documento denominado Cotas Orçamentárias e Fixação da Despesa:

O cronograma de elaboração da LOA 2019 prevê uma etapa denominada "Avaliação das cotas pelas Unidades Orçamentárias" cujo prazo foi alterado para 09/08/2017 até 13/08/2017, ou seja, as unidades terão 03 (três) dias úteis para analisar se as cotas disponibilizadas por GND são suficientes para a manutenção das atividades e projetos em curso.

Para a análise das cotas por FR e GND as Unidades Orçamentárias deverão respeitar e considerar algumas premissas básicas: 3.1.2.1 Critérios que deverão ser considerados na análise das cotas

- Orientação Geral - As unidades Orçamentárias poderão propor distribuição diferente daquela apresentada pela DIOR, seja com relação aos valores destinados ao custeio ou pagamento de pessoal e encargos sociais, e também as estimativas das demais GND's, desde que apresentem justificativa fundamentada e que o montante global para o órgão não seja alterado.

- GND 3.1 - Pessoal e Encargos Sociais: na proposta da DIOR não foram e não deverão ser incluídas previsões de reajustes, tendo em vista as restrições de ordem fiscal com relação ao limite previsto na LRF.

- GND 3.3 - Outras Despesas Correntes: na proposta da DIOR não foram e não deverão ser incluídas previsões de reajustes devido a limitação do gasto público imposta pelo acordo de renegociação da dívida pública. Secretaria de Estado da Fazenda Diretoria de Planejamento Orçamentário Gerência de Elaboração do Orçamento 13

- GND 4.4 - Investimentos e 4.5 Inversões Financeiras: os projetos prioritários deverão ser suportados por fontes de financiamento alternativas ao Tesouro (FR 0.1.00) do Estado, notadamente por recursos de Operações de Crédito e ou repasses da União. Os Novos projetos somente serão admitidos na proposta se contarem com fonte específica e determinada de financiamento ou se houverem sido adequadamente atendidos os em andamento, e forem compatíveis com o Plano Plurianual 2016-2019 e com as diretrizes orçamentárias para 2019.

- Considerações Finais: As propostas de expansão ou aperfeiçoamento de ações governamentais que acarretem aumento da despesa devem ser amparadas por estudo

que demonstre a sua viabilidade técnica e instruídas com a memória de cálculo do impacto que comprove a adequação orçamentária e financeira no exercício em que entrarem em vigor e nos dois subsequentes, em obediência ao disposto no artigo 16 da Lei Complementar federal nº 101, de 4 de maio de 2000 (LRF). Não existe margem entre a receita e a despesa, portanto qualquer acréscimo de cota orçamentária em qualquer GND será concretizado por meio da redução de outro GND da mesma Unidade Orçamentária ou de outra Unidade Orçamentária.

Informaram outra etapa importante do processo de definição das cotas orçamentárias: a ratificação das cotas orçamentárias, conforme segue.

Após às análises e contestações das Cotas Orçamentárias por FR e GND a Unidade Orçamentária deverá encaminhar à esta Diretoria uma declaração de concordância das Cotas Orçamentárias devidamente assinada pelo gestor da pasta até dia 13/08/2018.

O modelo de atestado será disponibilizado pela Diretoria de Planejamento Orçamentário e deverá ser entregue por meio eletrônico (georcigjsef.sc.gov.br) e físico junto com os demais documentos de análise da Cota Orçamentária.

Sendo assim, deverão retomar à DIOR assinado pelo gestor da pasta até dia 13/08/2018, os seguintes documentos;

- Análise das Cotas por GND;
- Matriz de Fundamentação; e
- Atestado de Concordância com as Cotas.

O atestado de concordância preverá dois níveis de concordância; Concordo e Concordo Parcialmente. Sendo que o concordo significa que a Unidade Orçamentária e a DIOR durante o período de análise das cotas chegaram a um denominador comum, caso contrário a unidade irá declarar que concorda parcialmente e sinalizará os pontos de discordância no atestado.

Apresentou que estas orientações têm como objetivo qualificar o processo de elaboração do Orçamento das Unidades Orçamentárias e devem refletir a política geral do estado, através da alocação de recursos às atividades consideradas prioritárias para a realização de seus fins estatutários, à modernização institucional, o desenvolvimento de novas atividades e o fortalecimento de sua inserção na sociedade.

E, que a elaboração das propostas orçamentárias se baseia na análise da execução do orçamento vigente e de exercícios anteriores, nas informações e sugestões obtidas junto ao Órgão Central de Planejamento Orçamentário (DIOR), nas diretrizes estabelecidas pelo Governo Órgão Central de Planejamento Orçamentário (DIOR), nas diretrizes estabelecidas pelo e nas necessidades específicas de cada Unidade Orçamentária.

No entanto, mesmo com todo o suporte do órgão central de planejamento e orçamento, alegaram que as unidades não possuem estrutura, principalmente no que tange ao capital humano, suficiente e necessária para corresponder de modo satisfatório todas as etapas da metodologia proposta pela SEF. Neste sentido, o órgão central do sistema reforça sua manifestação de não possuir responsabilidade sob a gestão das unidades, pois estas possuem

autonomia administrativa, orçamentária e financeira para alocar os gastos e dimensionar as políticas públicas sob suas responsabilidades de acordo com as suas necessidades, respeitando apenas a capacidade orçamentária e financeira do estado.

A fim de mitigar a limitação supracitada, trouxeram a alteração do art. 4º do Decreto nº 2.910/2009, conforme consta no Decreto nº 138/2015, que dispõe sobre o Sistema Administrativo de Planejamento e Orçamento, conforme segue:

Art. 4º...

§ 1º Os órgãos setoriais, setoriais regionais e seccionais poderão contar com equipes de apoio ao PPA, constituídas por servidores em exercício nas áreas finalísticas de cada órgão ou entidade e pelos responsáveis pelas funções de planejamento e de orçamento, designados pelo respectivo titular ou dirigente máximo, observadas as normas estabelecidas pelo órgão central de que trata o inciso I do art. 2º deste Decreto, com competência para coordenar a elaboração e revisão dos programas nos respectivos órgãos.

Segundo a manifestação da SEF, a formação das equipes de apoio ao PPA possui o objetivo de ampliar o debate sobre o processo de planejamento orçamentário aproximando as áreas de atividade meio e fim, principalmente durante a elaboração dos instrumentos de planejamento, como também tornar transparente a matriz de responsabilidade das áreas em relação ao processo orçamentário. Como exemplo, informou que a Secretaria de Estado da Saúde publicou a Portaria nº 343 de 12/05/2015 designando um grupo técnico formado por 10 servidores da casa para atuarem no processo de planejamento orçamentário.

Do exposto, disseram que não procede a argumentação deste Tribunal quando diz que:

Tendo como base o orçamento elaborado sem critérios claros e técnicos, fora da cota financeira existente, já no início do ano é solicitado pela SEF o contingenciamento visando a limitação de gastos, o que na prática não ocorre, visto que o compromisso por meio de contratos (por exemplo) já foi assumido, impedindo apenas o empenhamento das despesas que não couberem na cota disponibilizada (Relatório de Auditoria. 2017 pg. 51).

Esta parte da manifestação do gestor finaliza com a apresentação da etapa final da análise da cota orçamentária estabelecida pela SEF, em que ocorre a “discussão e aprovação das cotas definitivas” e compreende:

Após o término da avaliação das Cotas Orçamentárias pelas Unidades Orçamentárias e o devido encaminhamento do atestado de concordância ou de concordância parcial respectivas justificadas e necessidades de incremento nas despesas para 2019, a Diretoria de Planejamento Orçamentário irá adotar os seguintes procedimentos:

- As Unidades Orçamentárias que concordarem com as cotas sem ajustes ou fizeram pequenos ajustes sem alterar o valor das cotas por fonte de recursos ficam autorizadas a iniciar a etapa de “Fixação Detalhamento da Despesa” no sistema integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF).

- As Unidades Orçamentárias que concordarem com as cotas, farão parte da etapa de “Discussão e Aprovação das Cotas Definitivas”

A etapa de ‘Discussão e Aprovação das Cotas Definitivas’ ocorrerá durante o período de 13/06 a 20/08 será coordenada pela Diretoria de Planejamento Orçamentário (DIOR) consistirá em;

- Análise do problema;
- Levantamento das possíveis soluções;
- Consulta ao Governador e Secretário da Fazenda sobre a implementação das possíveis soluções;
- Aprovação ou reprovação do incremento de despesa para 2019.

Decorrida esta etapa todas as unidades estarão aptas à iniciar a etapa de detalhamento e fixação das despesas no Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF).

Em relação à análise da execução orçamentária de 2012 a 2016 trouxe a alegação deste Tribunal: "com base nas informações supra referenciadas é possível constatar que as receitas previstas são superestimadas. Ressalta-se o ano de 2015, em que a receita real do Estado teve uma frustração de mais de 30%. No acumulado de 2012 a 2016 a diferença entre o previsto e realizado chega a R\$1.733.217.957,27” (TCE, 2017. pg. 46) e destacou que a diferença de 30% no exercício de 2015 não representa a realidade do ente, pois ao analisar exclusivamente a receita do tesouro estadual (FR 1.00) a diferença é de 16,2%.

Por outro lado, destacou que as outras fontes tiveram um incremento de 27,8%, devido ao efeito das doações da CELESC ocorridas durante o exercício de 2015. A doação da CELESC no exercício de 2015 acarretou o incremento das outras fontes em detrimento das receitas do tesouro. Outra situação atípica que contribui para a diferença apontada é o alto volume de operações de crédito previstos e não executadas pelo ente, mesmo existindo a disponibilidade financeira.

Outro documento apresentado pelo Gestor da Secretaria da Fazenda quanto ao item em questão foi a Comunicação Interna nº 401/2018, da Diretoria do Tesouro Nacional (fls. 3502/3503), conforme resumo a seguir:

Inicialmente a CI traz o entendimento de que não é a demanda existente na Saúde, e seus respectivos custos, o fator que deverá ditar o dimensionamento do seu orçamento.

Traz, apesar da relevância da Saúde dentre os serviços públicos acometidos ao estado, que as demandas, em todas as áreas, são, além de crescentes, infinitas e, as receitas, por sua vez, são finitas e, nestes últimos exercícios, escassas. Ressalta que a definição da amplitude dos serviços de cada área é que deve ser elaborada respeitando-se os limites financeiros pré-estabelecidos, prezando-se por uma alocação eficiente dos recursos, a fim de que se preste o melhor serviço ao cidadão com os recursos disponíveis.

Disso posto, concorda com a área técnica deste Tribunal, que novas estruturas (como hospitais, postos de saúde, escolas) exigirão, dali para frente, um gasto obrigatório e

permanente. Portanto, quando se tem um orçamento/financeiro limitado, ao invés da ampliação, deve ser priorizado o melhor aproveitamento das estruturas existentes.

Porém, tudo isso passa pela gestão de cada área, e, no que se refere ao planejamento financeiro, a Diretoria do Tesouro realiza periodicamente estimativas conservadoras acerca da arrecadação esperada, e as disponibiliza às unidades gestoras por meio da programação financeira e pelo cronograma de execução mensal do desembolso - em até 30 dias após a publicação da lei orçamentária. No caso da Saúde, por exemplo, informou que em momento algum é frustrada a estimativa de receita. Os recursos programados no início de cada exercício são sempre inferiores àqueles que acabam sendo autorizados durante o ano.

Destaca que a Secretaria de Estado da Fazenda vem orientando de forma contumaz os órgãos e entidades estaduais, no sentido de que é a programação financeira o instrumento que deve pautar o planejamento financeiro, mediante observância das cotas mensais de programação financeira, correspondentes aos limites de empenhamento das unidades gestoras, por fonte de recursos. Esses valores e limites é que asseguram a existência de disponibilidade financeira para atendimento de todas as despesas estaduais.

Neste sentido, afirma que os órgãos e entidades estaduais devem se adequar aos valores consignados na programação financeira no início de cada exercício, e não o contrário, sob pena da indução do déficit financeiro.

Na Saúde, especificamente, informa que ocorreu um aumento nominal e real dos recursos que lhe são disponibilizados, até mesmo em razão do aumento do percentual mínimo determinado pela Emenda Constitucional nº 72 (Constituição do Estado) em relação à RLI - de 12% para 13% em 2017; de 13% para 14% em 2018; e de 14% para 15% em 2019.

No entanto, analisando-se alguns números extraídos do SIGEF, trouxeram alguns resultados decorrentes de gestão: a manutenção de estoque de medicamentos tem resultado em redução de aproximadamente 35% de bloqueios e sequestros determinados judicialmente de 2016 para 2018.

Foi verificada uma relevante redução de aproximadamente 30% das "Despesas de Exercícios Anteriores" no âmbito da Saúde. Enquanto em 2017 essas despesas somaram R\$ 294.348.735,02, no exercício de 2018, até a data desta comunicação, somaram R\$ 204.057.188,07, tendendo a se confirmar nesse patamar.

Esta CI finaliza sugerindo a utilização dos recursos decorrentes do aumento percentual à Saúde (aproximadamente R\$ 250 milhões em 2019), na regularização das dívidas, tendo em vista que a própria receita tende a aumentar, e assim também os recursos à Saúde.

Observa, no entanto, que esta providência deve ser planejada, de forma a que os serviços de Saúde sejam dimensionados e limitados aos recursos disponibilizados.

Análise dos Comentários do Gestor

Das manifestações do gestor, primeiramente traz-se que não se atribuiu ao órgão central do sistema de planejamento e orçamento a responsabilidade pelas despesas da saúde realizadas sem prévio empenho e registro contábil, e o valor elevado de despesas de exercícios anteriores relativos também à saúde. Estas situações foram apontadas como achados da auditoria de um modo geral, sendo apresentadas à Secretaria de Estado da Saúde medidas que cabem a ela, restando à Secretaria de Estado da Fazenda manifestação quanto à sua competência, neste caso, quando falou-se em orçamento, que resultou na possível determinação de “Elaborar levantamento em parceria com a SES do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, adequar metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF”.

Orçamento compreende a previsão de receitas e despesas futuras visando dar maior embasamento a administração de determinado exercício, a partir do momento que não conheço parte das minhas despesas e tenho alterações consideráveis na previsão de receitas, por motivos muitas vezes inesperados, tenho um orçamento inconsistente. Este Tribunal demonstrou que há inconsistência nos orçamentos dos anos passados apresentados é apenas o fato de não se conhecer a totalidade das despesas das saúdes seria suficiente para apontar a incongruência citada, pois não há como ter-se planejamento orçamentário consistente sem o conhecimento da sua realidade financeira.

Concorda-se que a SEF, como órgão central, cumpre o seu papel, porém entende-se que cabe ao órgão central (conforme Decreto 1.325 de 21/12/2012) a gestão, aprimoramento das metodologias e subsídio aos órgãos setoriais e seccionais. Assim, em função da situação atual da dívida da saúde é fato que existem falhas no processo de planejamento dos gastos da pasta, fazendo necessário o apoio do órgão central em seu papel de melhorar a gestão e eficiência na aplicação de recursos públicos, por meio do acompanhamento e avaliação das ações governamentais. Por este motivo é necessário buscar as resoluções com um trabalho conjunto dos órgãos SES e SEF.

Em relação a metodologia de elaboração do orçamento apresentada no Relatório de Auditoria, o gestor manifestou ser reducionista e não representar a realidade do processo promovido e coordenado pelo órgão central do sistema de planejamento e orçamento, em que

trouxe o fluxo utilizado por todas as unidades orçamentárias do Estado, informando estar disponível na página da Secretaria de Estado da Fazenda.

Importante destacar que o fluxo apresentado se trata de resumo da realidade encontrada na prática e não daquela exposta em teoria, paralelamente quanto ao modelo sugerido, foi apresentada apenas como forma de demonstrar modelo de maximização de resultados, no entanto, o cerne da questão é demonstrar a necessidade e possibilidade de melhora. Não resta dúvida que a SEF em parceria com a SES são os reais detentores do conhecimento necessário para chegar à situação ideal, não devendo ficar estancado ao ali exposto.

Para rebater comentário constata-se no Relatório de Auditoria de que a SEF elabora LOA com base na perspectiva da arrecadação, sem considerar qualquer tipo de cota financeira, apenas o planejamento da SES, que é elaborado sem embasamento técnico, a SEF alegou que existe um rigoroso processo de validação e definição das cotas orçamentárias construídos de forma dialogada entre o órgão central e o setorial. Contudo, se contradiz quando apresenta que “as unidades não possuem estrutura, principalmente no que tange ao capital humano, suficiente e necessária para corresponder de modo satisfatório todas as etapas da metodologia proposta pela SEF”.

Assim, é evidente que mesmo com todo o esforço empreendido faz-se necessário melhoria no processo de elaboração da LOA.

Das manifestações exposta, a SEF disse não proceder o que consta em Relatório de que solicita, já no início do ano, contingenciamento para a limitação dos gastos, no entanto foi o verificado in loco, entendimento corroborado na análise técnica das contas do governo, no entanto, isso poderá ser verificado no momento do monitoramento.

Em relação às receitas, a SEF discordou dos dados trazidos no Relatório da Auditoria de que em 2015 houve uma frustração de 30% entre a receita estimada e a real. Disse que esta diferença não representa a realidade do ente, pois ao analisar exclusivamente a receita do tesouro estadual a diferença é de 16,2%. Com este comentário, trouxe informações e justificativas para a diferença da receita estimada daquele ano, como o incremento de outras fontes em detrimento das receitas do tesouro e o alto volume de operações de crédito previstos e não executadas pelo ente, mesmo existindo a disponibilidade financeira, o que ampara, em parte.

Verificando-se o Quadro 35, em que constam as receitas estimadas e realizadas de 2012 a 2016, dados estes obtidos do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF), observa-se que a diferença somente das receitas do tesouro entre o previsto (R\$

2.411.510.778,00) e o realizado (R\$ 1.569.996.968,26) no ano de 2015 fez um percentual de 35%. A SEF não demonstrou o percentual trazido nas suas manifestações, portanto, não se teve como analisar.

Manifestou, ainda, que financeiramente realiza estimativas conservadoras, e que os recursos programados no início de cada exercício são sempre inferiores àqueles que acabam sendo autorizados durante o ano, sendo disponibilizados às unidades gestoras por meio de cronograma de execução mensal do desembolso. Disso, orienta os órgãos e entidades estaduais, para que utilizem a programação financeira como instrumento de planejamento financeiro, observando as cotas mensais de programação financeira que cabe a cada unidade, e não o contrário, sob pena da indução do déficit financeiro.

Assim, mais uma vez confirma-se que os órgãos e entidades do estado precisam de orientação, acompanhamento, monitoramento e controle tanto na elaboração, como na sua execução orçamentária e financeira, para que as metodologias propostas pela SEF sejam cumpridas, e ajustadas, caso se verificam necessidades de melhorias, ou seja, a SEF precisa estar diretamente envolvida em todo o processo.

Portanto, do todo exposto, verifica-se que é fundamental a participação da SEF no levantamento dos custos da saúde, para que se possa adequar a metodologia atualmente utilizada, ajustar as falhas existentes e realizar um orçamento real, buscando-se com isso evitar o déficit financeiro e consequentemente a criação de dívidas.

Disso, entende-se que deve permanecer a possível recomendação à SEF.

2.3.4.2 Normatizar e implantar metodologia de gestão de custo, em parceria com a SES, fazendo com que as receitas previstas comportem os custos existentes, estabelecendo, se necessário, teto orçamentário.

Comentários do Gestor Paulo Eli (fls. 3483-3489)

Para iniciar suas manifestações, o Gestor da Secretaria da Fazenda apresentou um histórico do projeto de desenvolvimento do Sistema de Custos do Estado de Santa Catarina (SICSC), por meio da Informação DCOG N° 058/2018 (fls. 3483-3489), o que se apresenta resumidamente a seguir:

Embora presente há bastante tempo na administração de entidades privadas, a contabilidade de custos é ainda incipiente no setor público. Principalmente após a Lei de Responsabilidade Fiscal, diversos esforços têm se empreendido para o desenvolvimento de

metodologias de apuração de custos do setor público e para se fomentar uma gestão mais eficiente dos recursos públicos, inclusive para o controle social, por meio da transparência dos gastos públicos, com isso a construção de um sistema de custos, como ferramenta gerencial, torna-se indispensável para a adequada produção de informações úteis à gestão.

A ideia de se construir um sistema de custos para o Estado de Santa Catarina existe pelo menos desde 2004, quando da implantação do Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF), em que estava prevista a criação de um módulo para gerenciar custos. Porém, esta ideia se mostrou inadequada, pois verificou-se que esse módulo não cumpriria os objetivos desejados por utilizar como parâmetros basicamente contas contábeis, ao passo que um sistema de custos tem a necessidade de conjugar informações contábeis e orçamentárias, com dados quantitativos e qualitativos, originados de diversos outros sistemas.

Em 2006 um Comitê de Custos foi criado na Secretaria de Estado da Administração na tentativa de produzir informações de custos públicos no Estado, a partir da apuração de valores de consumo nos órgãos, entretanto, desde 2008 não há relatórios publicados sobre custos por esse Comitê.

Em 2016, a Secretaria de Justiça e Cidadania tentou produzir relatórios de custos do sistema prisional, com base de dados do ano anterior e obtenção de informações com critérios próprios, na perspectiva da atividade daquela Secretaria.

Outra iniciativa ocorreu na Secretaria de Estado da Saúde, onde uma gerência de custos e resultados foi organizada para realização de análises de informações de custos dos hospitais públicos estaduais. Este trabalho vem sendo construído desde o ano 2000 e tem como referência atividades em conjunto com o SUS.

Contudo, verifica-se que são iniciativas isoladas, sem a definição de uma diretriz e uma metodologia padrão para o Estado.

Em relação à Secretaria de Estado da Fazenda, no âmbito da Diretoria de Contabilidade Geral (DCOG), o Decreto Estadual nº 2.762/2009 enumera dentre suas atribuições a instituição de mecanismos, sistemas e métodos que possibilitem a determinação dos custos dos serviços públicos e o desenvolvimento de estudos com vistas a implementação e manutenção da contabilidade de custos, dentre outros.

Com isso, em 2012 foram descritas as bases para o início de pesquisas acerca do desenvolvimento de uma metodologia de cálculo de custos no Estado. E, na sequência, foi feito um trabalho experimental para apurar os custos de um grupo de escolas estaduais, com base em informações de sistemas e dados alimentados em planilhas eletrônicas. Disso, em 2014, a

DCOG iniciou a construção de um sistema de custos que atendesse às necessidades de informação da maioria, senão da totalidade, dos órgãos e entidades do Estado.

Em 2015 foram realizados estudos para um projeto de implantação do Sistema de Informação de Custos de Santa Catarina (SICSC), sabendo-se que não havia ainda, como não há hoje, uma metodologia de apuração definida como padrão, de onde, adotaram como uma das premissas que o custo do esforço na produção da informação de custos não deveria ser mais elevado do que os benefícios auferidos a partir de seu uso. Neste sentido, optou-se pelo desenvolvimento do sistema pelo CIASC, com o objetivo de evitar contratações de grande vulto, tanto na implantação do sistema como na posterior manutenção. Para isto, firmou-se o Contrato SEF/CIASC nº 013/2016, com a gestão a cargo da Diretoria de Contabilidade Geral da SEF.

Como partes no processo de pesquisa para a definição da metodologia de cálculo ideal foram avaliados os métodos adotados pelo sistema de custos na União e no Estado do Rio Grande do Sul, o que resultou na definição da metodologia a ser adotada no SICSC centrada na apuração do custo a partir da agregação de valores monetários e informações operacionais, o que permitirá não só a comparabilidade em termos monetários entre diferentes unidades, como também em termos operacionais, e da mesma forma, quanto ao custeio dos serviços, onde poder-se-á comparar o custo de um mesmo serviço em diferentes unidades tanto do ponto de vista monetário como pelo enfoque operacional.

Ressaltou-se que a utilização dos recursos técnicos do CIASC pressupõe a necessidade de submeter-se a concorrência entre os diversos “produtos” mantidos e desenvolvidos pela empresa e utilizados pela SEF e por outros órgãos. Este modelo não prevê a disponibilização de equipe técnica com dedicação exclusiva ao desenvolvimento do sistema de custos, em vez disso, prevê o atendimento às demandas da SEF em sistema de rodízio, com o objetivo de não privilegiar, nem desprestigiar nenhum dos “produtos”. O CIASC mantém e desenvolve para a SEF, além do SICSC, o CPESC, o Portal da Transparência do poder Executivo, o Portal das Transparências, o Portal GEFIN, Carta de Serviços ao Cidadão, entre outros.

Disso, a DCOG vem negociando a revisão desta metodologia de atuação, com o objetivo de obter o compromisso de alocação de mais recursos na construção do SICSC e entrega definitiva do objeto contratado, porém o CIASC demonstrou impossibilidade de alocar pessoal com exclusividade no projeto e dificuldade de atender a gama de “produtos” com uma quantidade inferior de recursos. Como resultado desta negociação, redefiniu-se o escopo do

projeto e seu planejamento, e acordou-se a centralização dos esforços no sentido de entregar a primeira versão do software num prazo de seis meses, a contar de outubro de 2018.

As condições impostas pelo CIASC foram:

- a versão inicial do sistema atenderá ao custeio das estruturas e serviços do sistema prisional e socioeducativo da SJC, apenas;
- será necessário atualizar as versões dos frameworks do sistema e a consequente adaptação das ferramentas já desenvolvidas, tendo em vista a atualização da plataforma tecnológica; e
- construção das demais ferramentas essenciais à entrega de uma primeira versão do software no prazo de seis meses.

A Coordenadoria do Sistema de Custos da SEF (COSIC/DCOG) recomenda a concentração dos esforços na implantação de um software que viabilize o cálculo dos custos totalmente automatizado com base no princípio do custo x benefício da apuração de custos dos serviços públicos, evitando o emprego de mão de obra no manuseio de informações de forma operacional. Com isso, todas as integrações de sistemas que alimentam o SICSC com os dados monetários necessários à apuração serão feitas de forma completa, de maneira que suportem os cálculos de custos de todas as entidades estaduais. Por outro lado, as integrações de sistemas que contêm informações operacionais, serão feitas na medida da interação entre a DCOG e o respectivo órgão ou entidade.

Assim, quando as equipes de implantação do sistema focarem o trabalho em outro órgão ou entidade, não estarão iniciando o trabalho do zero. Estarão partindo de uma situação de desenvolvimento já relativamente avançada, com grande parte da agregação da informação monetária já realizada, restando integrar as informações operacionais.

Do exposto, salientou que o projeto piloto do SICSC foi direcionado aos serviços de custódia e ressocialização prestados pela Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania (SJC), cuja inexistência da apuração de custos foi objeto de ressalva anterior desse Tribunal de Contas quando da análise do Balanço Geral do Estado de 2015.

Assim sendo, o gestor apresentou que, caso haja determinação deste Tribunal para a alteração do projeto piloto, para que se apurem os custos da saúde, além de deixar de atender a uma ressalva anterior desta Corte de Contas, também não é possível estimar o prazo para finalização da apuração destes custos a partir do SICSC, sem conhecer as particularidades operacionais dos serviços de saúde.

Dessa forma, o gestor sugeriu o prosseguimento do plano previamente traçado, finalizar a versão inicial do software de apuração de custos focado no piloto SJC e, com base nesta experiência, estabelecer como segundo piloto a Secretaria de Saúde.

Sugeriu, ainda, enquanto isso, para que não haja prejuízo no atendimento das recomendações decorrentes do Relatório de Instrução de que trata esta auditoria, que eventuais estudos que se fizerem necessários à avaliação da situação do acompanhamento dos gastos da saúde sejam feitos a partir dos instrumentos de planejamento, programação financeira e execução orçamentária, pelas estruturas competentes.

Análise dos Comentários do Gestor

O gestor apresentou histórico de ações já realizadas e expectativas em relação a implantação de gestão de custos no setor público do Estado, inclusive, trouxe o Decreto Estadual nº 2.762/2009 que enumera dentre suas atribuições a instituição de sistemas e métodos que possibilitem a determinação dos custos dos serviços públicos e estudos para a implementação e manutenção da contabilidade de custos.

Dentre as ações mais recentes e de sua iniciativa encontra-se o desenvolvimento do Sistema de Custos do Estado de Santa Catarina (SICSC). Esse sistema teve início pela SEF em 2012, com a descrição das necessidades bases para começo das pesquisas acerca do desenvolvimento de uma metodologia de cálculo de custos e em 2014 pela construção de um sistema para atender os órgãos e entidades do Estado, dando continuidade em 2015 com o respectivo projeto que está sendo desenvolvido pelo CIASC, de onde percebe-se ações direcionadas na tentativa de implantar uma metodologia de gestão de custo no Estado.

Contudo, em razão das demandas existentes ao CIASC e a sua metodologia de atuação e realidade operacional, inicialmente está sendo desenvolvido uma versão inicial que abrange somente os custeios do sistema prisional e socioeducativo da Secretaria da Justiça e Cidadania, com previsão de entregar do software num prazo de seis meses, a contar de outubro de 2018, inclusive para atender ressalva desse Tribunal constante no Balanço Geral do Estado de 2015.

No entanto, pelo mencionado, os esforços são para que o sistema contemple de forma completa todos os dados dos outros sistemas que o alimentarão e suportem os cálculos de custo de todas as entidades estaduais, ficando somente as informações operacionais a serem integradas quando da interação com os órgãos, e neste momento não se partiria do zero, que seria o caso dos custos da saúde.

Diante disso, percebe-se que a SEF está se empenhando em implementar a gestão de custos no Estado, por meio do SICS inclusive em atender a suas atribuições, partindo de um teste piloto na área da segurança pública.

Apesar da iniciativa não ser na área da saúde, entende-se e se espera que na sequência os dados da saúde sejam integrados ao sistema, para que então ocorra a implantação e a normatização da gestão de custos nesta área, ocorrendo neste processo parceria entre SEF e SES.

Disso, sugere-se permanecer o apontado inicialmente e a possível recomendação para que este Tribunal possa acompanhar o desenvolvimento e a implantação do Sistema de Custos do Estado, especialmente a parte referente à saúde.

2.4 ACHADO RELATIVOS À QUARTA QUESTÃO DE AUDITORIA

A Secretaria de Estado da Saúde baliza suas ações em instrumentos de planejamento de ações e investimentos regionalizados e hierarquizados?

Para responder a primeira questão de auditoria verificou-se, por meio de entrevistas, análise documental e buscas na internet, quais instrumentos de planejamento a Secretaria de Estado da Saúde possuía, quais utilizava e se estavam atualizados.

Realizou-se análise do conteúdo dos planos utilizados e comparou-se com o que deveria ser o ideal, verificando, principalmente se estavam regionalizados, possuíam o levantamento das necessidades por região e existia a previsão de investimentos para estas necessidades.

Buscou-se, também, identificar se existiam recursos da saúde dispendidos em objetos e/ou locais não previstos como necessários e conseqüentemente sem constarem em instrumento de planejamento.

Em decorrência desse processo de análise, com relação à primeira questão de auditoria, constatou-se que a SES possuía instrumentos de planejamento, porém não estavam elaborados com base em prioridades regionais. Com isso, encontrou-se recursos sendo alocados em locais sem utilidade e/ou demanda.

Tais achados de auditoria e as proposições de melhorias estão evidenciados na sequência.

2.4.1 Inadequada alocação de recursos da saúde

A Constituição Federal, em seu art. 198, apresenta que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada.

Da mesma forma, o art. 7º da Lei nº 8080/1990, a Lei Orgânica da Saúde, dispõe que as ações e serviços públicos de saúde devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo alguns princípios, como a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, dando-se ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (item IX).

Entende-se como rede de atenção à saúde regionalizada e hierarquizada o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, que operam de forma descentralizada e articulada em regiões com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde à população daquele território (Decreto nº 7508/2011).

Considerando a necessidade de implementar o processo de descentralização, a Portaria MS nº 95/2001 aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS, NOAS/SUS Nº 01/2001, que definiu o processo de regionalização da assistência e cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, dentre outros.

Para o processo de regionalização, a NOAS define que o planejamento deve seguir uma lógica de ações integradas, com identificação de prioridades regionais de intervenção e de constituição de sistemas funcionais de saúde.

1.1 O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

A NOAS apresenta, ainda, que o instrumento do processo de regionalização da assistência, em cada Estado, deve ser o Plano Diretor de Regionalização, e que este deve ser instituído pelas Secretarias de Estado da Saúde, em consonância com seus Planos Estaduais de Saúde.

2 - Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

2.1 - Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde,

sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

A Norma dispõe, também, que na elaboração do Plano Diretor de Regionalização, este deve possuir algumas perspectivas de garantia e possuir itens mínimos à assistência, como a descrição da organização da saúde em regiões, a identificação de prioridades de intervenção em cada região e conter o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e dispor de um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde.

5 - Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

A - a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;

B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;

D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

5.1 – A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS publicará, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Norma, a regulamentação específica sobre o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à organização da assistência.

Ainda, considerando a necessidade de qualificar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS e a necessidade de definição do compromisso entre os gestores do SUS, em torno de prioridades e impacto sobre a saúde da população, a Portaria MS nº 399/2006, aprovou as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, com ênfase nas necessidades de saúde da população e definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, que devem ser revisados anualmente.

O Pacto de Gestão do SUS apresenta como principais instrumentos de planejamento da regionalização, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), na busca pela qualificação da gestão e alcance de maior efetividade de suas ações.

Para melhor compreensão, a NOAS apresenta o que é e o que deve conter o PDR, o PDI e o PPI:

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

Ainda, pelo Decreto nº 7508/2011, normativo que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, para a organização e o planejamento do Sistema deverão ser instituídas regiões de saúde e elaborados mapas de saúde (art. 4º e art. 16), destacando em seu art. 17, que este último será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento, contribuindo para o estabelecimento de metas.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Destaca, ainda, que o planejamento da saúde deve ser regionalizado, e elaborado a partir das necessidades dos municípios.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Outro dispositivo que trata sobre o planejamento, porém sob a linha do SUS é a Portaria MS nº 2.135/2013. Nesta, é apresentado como pressuposto para o planejamento no âmbito do SUS, a compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual), em cada esfera de gestão; e a concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada (art. 1º, V e VII).

O art. 2º dispõe que os instrumentos para o planejamento da saúde no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

Art. 2º Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera (art. 3º), sendo que a sua elaboração deve considerar (§3º):

- I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:
 - a) estrutura do sistema de saúde;
 - b) redes de atenção à saúde;
 - c) condições socio sanitárias;
 - d) fluxos de acesso;
 - e) recursos financeiros;
 - f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
 - g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;
- II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- III - o processo de monitoramento e avaliação.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados (art. 4º).

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (art. 6º).

Ou seja, tem-se o planejamento da saúde sob duas vertentes, ambas com enfoque regionalizado. A primeira sob o Pacto de Gestão da Saúde, que abrange o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos e a segunda sob a Gestão do SUS, que abrange o Plano Estadual de Saúde, o Plano Anual de Gestão e o Relatório Anual de Gestão.

Disso, tira-se que o sistema de saúde, independente do modelo e da nomenclatura utilizada, deve balizar suas ações em instrumentos de planejamento que apresentem o diagnóstico da situação da saúde, por região de saúde, que identifique a estrutura existente e os fluxos de acesso; defina objetivos, metas e indicadores com base nas necessidades de saúde da população de cada região; dimensione as necessidades de investimentos a partir dos déficits identificados; levante os recursos financeiros; monitore e avalie.

Além disso, existindo planejamento nos moldes recomendados, estes devem estar focados e direcionados na resolução de problemas ou necessidades de saúde da população, levantados inicialmente por critérios lógicos, pois, não sendo assim, de nada vale um planejamento não executado.

Assim, principalmente diante da escassez de recursos financeiros vividos atualmente, espera-se que os recursos alocados na saúde sejam geridos e utilizados com eficácia e eficiência, baseados em prioridades identificadas, demandas justificáveis e investimentos apropriados, sempre pensado no coletivo.

Diante disso, primeiramente buscou-se identificar como o sistema da saúde do Estado estava estruturado e quais os instrumentos de planejamento utilizados.

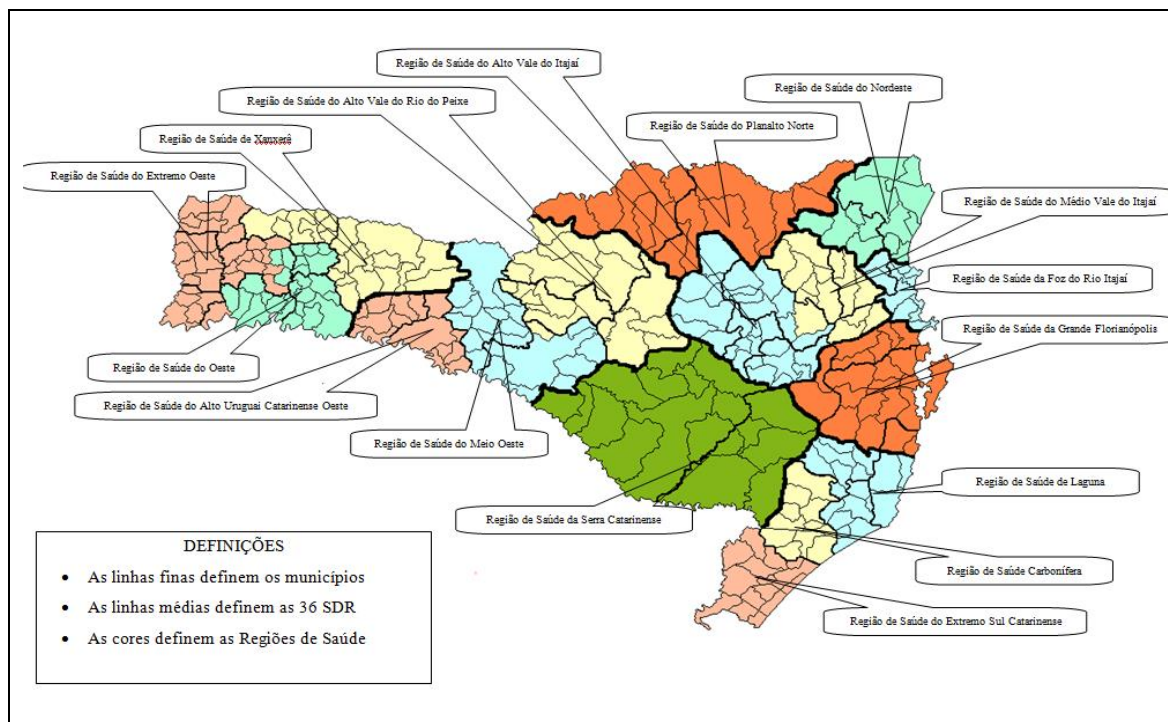
Atendendo a Constituição Federal, a Lei nº 8080/1990 e seu Decreto nº 7508/2011, o Estado estruturou-se em 16 regiões e 9 macrorregiões de saúde, conforme as Deliberações CIB nº 348/2012, nº 457/2012 e nº 458/2012, de 30 de agosto de 2012 e 08 de novembro de 2012, respectivamente, sendo elas:

Quadro 43: Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina

Macrorregiões	Regiões	Total de municípios	Total da população
Macrorregião de Saúde do Grande Oeste 740.973 habitantes	Região de Saúde do Extremo Oeste	30	224.607 h
	Região de Saúde de Xanxerê	21	190.660 h
	Região de Saúde do Oeste	25	325.706 h
Macrorregião de Saúde do Meio Oeste 601.280 habitantes	Região de Saúde do Alto Uruguai Catarinense	15	142.634 h
	Região de Saúde do Meio Oeste	20	181.521 h
	Região de Saúde do Alto Vale do Rio do Peixe	20	277.125 h
Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí 579.946 habitantes	Região de Saúde da Foz do Rio Itajaí	11	579.946 h
Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí 959.658 habitantes	Região de Saúde do Alto Vale do Itajaí	28	273.479 h
	Região de Saúde do Médio Vale do Itajaí	14	686.179 h
Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis 1.041.828 habitantes	Região de Saúde da Grande Florianópolis	22	1.041.828 h
Macrorregião de Saúde Sul 921.661 habitantes	Região de Saúde de Laguna	18	340.078 h
	Região de Saúde Carbonífera	12	397.652 h
	Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense	15	183.931 h
Macrorregião de Saúde Nordeste 894.286 habitantes	Região de Saúde Nordeste	13	894.286 h
Macrorregião de Saúde do Planalto Norte 357.565 habitantes	Região de Saúde do Planalto Norte	13	357.565 h
Macrorregião de Saúde da Serra Catarinense 286.089 habitantes	Região de Saúde da Serra Catarinense	18	286.089 h

Fonte: Deliberações CIB nº 457/2012 e nº 458/2012

Quadro 44: Figura das 16 Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina



Fonte: Deliberação CIB nº 458/2012

Dentro do período de abrangência deste trabalho, verificou-se que o Estado elaborou os instrumentos de Gestão do SUS: Plano Estadual de Saúde (PES) 2012-2015 e 2016-2019; Programação Anual de Saúde (PAS) de 2012 a 2016; e Relatórios Anual de Gestão (RAG) de 2012 a 2016¹⁸.

Constatou-se que estes instrumentos seguem os Planos Plurianuais respectivos e estão interligados. Apresentam dados anuais de todo o Estado, por macrorregião e por regiões de saúde, assim como apresentam diretrizes, objetivos gerais e específicos e, metas alcançadas, por eixos, ressaltando que estas diretrizes e objetivos estão configurados em aspectos gerais e amplos e não estão alinhados por macrorregião ou região de saúde. Além disso, os mapas de saúde regionalizados foram elaborados em 2012 e atualizados somente até o ano de 2014.

Em relação aos instrumentos de planejamento focados no Pacto de Gestão de Saúde, verificou-se que o primeiro Plano Diretor de Regionalização elaborado pela SES foi em 2002. Na sequência foram aprovados um PDR em 2008 e outro em 2012. Ao verificar o PDR de 2012, último Plano elaborado, se constatou que este apresenta as regiões de saúde; os fluxos de referência por município e região de saúde, contendo os procedimentos e/ou habilitações; fala da Programação Pactuada Integrada (PPI) e Redes de Atenção à Saúde; e apresenta os fluxos assistenciais de alta complexidade, por especialidade e por região de saúde.

¹⁸ http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=251, acesso em 14/11/2017.

Ou seja, o PDR de 2012 contempla o desenho de como estava estruturada a saúde, por região - o que possuía de procedimentos e habilitações e onde estavam localizados até 2012.

Para que o PDR seja utilizado e alcance seus objetivos, de garantir o acesso do cidadão ao conjunto de ações e serviços necessários à resolução dos problemas de saúde regionais ao menor custo social e econômico possível, este deve ser atualizado e adequado a situação e legislação atual, possuir a estrutura da saúde existente e as necessidades levantadas, e deve estar focado na reorganização da assistência para se restabelecer os fluxos de pacientes e de investimentos nas áreas onde há carência de oferta de serviços de saúde.

Verificou-se, também, que o Estado elaborou um Plano Diretor de Investimentos em 2002. O PDI procura dimensionar as necessidades de investimentos a partir dos déficits de assistência identificados segundo nível de complexidade, de forma que estas possam tornar-se resolutivas e coerentes ao Plano Diretor de Regionalização.

Para avaliar a necessidade de investimentos, ou seja, equipamentos e obras, é necessário realizar um diagnóstico da existência e/ou suficiência tecnológica, com vistas à oferta de serviços necessários em todos os módulos assistenciais com a delimitação das regiões de saúde, considerando-se neste processo a disponibilidade de recursos de custeio, bem como de recursos humanos nas regiões de saúde. Atualmente o Estado não possui um Plano Diretor de Investimento aprovado.

O Decreto nº 127/2011, que estabelece normas relativas à transferência de recursos financeiros do Estado mediante convênio ou instrumento congênere, apresenta como facultativa a existência de contrapartida pelas entidades assistenciais de saúde filantrópicas que recebem recursos do Tesouro. Quando houver uma contrapartida por parte do conveniente esta deve estar disposta no instrumento que rege a transferência do recurso.

O inciso X do art. 2º do respectivo Decreto define contrapartida como os recursos financeiros ou bens e serviços economicamente mensuráveis com que o conveniente irá participar do convênio.

Verificou-se que os planos de trabalhos e os convênios analisados neste trabalho, que possuem um modelo padrão, não continham cláusula sobre contrapartida, ou seja, não foi exigido um retorno de quem recebeu o recurso público.

Neste sentido, indaga-se porquê não se exige uma contrapartida de prestação de serviços públicos de saúde em troca desses recursos recebidos, como um quantitativo ou percentual de prestação de serviços ao SUS, haja vista a reciprocidade de interesses dos partícipes na consecução do objeto a ser conveniado.

Diante disso, levantou-se o volume de recursos transferidos, via convênio, para a saúde, no período de 2011 a 2017, pelas diversas fontes:

Quadro 45: Recursos transferidos a saúde, por convênio, no período de 2012 a 2017 (até 23/11)

Fonte de Recursos	2011	2012	2013	2014	2015	2016	*2017	Total
Recursos Fonte 100	85.864.099,90	85.083.935,03	66.122.769,59	66.599.439,31	52.663.628,66	45.299.032,60	45.324.150,65	446.957.055,74
Recursos Fonte 162							1.778.000,00	1.778.000,00
Recursos Descentralizados Fonte 100	14.059.406,63	22.254.268,48		1.986.039,43	87.926,22		300.000,00	38.687.640,76
Recursos Fonte 169							295.625,00	295.625,00
Recursos Fonte 391							1.545.000,00	1.545.000,00
Recursos do Fundo Social		774.856,72	14.841.457,14	25.859.976,47	22.589.628,94	22.220.050,91	10.712.069,38	96.998.039,56
Recursos do BNDS (Pacto)				9.760.240,43	7.578.515,29	6.000.000,00	23.119.663,96	46.458.419,68
Recursos Investsaúde				1.000.000,00		30.484.657,23	34.997.475,33	66.482.132,56
Total Geral	99.923.506,53	108.113.060,23	80.964.226,73	105.205.695,64	82.919.699,11	104.003.740,74	118.071.984,32	699.201.913,30

Fonte: Gerencia de Convênios, SES, por e-mail.

*Até 23/11/2017

Quadro 46 Figura de recursos para convênios, por fonte de recurso



Fonte: Gerencia de Convênios, SES, por e-mail.

*Até 23/11/2017

Verifica-se que o total dos recursos transferidos a saúde por meio de convênios (R\$ 699.201.913,30) em relação ao total das despesas empenhadas para a saúde pelo Fundo Estadual da Saúde e o Fundo Catarinense para o Desenvolvimento da Saúde (R\$ 15.015.088.538,58), no período de 2012 a 2017 (até 30/09/17), representou 4,66%.

Para o ano de 2016, o total dos recursos transferidos a saúde por meio de convênio (R\$ 104.003.740,74) representam 3,30% em relação ao total das despesas da saúde neste ano (R\$ 3.150.348.403,00).

Além disso, fica exposto que mesmo com a situação financeira crítica da SES em 2017, em que ocorreu um aumento significativo da dívida, foi o ano que teve o maior aporte de recursos por celebrações de convênios.

Da mesma forma, levantou-se esse volume de recursos transferidos por convênio para equipamentos; custeio; construção, reforma e ampliações, em relação ao mesmo período:

Quadro 47: Recursos transferidos a saúde para equipamentos, custeio e construção, no período de 2012 a 2017

Convênios celebrados de 01/01/2011 a 10/11/2017	MUNICÍPIOS		ENTIDADES PRIVADAS		Total
	Quantidade	Valor (R\$)	Quantidade	Valor (R\$)	
Equipamentos para Unidades Municipais de Saúde/Unidades Hospitalares	255	42.278.917,85	280	338.068.987,69	380.347.905,54
Construção, reforma e ampliação de Unidades Municipais de Saúde/Unidades Hospitalares	206	35.575.786,19	8	554.416,80	36.130.202,99
Veículos	379	34.054.141,04	254	71.716.550,77	105.770.691,81
Custeio Municipal/Custeio e Manutenção Unidades hospitalares	54	12.649.707,75	188	164.303.405,21	176.953.112,96
TOTAL	894	124.558.552,83	730	574.643.360,47	699.201.913,30

Fonte: Gerencia de Convênios, SES, por e-mail.

*Até 23/11/2017

Constata-se que os valores financeiros transferidos por meio de convênio para a saúde, para os Municípios e instituições de assistência à saúde, concentram-se principalmente em aquisição de equipamentos e custeio de ações. Do total de R\$ 699.201.913,30 gastos no período, aproximadamente 54% ou R\$ 380.347.905,54 foram para equipamentos, 25% para custeio e manutenção, 15% em veículos e 6% em construção, reforma e ampliações.

Com isso, para verificar como estavam sendo distribuídos os recursos da saúde por meio de convênio, levantou-se algumas situações que evidenciam a ausência de critério técnico para tal feito, demonstrando a necessidade de se construir e utilizar planos de regionalização e de investimento e adoção de critérios para a alocação de equipamentos, assim como, para construções e ampliações. Incluiu-se também na análise situações encontradas de transferências de recursos para custeio.

Quanto a transferência de recursos para equipamentos, constatou-se a existência de processos para transferências de recursos por convênio que não tiveram estudo ou análise técnica de viabilidade, ou que passaram por análise, tiveram parecer negativo à solicitação e, mesmo assim, teve a continuidade do processo para liberação do recurso, podemos citar como exemplo o convênio 2014TR001122 (fornecimento de equipamento de hemodinâmica para Hospital sem credenciamento e/ou produção para a atividade).

Custeio de Hospitais Terceirizados

Conforme exposto anteriormente, evidenciou-se que o descontrole e a falta de planejamento das contas da saúde no Estado podem ser considerados principais causas que levaram a atual situação financeira da Secretaria de Saúde do Estado. Embora a crise já venha se desenhando há alguns anos, seu reconhecimento ganhou mais atenção em 2017 quando vários hospitais começaram a não receber seus repasses usuais.

Diante disso, decidiu-se analisar os convênios que estão diretamente contidos na dívida do Estado. A soma da dívida destes convênios é de R\$ 27.677.706,19, referentes a repasses não efetuados em 2017, como consta no Ofício nº 125/2017, de 09/10/2017, da SES, em que são apresentados os valores devidos pelo Fundo Estadual de Saúde e o levantamento da dívida da saúde deste Tribunal. São eles:

Quadro 48: Relação dos convênios para custeio analisados

Convênio	Município	Conveniente	Objeto	Valor (R\$)
2017TR001619	Curitibanos	Hospital Hélio Anjos Ortiz	Auxiliar no custeio e manutenção dos serviços de saúde do Hospital	11.120.621,59
2017TR001489	Xanxerê	Hospital Regional São Paulo	Auxiliar no custeio e manutenção dos serviços de saúde do Hospital	6.000.000,00
2017TR001123	Itajaí	Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Auxiliar no custeio e manutenção dos serviços de saúde do Hospital	12.000.000,00
2017TR001169	Chapecó	Hospital Regional do Oeste	Auxiliar no custeio e manutenção dos serviços de saúde do Hospital	21.600.000,00
2017TR001436	Blumenau	Hospital Santo Antônio	Auxiliar no custeio e manutenção dos serviços de saúde do Hospital	8.896.592,88

Fonte: Cópia dos convênios e documentos, anexos

Na análise constatou-se que estes cinco convênios foram realizados para auxiliar o custeio da folha de pagamento dos hospitais citados.

Conforme exposto no artigo 14 do Decreto nº 127/2011, que regula os repasses de convênios, o proponente cadastrado deve manifestar seu interesse em celebrar o convênio mediante inclusão de proposta de trabalho que deve conter uma justificativa de interesse público, evidenciando os benefícios econômicos e sociais obtidos pela sociedade:

Art. 14. De acordo com o programa e as diretrizes estabelecidas pelo órgão ou entidade concedente ou descentralizador, o proponente cadastrado manifestará seu interesse em celebrar convênio mediante inclusão de proposta de trabalho no SIGEF que conterá, no mínimo:

II - Justificativa contendo a caracterização do interesse público em executar o objeto, evidenciando os benefícios econômicos e sociais a serem obtidos pela sociedade.

Já os artigos 17 e 18 do mesmo Decreto estabelecem que o setor técnico da SES deve analisar as propostas de trabalho e se manifestar quanto a aprovação ou reprovação. Ao analisar as propostas de trabalho dos convênios (anexo), notou-se ausência de qualquer critério para o cálculo dos valores apresentados neles, assim como uma inconsistência na justificativa para tal benefício entre os hospitais. Na realidade, não há nenhum campo nos documentos que explicitamente apresente justificativas técnicas para tais convênios. Existem dois campos denominados “Objetivo/Resultado Esperado” e “Descrição da Realidade” que mais se aproximam de uma justificativa que se assemelhe a um evidenciamento dos benefícios econômicos e sociais. Acerca dos valores encontrados nos convênios, também não há qualquer informação que indique qual o critério utilizado para se chegar aqueles valores, e também não há nenhum documento que indique metas de produção ou histórico de produção dos hospitais.

Dito isto, observou-se que também não há nenhum padrão comum entre os cinco convênios no campo de “Objetivo/Resultado Esperado” e “Descrição da Realidade”. Para o Hospital Hélio Anjos Ortiz, de Curitiba, a justificativa encontrada nos documentos foi que a região apresenta o mais baixo IDH do Estado (esta informação é correta, embora Curitiba em si apresenta um IDH próximo da média do Estado de SC – 0,721 é o IDH de Curitiba, e 0,732 é a média de Santa Catarina). Já para o Hospital Marieta Konder Bornhauser de Itajaí, Hospital Santo Antônio, Hospital Regional de Chapecó e o Hospital Regional São Paulo a justificativa apresentada é vaga, se limitando a frases genéricas. O quadro abaixo apresenta um resumo dos justificativas presentes nos Planos de Trabalho dos cinco hospitais em questão.

Quadro 49: Justificativos convênios

Hospital	Resumo de "Objetivo/Resultado Esperado"	Resumo de "Descrição da Realidade"
Hospital Hélio Anjos Ortiz - Curitiba	Fortalecer o serviço médico e hospitalar do Hospital, com a intenção de manter os serviços que estão focados nas redes de urgência e emergência, rede cegonha e maternidade de alto risco.	Hospital em grave situação financeira devido à falta regular de repasses. Região de mais baixo IDH do Estado.
Hospital Santo Antônio - Blumenau	Custeio e manutenção da folha de pagamento, encargos sociais, e energia elétrica.	Oferecer melhor atendimento médico hospitalar à população de Blumenau.
Hospital Regional do Oeste - Chapecó	Prestar serviço médico/hospitalar de qualidade em média e alta complexidade em Chapecó e toda região.	Grande demanda de patologias de média e alta complexidade.

Hospital	Resumo de "Objetivo/Resultado Esperado"	Resumo de "Descrição da Realidade"
Hospital Regional São Paulo - Xanxerê	Oferecer melhor atendimento médico hospitalar à população de Xanxerê e municípios circunvizinhos.	Considerando os constantes aumentos de insumos como materiais hospitalares, medicamentos, gêneros alimentícios, energia, água, gases medicinais, honorários médicos de plantonistas, aumento com a folha de pagamento e outros custos necessários para manter o funcionamento da instituição, é necessária a celebração deste convênio.
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhauser - Itajaí	Auxiliar na manutenção e custeio do Hospital para prestação de serviços aos pacientes moradores na Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açu	Oferecer melhor atendimento médico hospitalar à população de Itajaí e Municípios circunvizinhos.

Fonte: SES

Alguns argumentos pertinentes sobre as informações apresentadas são:

- A “descrição da realidade” do Hospital de Curitiba aponta o convênio como uma consequência de atraso de repasses, embora esta justificativa, se válida, poderia ser utilizada por dezenas de outros hospitais, e o atraso de repasses é consequência da própria Secretaria de Saúde.
- “Oferecer melhor atendimento médico”, ou “prestar serviços de qualidade” são justificativas muito vagas, e não se encontra nenhum critério que explique como esse recurso de custeio pode levar a melhores atendimentos.
- Aumento nos preços de insumos como material médico, medicamentos, energia, gêneros alimentícios, etc. é uma realidade que atinge todos os hospitais do país, não sendo exclusiva do Hospital Regional São Paulo, que justifique tal convênio.

O fato das despesas na saúde atualmente serem superiores às receitas, levou o Estado ao atraso do repasses referente a estes convênios. Entretanto, uma análise mais aprofundada destes convênios nos leva a conclusão que estes cinco hospitais, embora nenhum de administração direta do Estado, vêm há anos recebendo do Estado repasses de convênios (como os citados acima), para pagamento de custeio de folha de pagamento, muito embora nenhum destes hospitais sejam 100% SUS, isto é, recursos de convênios são transferidos para estes hospitais pagarem folha de pagamento para funcionários que também atendem pacientes particulares. Os quadros abaixo apresentam todos os convênios vinculados ao pagamento de folha de pagamento repassados a estes hospitais desde 2011:

Hospital	Convênios	Valor Repassado (R\$)	Leitos Totais	Leitos SUS	% Leitos SUS
Hospital Hélio Anjos Ortiz - Curitiba	2462/2011-7	3.574.532,40	160	123	76,88%
	8.688/2011-6	6.341.464,70			
	6.443/2012-2	8.738.538,25			
	2013TR001958	9.262.850,48			
	2014TR000906	9.820.621,51			
	2015TR000723	10.265.189,16			
	2016TR001846	11.120.621,59			
	TOTAL	59.123.818,09			
Hospital Santo Antônio - Blumenau	2.467/2011-8	1.500.000,00	225	200	0,8889
	8.694/2011-0	2.394.992,25			
	6.442/2012-7	3.384.922,32			
	2013TR001647	4.800.000,00			
	2014TR000902	5.088.000,00			
	2015TR000716	8.896.592,88			
	2016TR000898	8.896.592,88			
	TOTAL	34.961.100,33			
Hospital Regional do Oeste - Chapecó	2.460/2011-0	6.693.462,00	274	234	85,40%
	9.939/2011-2	10.687.193,01			
	18.961/2011-8	1.300.000,00			
	6.567/2012-6	15.104.566,08			
	2013TR001449	16.010.840,04			
	2014TR001124	16.971.490,44			
	2015TR000722	21.600.000,00			
	2016TR001083	21.600.000,00			
	TOTAL	109.967.551,57			
Hospital Regional São Paulo - Xanxerê	2.461/2011-9	1.770.000,00	174	140	80,46%
	8.687/2011-8	2.826.090,81			
	17.621/2011-4	940.290,00			
	18.843/2011-3	3.059.710,00			
	6.398/2012-3	3.994.219,68			
	2013TR001639	4.233.872,76			
	2014TR001287	4.487.905,13			
	2015TR000881	6.000.000,00			
	2016TR000911	6.000.000,00			
	TOTAL	33.312.088,38			
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen - Itajaí	2.461/2011-9	1.334.448,00	380	331	87,11%
	8.687/2011-8	2.130.661,71			
	17.621/2011-4	200.000,00			
	18.843/2011-3	1.000.000,00			
	6.398/2012-3	4.800.000,00			
	2013TR001639	5.088.000,00			
	2014TR001287	5.393.280,00			

Hospital	Convênios	Valor Repassado (R\$)	Leitos Totais	Leitos SUS	% Leitos SUS
	2015TR000881	7.200.000,00			
	2016TR001847	7.200.000,00			
	TOTAL	34.346.389,71			

Fonte: Gerência de Convênios da SES e DATASUS

Somando-se os valores totais do Quadro acima, que não consideram os atuais convênios de 2017 cujo repasse está atrasado, chega-se ao valor de R\$ 271.710.948,10. Isto quer dizer que estes cinco hospitais já receberam mais de 271 milhões de reais para pagamento de folha de pessoal desde 2011, enquanto outros hospitais municipais não tiveram o mesmo benefício.

Ressalta-se ainda o fato de que em nenhum destes hospitais, os leitos cadastrados do SUS em relação a quantidade de leitos totais ultrapassa os 90%. No caso do Hospital Hélio Anjos Ortiz de Curitiba, somente 76,88% dos leitos existentes são leitos SUS, mas mesmo assim, ano a ano, o hospital vem recebendo convênios vinculados a folha de pagamento cada vez maiores, passando de R\$ 3.574.532,40 em 2011 para mais de 10 milhões de reais em 2015, que equivale a um incremento de 211%, isso tudo sem se saber o porquê da escolha destes hospitais para receberem estes recursos, qual o critério de definição dos valores e, ainda, sem ter uma meta de produção que justifique estas transferências.

Convênios de Construções e Ampliações de Hospitais

A Instrução Técnica do Ministério da Saúde (anexo) que fala sobre a forma de cálculo da Taxa de Ocupação Operacional Geral dos hospitais e os parâmetros, recomendações e metas para os hospitais seguirem apresenta que os hospitais devem manter uma taxa de ocupação entre 80% e 85% para serem considerados eficientes e que uma ocupação abaixo de 75% indica baixa utilização da unidade e ineficiência da gestão do hospital.

A taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital. Inadequada utilização deste recurso pode indicar falha no planejamento do hospital, índices de satisfação da clientela baixos, ou inadequada articulação com a rede de serviços.

Diante desta instrução, selecionou-se uma amostra de convênios de construção e ampliações de hospitais para avaliar a existência de critérios técnicos para sua celebração.

Primeiramente, verificou-se se qual a taxa de ocupação dos hospitais que receberam recursos por meio de Convênio e, em seguida analisou-se se este número foi utilizado como

critério para a aprovação dos repasses na forma citada na Instrução Técnica do Ministério da Saúde.

O quadro abaixo evidencia que foram realizadas ampliações em hospitais que não possuem taxa de ocupação dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Quadro 51: Hospitais e suas respectivas Taxas de Ocupação

Município	Convênio	Hospital	Taxa de Ocupação	Valor do Convênio (R\$)
Xanxerê	18.843/2011-3	Hospital Regional São Paulo	64%	3.059.710,00
Erval Velho	6.265/2012-0	Hospital Nossa Senhora de Fátima	76%	600.000,00
Joaçaba	8.702/2011-5 2.714/2012-6 2013TR001668	Hospital Universitário Santa Terezinha	71%	9.000.000,00
Videira	19.029/2011-2	Hospital Salvatoriano Divino Salvador	59%	1.500.000,00
Presidente Getúlio	4.857/2012-7 2013TR001448 2015TR00862	Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora	25%	1.800.000,00
Blumenau	2015TR000715	Hospital Santo Antônio	75%	1.000.000,00
Pomerode	11.833/2011-8 8.113/2012-2 2015TR000831	Hospital e Maternidade Rio do Testo	44%	1.559.531,15
Brusque	6.507/2012-2	Hospital e Maternidade Dom Joaquim	17%	807.198,52
Jaraguá do Sul	8.079/2012-9 2014TR002774	Hospital e Maternidade Jaraguá	43%	6.500.000,00
Lages	2014TR002730	Hospital Seara do Bem	53%	4.200.000,00
Total		-	-	30.026.439,67

Fonte: SES, DATASUS e COSEMS

O objeto de todos os convênios listados no quadro acima se referem a reformas e ampliações de hospitais. Considerando-se somente hospitais com taxa de ocupação abaixo de 75%, constata-se que foram gastos com recursos de convênios R\$ 28.426.439,67 para ampliações de hospitais que nem sequer possuíam demanda que justifique tais gastos. Além destes gastos, cabe ressaltar, que se gera, também, valores de custeio para manter estas ampliações, do qual não se encontrou na documentação dos respectivos Convênios estudos e calculados, mas que certamente impactam as contas da saúde.

Ainda sobre taxa de ocupação dos hospitais, fez-se um cruzamento das informações entre hospitais que receberam recursos por meio de convênios desde 2011, num total de 102 hospitais até 2017 e sua respectiva taxa de ocupação. O Quadro abaixo apresenta o resultado:

Quadro 52: Taxa de Ocupação de 102 Hospitais que receberam recursos de convênio entre 2011 e 2017

Taxa de Ocupação	Número de Hospitais
0 a 10%	10
11 a 20%	27
21 a 30%	18
31 a 40%	11
41 a 50%	18
51 a 60%	5
61 a 70%	5
71 a 80%	5
81 a 100%	3

Fonte: COSEMS

Verifica-se que a demanda dos hospitais, sendo analisada pela taxa de ocupação, não é considerada pela SES como um critério técnico para um hospital receber um recurso da conta de saúde do Estado via convênio de obras e ampliações de hospitais, pois dos 102 hospitais analisados que receberam convênio nos últimos anos, 99 deles (ou 97%) não possuem percentual de ocupação estabelecido pelo Ministério da Saúde para ser considerado eficiente.

Geralmente, um hospital com uma taxa de ocupação alta produz mais serviços para a população, dada sua capacidade física, do que um hospital com uma taxa de ocupação baixa. Portanto, seria de se esperar que recursos provenientes dos convênios deveriam ir para hospitais que mais necessitam, seja para ampliar seus serviços, seja para gratificar a produção de gestores eficientes.

Análise da Relação entre Convênios e Taxa de Ocupação dos Hospitais

Efetuuou-se uma análise de todos os convênios celebrados com hospitais entre 2011 e 2017. Para esta análise, excluiu-se os convênios que foram celebrados com municípios ou unidades de pronto atendimentos, isto é, considerou-se somente os convênios que foram celebrados diretamente com hospitais.

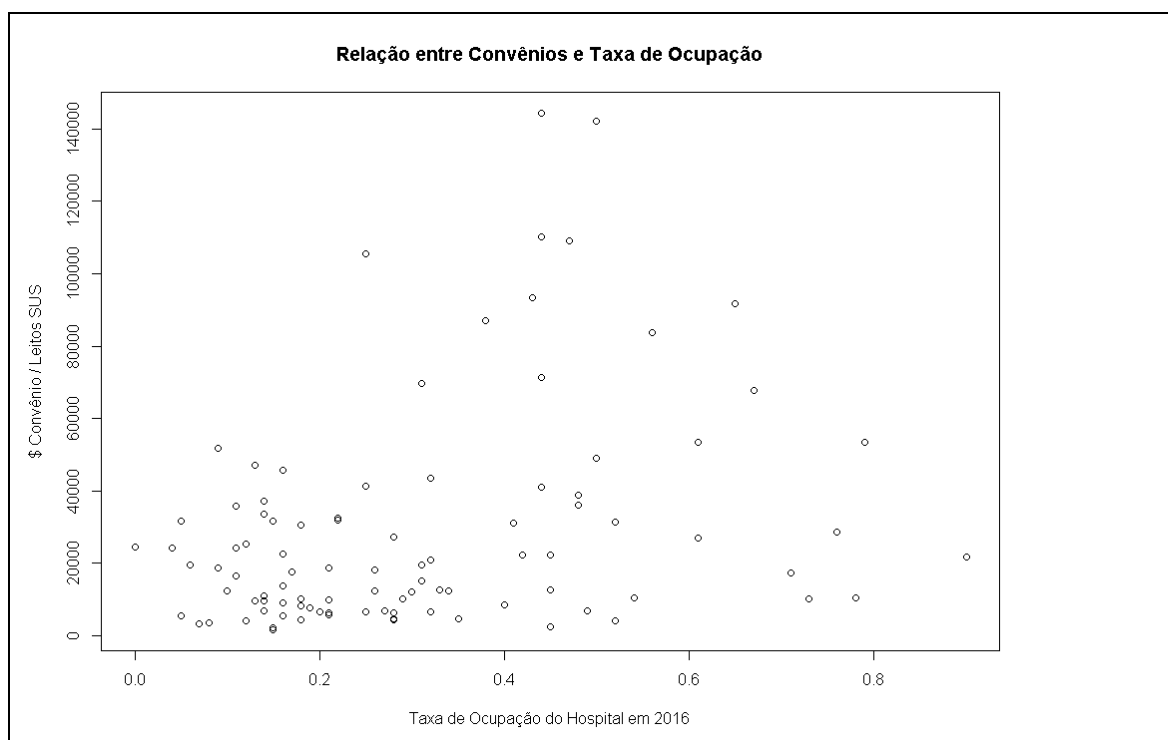
Dos 700 milhões gastos com convênios durante o período em análise, R\$ 462.194.597,81 foram celebrados diretamente com 102 hospitais. Deste valor, R\$ 296.808.263,41 foram destinados aos hospitais Santo Antônio de Blumenau, Hospital Regional do Oeste de Chapecó, Hospital São José de Criciúma, Hospital Hélio Anjos Ortiz de Curitiba, Hospital Santa Isabel de Blumenau e Hospital São Paulo de Xanxerê. Por se tratarem de convênios com valores relativamente altos e fora do padrão dos outros convênios celebrados, e por estatisticamente serem considerados *outliers*¹⁹, os convênios para estes seis hospitais foram desconsiderados da análise a seguir.

Para analisar qual a relação estatística existente entre os convênios celebrados com os outros 96 hospitais que receberam recursos de convênios desde 2011, foi efetuada uma correlação entre os R\$ 165.386.361,40 de convênios destinados aos 96 hospitais e suas respectivas taxas de ocupação de 2016. Para tal, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre taxa de ocupação e o recurso do convênio celebrado com o hospital dividido pela sua quantidade de leitos SUS.

A variável “Convênio/Leitos SUS” indica quanto certo hospital recebeu de recurso de convênios por leito SUS durante o período. Esta variável foi considerada pois suaviza a diferença entre o porte dos hospitais, ao passo que, considerar somente o valor do convênio causaria um viés na análise, pois hospitais maiores tendem a receber recursos maiores. O Quadro a seguir demonstra a relação entre as duas variáveis analisadas.

Quadro 53: Gráfico com a relação entre Convênios e Taxa de Ocupação

¹⁹ Outliers: Dados atípicos



Fonte: Equipe TCE com dados do Cosems

Do exposto, conclui-se que para se alcançar a resolutividade das necessidades de saúde da população de forma regionalizada e hierarquizada nos moldes do Sistema, pensando na equidade e no coletivo, é fundamental a elaboração de um diagnóstico de todo o Estado e por regiões, com a visualização clara e objetiva dos vazios assistenciais, da capacidade instalada, bem como da necessidade de investimento, construções, obras e ampliações, por região de saúde e o levantamento de seu custeio, tanto de estrutura física como humana, hoje denominados PDR e PDI.

Registra-se que o próprio Plano Estadual de Saúde 2016-2019 apresenta que a SES tem o papel de fornecer suporte técnico em nível de planejamento do SUS, a partir da regionalização, coordenação e elaboração de instrumentos políticos gerenciais no âmbito estadual, quais sejam o Plano Estadual de Saúde, a Programação Anual, o Relatório Anual de Gestão, o Plano Diretor de Investimento e o Plano Diretor de Regionalização (fl. 199/200 do PES 2016-2019).

Assim sendo, a Secretaria de Estado da Saúde deve:

- Elaborar e utilizar instrumento de planejamento eficaz (diagnóstico) que identifique a estrutura, os equipamentos existentes, os investimentos, os custeios necessários a capacidade instalada, as necessidades de saúde regionalizadas e hierarquizadas e os fluxos e vazios assistenciais, nos moldes do Plano Diretor de

Regionalização e Plano Diretor de Investimento, conforme o disposto na Portaria MS nº 399/2006, Pacto pela Saúde - Anexo II – item III - Pacto de Gestão;

- Analisar todas as propostas de trabalho ou estudos técnicos de solicitações de transferência de recursos por meio de convênio, mediante Parecer Técnico do setor de planejamento, conforme os arts. 17 e 18 do Decreto Estadual nº 127/2011;
- Estabelecer contrapartida obrigatória das entidades assistenciais que recebem recursos públicos por meio de convênio, com a prestação de serviços públicos de saúde, como um quantitativo ou percentual de prestação de serviços ao SUS, haja vista a reciprocidade de interesses dos partícipes na consecução do objeto a ser conveniado, com base nos arts. 14, 32 e 39 do Decreto nº 127/2011;
- Estabelecer normativa com critérios e condicionantes de viabilidade, a serem utilizados nas análises e aprovações dos planos de trabalho para transferência de recursos por meio de convênio (parecer técnico), como percentual mínimo de atendimento SUS e cadastramento no CNES;
- Cessar a transferência de recursos dos convênios que não possuem parecer técnico de viabilidade do objeto ou que possuem parecer negativo do setor técnico da SES e que não se firme novos convênios sem a presença da aprovação no respectivo parecer, conforme os arts. 17, 53 e 72 do Decreto Estadual nº 127/2011 (item 2.4.1 deste Relatório);
- Negar a celebração de novos convênios de transferências de recursos enquanto a SES não possuir disponibilidade orçamentária e financeira para honrar com os compromissos já assumidos.

Com isso, espera-se que a elaboração e utilização destes instrumentos, bem como a definição de critérios que orientem a programação e a destinação de recursos da saúde, sejam utilizados eficazmente, com base nas prioridades regionais, pensando na coletividade, visando reduzir as desigualdades, diminuir cada vez mais os vazios assistenciais e garantir a integralidade da atenção à saúde.

2.4.2 Comentários do Gestores

2.4.2.1 Elaborar e utilizar instrumento de planejamento eficaz (diagnóstico) que identifique a estrutura, os equipamentos existentes, os investimentos, os custos necessários a capacidade instalada, as necessidades de saúde regionalizadas e

hierarquizadas e os fluxos e vazios assistenciais, nos moldes do Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimento, conforme o disposto na Portaria MS nº 399/2006, Pacto pela Saúde - Anexo II – item III - Pacto de Gestão

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3214/3215)

O ex-Secretário somente informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fls. 3339/3340)

O Gestor comunicou que a Superintendência de Regulação participa com a Superintendência de Planejamento da Pasta no processo de revisão da regionalização, assim como auxilia no processo de organização do acesso, especialmente no que se refere aos termos de compromisso dos serviços de AC e na identificação dos vazios assistenciais, promovendo reorganização das referências, assim como, organiza as listas de espera demonstrando assim a real necessidade da população em cada região do Estado. Juntou aos autos o Anexo 14, com as Informações nº 001/2018 e nº 003/2018 da Gerência de Planejamento do SUS com detalhamento da questão.

A Informação nº 001/2018 de 27 de abril de 2018 (fls. 3458-3460), consta que é de responsabilidade dos gestores a utilização de instrumentos de gestão como norteadores das ações de saúde e monitoramento, citando dentre eles o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Consta, ainda, que o PDR está sendo rediscutido e que a construção do PDI depende do PDR.

Apresenta a argumentação de que a falta de atualização do PDI não caracteriza falta de visão das necessidades regionais, pois o PDR está atualizado, bem como falta de investimentos e assistência à saúde nas áreas carentes e/ou defasadas, além daquela Secretaria não deixar de investir por não possuir um PDI atualizado. Acrescenta que os investimentos na alta complexidade estão bem mais qualificados dentro dos custos operacionais da assistência via Programação Pactuada Integrada (PPI).

A Informação conclui que recursos próprios são repassados por solicitação dos municípios em concordância com suas necessidades, avaliadas por área técnica da SES, que valida ou não a pertinência no contexto municipal e regional, privilegiando assim a disponibilidade responsável dos recursos disponíveis para a saúde, frente às necessidades apontadas.

A Informação nº 003/2018 de 19 de abril de 2018 (fl. 3461), apresenta ações de planejamento da saúde, como reuniões sistemáticas com as áreas técnicas para a construção da

programação anual das ações de saúde; inclusão de ações estratégicas do Plano Estadual de Saúde na programação anual; aprovação da programação anual pelo Conselho Estadual de Saúde; previsão orçamentária para cada ação estratégica; monitoramento quadrimestral dos resultados alcançados para cada ação proposta; justificativas para o não cumprimento das metas e/ou não execução de ações estabelecidas no plano anual; apresentação quadrimestral dos instrumentos e planejamento e gestão ao Conselho Estadual de Saúde e Assembleia Legislativa.

Análise dos Comentários dos Gestores

Conforme informado, a SES está em processo de discussão e revisão da regionalização e que a construção do PDI depende do PDR, ou seja, a SES está buscando atualizar estes instrumentos para utilização conforme apresenta a legislação nacional para nortear as ações de saúde. Conforme o texto que apresenta o resultado da auditoria, a última atualização do PDR aconteceu em 2012, ou seja, há cinco anos, e a própria SES mencionou que está em processo de revisão.

Ao sugerir a elaboração e utilização de instrumentos de gestão nos moldes do PDR e PDI não se quis dizer que a SES não está planejando, que o que está sendo planejado não é eficaz ou que não se está atendendo às necessidades de saúde, mas que estes instrumentos podem contribuir para visualizar e operacionalizar de maneira mais ágil e focada às necessidades prioritárias de saúde, identificando em um único documento a estrutura de saúde regionalizada existente no Estado, com os equipamentos existentes, os investimentos, os custeios necessários a capacidade instalada, as necessidades de saúde regionalizadas e hierarquizadas e os fluxos e vazios assistenciais.

Assim, pela SES estar em fase de discussão e revisão destes instrumentos, entende-se que o item deve permanecer na conclusão deste trabalho para acompanhamento.

2.4.2.2 Analisar todas as propostas de trabalho ou estudos técnicos de solicitações de transferência de recursos por meio de convênio, mediante Parecer Técnico do setor de planejamento, conforme os arts. 17 e 18 do Decreto Estadual nº 127/2011

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3215)

O ex-Secretário somente informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3340)

Todas as solicitações de transferência de recursos por meio de convênio são submetidas a parecer jurídico e técnico aos setores competentes, em consonância com o Decreto nº 127/2011 (Anexo 15).

O Anexo 15, apresenta a Comunicação Interna nº 948/2018, de 28/06/2018 da Gerência de Convênios para a Consultoria Jurídica (fls. 3462/3463) e esta não apresenta informações quanto ao item 3.1.16 da conclusão do Relatório DAE nº 003/2018, referente a esta situação.

Análise dos Comentários dos Gestores

O Gestor informou que todas as solicitações de transferência de recursos por meio de convênios passam por parecer jurídico e técnico dos setores competentes, porém não foi o que se encontrou na análise documental dos convênios durante a execução da auditoria, portanto, este item continua para nova análise dos convênios em momento oportuno.

2.4.2.3 Estabelecer contrapartida obrigatória das entidades assistenciais que recebem recursos públicos por meio de convênio, com a prestação de serviços públicos de saúde, como um quantitativo ou percentual de prestação de serviços ao SUS, haja vista a reciprocidade de interesses dos partícipes na consecução do objeto a ser conveniado, com base nos arts. 14, 32 e 39 do Decreto nº 127/2011

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3215)

O ex-Secretário informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas. Acrescentou, ainda, que de acordo com as informações recebidas pela Gerência de Convênios (Anexo XII, fls. 3319/3320), relativamente a hipótese de contrapartida, poderá ser incluída, seguindo orientação do ordenador da Pasta e, em conjunto com a Superintendência de Planejamento buscar alternativas de aplicação com relação a quantitativos ou percentuais de prestação de serviços SUS para que seja incluída na cláusula do convênio a ser celebrado.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3340)

O Gestor apresentou que os convênios realizados pela SES são efetuados somente com entidades cadastradas no SIGEF que possuem finalidades estatutárias voltadas para a saúde e que para terem aprovação do cadastro é necessário atendimento mínimo de 60% SUS, conforme preconiza a Lei nº 12.101, de 27/11/2009 (Anexo 15, fls. 3462/3463).

Ainda, que os pareceres emitidos pelo setor de planejamento trazem informações sobre a unidade a ser beneficiada, contendo dados oficiais para balizar a decisão do ordenador

da Pasta, destacando que existem situações onde o aporte de recursos tem objetivo de auxiliar e incentivar o aumento e melhoria do atendimento em saúde.

Análise dos Comentários dos Gestores

Para entidades receberem recursos públicos por convênio é necessário que prestem atendimento mínimo de 60% SUS, no entanto, embora estas entidades estejam cadastradas no SIGEF, não foi o que se verificou-se na prática. Inclusive nada consta nos termos de convênios analisados, conforme determina o Decreto nº 127/2011: “Quando houver uma contrapartida por parte do conveniente esta deve estar disposta no instrumento que rege a transferência do recurso”. Pela manifestação do ex-Secretário, de acordo com a gerência de Convênios, é possível incluir a condição de contrapartida em cláusula de convênio a ser celebrado.

Conforme a Lei nº 12.101/2009 citada, art. 4º, II, para uma entidade de saúde ser considerada beneficente e fazer à certificação deve atender a alguns requisitos, dentre eles ofertar no mínimo 60% de serviços ao SUS. O art. 1º desta lei destaca que a certificação das entidades beneficentes de assistência social e a isenção de contribuições para a seguridade social serão concedidas às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação, e que atendam ao disposto nessa Lei, nada mencionado sobre transferência de recursos por convênio e contrapartida.

Portanto, permanece o item para acompanhamento e verificação futura.

2.4.2.4 Estabelecer normativa com critérios e condicionantes de viabilidade, a serem utilizados nas análises e aprovações dos planos de trabalho para transferência de recursos por meio de convênio (parecer técnico), como percentual mínimo de atendimento SUS e cadastramento no CNES

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3215)

O ex-Secretário somente informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3340)

Os convênios realizados pela SES são com entidades assistenciais que atendem a normativa prevista na Lei nº 12.101/2009, onde a oferta de serviços ao SUS tem percentual mínimo de 60% de atendimento (Anexo 15, fls. 3462/3463).

Análise dos Comentários dos Gestores

Conforme análise dos comentários dos Gestores constante no item 2.4.2.3 anterior, verificou-se que na prática nada consta sobre contrapartida nos termos de convênio analisados, conforme determina o Decreto nº 127/2011, apesar da Lei nº 12.101/2009 exigir.

Quanto ao estabelecimento de normativa com critérios e condicionantes a serem utilizados nas análises e aprovações dos planos de trabalho para transferência de recursos por meio de convênio, nada foi comentado pelos Gestores, portanto a situação encontrada que necessita de melhorias permanece.

2.4.2.5 Cessar a transferência de recursos dos convênios que não possuem parecer técnico de viabilidade do objeto ou que possuem parecer negativo do setor técnico da SES e que não se firme novos convênios sem a presença da aprovação no respectivo parecer, conforme os arts. 17, 53 e 72 do Decreto Estadual nº 127/2011

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fls. 3215/3216)

O ex-Secretário informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas, ressaltando que todos os convênios celebrados em 2017 passaram pela análise da área técnica e Consultoria Jurídica.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3341)

Todos as solicitações de transferência de recursos por meio de convênio são precedidas de parecer jurídico e parecer técnico dos setores competentes, observando o interesse público na sua celebração.

Análise dos Comentários dos Gestores

Os Gestores alegaram que todas as solicitações de transferência de recursos por meio de convênio são precedidas de parecer jurídico e parecer técnico dos setores competentes, contudo não foi o que se verificou na auditoria. Além disso, não foram apresentadas evidências que comprovem as afirmações, ademais pela inviabilidade da confirmação neste momento, entende-se por permanecer este item para verificação futura.

2.4.2.6 Negar a celebração de novos convênios de transferências de recursos enquanto a SES não possuir disponibilidade orçamentária e financeira para honrar com os compromissos já assumidos.

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3216)

O ex-Secretário disse que no exercício de 2017 os convênios celebrados foram realizados com o suporte orçamentário e financeiro mediante pareceres técnicos, contudo lembrou que caberá ao Gestor atual implementar a rotina no serviço público.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3341)

A Secretaria de Estado da Saúde seguindo os princípios da Universalidade, equidade e com objetivo de reduzir as desigualdades nos perfis de saúde existente entre as diversas regiões de Santa Catarina, prima para que os serviços e ações de saúde atendem a população integralmente, elencando em seu escopo de trabalho a distribuição de recursos, permitindo que a população tenha acesso a serviços e ações de saúde integrais (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) para regiões e parcelas da população que ainda não conseguem obter assistência de média e alta complexidade (Anexo15, fls. 3462/3463).

Análise dos Comentários dos Gestores

O ex-Secretário disse que em 2017 os convênios celebrados foram realizados com suporte orçamentário e financeiro mediante pareceres técnicos, enquanto o atual manifestou que prima para que os serviços e ações de saúde atendam a população integralmente, porém conforme manifestação inicial do Gestor atual constante no item 2.1.5.4 deste Relatório (fl. 3334, item b), em 06/07/2018 ainda existiam parcelas em aberto para repasses de convênios no valor total de R\$ 18.028.643,42, conforme Comunicação Interna nº 990/2018-GCONV-Anexo 6 (fls. 3374/3375).

Nada foi informado sobre a celebração de novos convênios a partir da auditoria, portanto entende-se que este item deve ser acompanhado, devendo permanecer na conclusão deste Relatório.

2.5 ACHADOS RELATIVOS À QUINTA QUESTÃO DE AUDITORIA

As ações decorrentes do Pacto por Santa Catarina na área da Saúde foram embasadas em critérios técnicos e o custeio futuro das obras foram considerados antes de sua execução?

Para responder esta questão de auditoria buscou-se conhecer o documento Pacto por Santa Catarina e o Programa Acelera Santa Catarina, com as ações da Secretaria de Estado da Saúde. Verificou-se, por meio de entrevistas, análise documental e buscas na internet, quais

ações requeriam melhor análise. Diante disso, analisou-se convênios, contratos e planos de trabalhos especificamente de construções, ampliações e reformas.

Em decorrência dessa análise, constatou-se ausência de pareceres técnicos sobre a relevância, viabilidade e necessidade das obras; ausência de estudos sobre os custos que as ações acarretarão futuramente para a SES e o Estado; falta de parâmetros e indicadores de mensuração; e ausência de acompanhamento por meio de auditorias.

Os achados de auditoria e as proposições de melhorias estão evidenciados na sequência.

2.5.1 Ausência de estudos de viabilidade técnica de obras e de custeio futuro

O Pacto por Santa Catarina foi um programa criado pelo governo do Estado via o Decreto nº 1.064, de 17 de julho de 2012, e reúne recursos do Tesouro Estadual, BNDES, Banco do Brasil, e outras agências de fomento. O programa é:

Composto por projetos de caráter estruturante e prioritário, envolvendo áreas sociais e técnicas que afetam a competitividade da economia catarinense, buscando garantir rápido avanço na estrutura e desenvolvimento do Estado. No âmbito social, os projetos escolhidos buscam melhorar a qualidade da estrutura dos serviços oferecidos à sociedade nas áreas da Saúde, da Educação, da Segurança Pública e de Proteção Social. No âmbito econômico, têm a função de melhorar e superar obstáculos à competitividade da economia catarinense, permitindo a redução do custo agregado aos produtos em razão da infraestrutura disponível.²⁰

De acordo com o documento, planejou-se gastar na área da saúde R\$ 731.989.673,81, sendo que R\$ 119.011.029,49 viriam de recursos estaduais. Até o momento que este relatório foi elaborado, já havia sido executado R\$ 335.318.246,12, sendo R\$ 330.235.608,44 já pagos. Ressalva-se que mesmo os gastos não vindo diretamente do Tesouro Estadual, estes representam valores devidos pelo Estado de Santa Catarina, uma vez que todos os empréstimos devem ser pagos em algum período de tempo.

O quadro a seguir expõe as principais ações do Pacto na área da saúde e seus respectivos gastos planejados:

Quadro 54: Principais Ações do Pacto por SC

Ação	Valor
Aquisição de Equipamentos	R\$ 232.416.909,80
Construções	R\$ 112.964.723,07

²⁰ <http://www.pactoporsc.sc.gov.br/index.php/sobre-o-pacto>, acesso em 23/11/2017

Ação	Valor
Ampliações e Reformas	R\$ 381.099.037,42

Fonte: <https://www.painelsc.sc.gov.br/projetolista.aspx?Sa%C3%BAdede,,,0>

A maior parte dos gastos na saúde pelo Pacto por Santa Catarina envolvem ampliações e equipamentos para os 18 hospitais públicos estaduais. Somente para o Hospital e Maternidade Tereza Ramos, foi planejado R\$ 105.056.666,66 para sua ampliação e outros R\$ 27.735.540,70 para aquisição de equipamentos.

Para este caso, solicitou-se a SES documentos que comprovassem estudos técnicos acerca da viabilidade, razoabilidade e demanda para tal obra, quando foi informado a inexistência de tais documentos. A única documentação obtida que diz respeito a esta obra, foram os contratos com os consórcios responsáveis pela construção (anexo), não havendo nenhum parecer técnico da Secretária de Saúde que justificasse tal ação e previsse o custeio que iria acarretar.

A taxa de ocupação do hospital em 2016 estava em 73%, abaixo do percentual constante na Instrução Técnica do Ministério da Saúde, o que indica baixa utilização da unidade e ineficiência da gestão do hospital.

O estudo econométrico elaborado por este Tribunal em outubro de 2017, onde analisou-se os índices de eficiência dos hospitais públicos estaduais de Santa Catarina, concluiu que o Hospital e Maternidade Tereza Ramos possui um índice quase mediano de eficiência, equivalendo a 0,52 entre 2012 e 2017 (este índice varia entre 0 e 1, sendo que quando mais próximo de 1, mais eficiente é o hospital).

Entre os 18 hospitais públicos estaduais, o Hospital Tereza Ramos ficou na 11ª colocação. A metodologia do estudo considerou como insumos a quantidade de leitos habilitados, o número de médicos, o número de outros funcionários da saúde e o gasto por leito. Baseado neste estudo, pode-se afirmar que este hospital poderia aumentar sua produção com os mesmos insumos hoje utilizados, se fossem utilizados de forma que maximizasse a produção.

Conforme exposto pela mídia no dia 09/11/2017 (<http://dc.clicrbs.com.br/sc/noticias/de-ponto-a-ponto/noticia/2017/11/eduarda-demeneck-pacientes-do-hospital-tereza-ramos-estao-sem-raios-x-e-mamografia-9995205.html>) e confirmado pelo Secretário da Saúde na mesma reportagem, o Hospital Tereza Ramos ficou algumas semanas sem a utilização de serviços de raio-x e mamografia por defeito nos equipamentos, demonstrando ausência de manutenção preventiva. Percebe-se o foco no gasto

com ampliações de hospitais, como foi o caso do Hospital Tereza Ramos, no entanto pouco se discute sobre o melhor gasto dos recursos já existentes.

Ou seja, mesmo com baixa utilização da Unidade e uma eficiência de grau médio, foi aprovada a ampliação do Hospital, sem parecer técnico da SES e sem previsão de custeio para fazer frente a nova estrutura e consequente demanda.

Programa Acelera Santa Catarina: Ações Secretaria de Estado da Saúde

Avaliou-se o documento “Programa Acelera Santa Catarina: Ações Secretaria de Estado da Saúde”, de 2012, que se refere às ações planejadas do Pacto para os hospitais públicos estaduais.

Ao analisar o documento, constatou-se que os planos de ação focam na atual capacidade dos hospitais como justificativa para as ações que percorreriam suas estruturas, mas estes são vagos, nem sequer citam a demanda reprimida que justifique as ações. Em muitos casos, simplesmente expõe-se qual seria o aumento de atendimentos com as ampliações dos hospitais, sem considerar qual o custeio que tais ações acarretariam para a Secretaria da Saúde.

Ao deparar-se com a atual crise financeira da SES, questiona-se a capacidade financeira da Secretaria para honrar os compromissos que serão gerados em decorrência de tais ampliações de hospitais, pois não estão contempladas em qualquer planejamento, não há conhecimento do impacto financeiro que tais ações representarão.

O Quadro 52 expõe as justificativas apresentadas por oito hospitais contemplados pelo Pacto e evidencia a falta de estudo técnico mínimo para que os investimentos decorrentes do Programa maximizem a efetividade dos gastos com a saúde catarinense.

Quadro 55: Justificativa das Ações do Pacto de oito hospitais analisados

HOSPITAL	JUSTIFICATIVA
Hospital Regional do Oeste	"A justificativa e relevância ficam evidenciadas quando conhecemos a unidade e entendemos sua importância para a região onde está inserida."
Hospital Marieta Konder	"A unidade realiza anualmente 450.000 atendimentos ano, nos diversos setores e especialidades, destes, 85% dos atendimentos são destinados aos pacientes SUS."
Instituto de Cardiologia	"A unidade divide a mesma estrutura física com o HRSJ, o que impede a implantação de novos serviços e/ou atualizações tecnológicas em virtude de limitação de espaço." O texto segue fazendo uma estimativa do aumento nos atendimentos após a construção de sede própria.
Hospital Hans Dieter Schmidt	De todas as ações previstas para o HHD, o documento justifica somente a implantação de um Hospital Dia, alegando que Hospital Dia "contribui para diminuir os tempos de internamento,

HOSPITAL	JUSTIFICATIVA
	proporcionando benefícios sócio-familiares, econômicos e psicológicos para os nossos doentes". Entretanto, a ampliação do número de leitos não veio com nenhuma justificativa técnica e embasada em dados, como por exemplo número sobre filas, ou uma taxa de ocupação que justifique a ampliação do número de leitos baseado em demanda.
Hospital Florianópolis	Não há qualquer justificativa para a ação de construção de sete novos pavimentos e dois andares subterrâneos de garagem. O documento somente destaca a capacidade atual do hospital e uma previsão para o aumento de atendimentos após as obras, mas não demonstra a metodologia para a previsão, nem justifica as ações via critérios técnicos de necessidade e relevância.
Hospital Tereza Ramos	O documento cita sucintamente uma agenda prolongada para seis meses os agendamentos de serviços de diagnóstico e tratamentos como raio-x, mamografia e ressonância magnética, sem dar mais detalhes. Cita também que o aumento dos leitos de internação consequentes das obras previstas possibilitará a eliminação da fila de espera. Entretanto, dados específicos sobre estes gargalos na oferta do hospital não foram apresentados, de forma que fica inexistente o planejamento numérico de como as obras iriam suprir a demanda reprimida mencionada.
Hospital Regional de Araranguá	A justificativa para as ações no HRA, de acordo com o documento, se deve devido à necessidade "de atualização e modernização e, para tanto, a aquisição de equipamentos médico hospitalares torna-se de fundamental importância, uma vez que esta demanda não só virá em atenção ao paciente, reduzindo fila de espera e os deslocamentos de longas distâncias para realizar os exames, mas também irá contribuir para melhoria da qualidade dos serviços e aumento da sua resolutividade." Nota-se assim, uma justificativa vaga para as ações deste hospital, uma vez que não foram citados dados de demanda e oferta, e não há uma clara relação como obras no hospital reduziriam deslocamentos de longas distâncias para a realização de exames.
Hospital São Paulo	O documento não especifica nenhuma justificativa quanto as ações miradas para o Hospital São Paulo, somente cita as atuais capacidades de atendimento do hospital. O projeto previu a construção de uma nova área de 2.000 m².

Fonte: Programa Acelera Santa Catarina

Reformas e ampliações de hospitais que não são geridos pelo Estado

Outro ponto que merece destaque acerca dos gastos com o Pacto por Santa Catarina são as reformas e ampliações de hospitais que não são geridos pelo Estado, como é o caso dos hospitais filantrópicos, contratados e credenciados (hospitais estes, que não atendem exclusivamente pelo SUS). O Quadro a seguir apresenta os gastos com ações do Pacto para alguns destes hospitais, sua respectiva taxa de ocupação e sua porcentagem de leitos SUS.

Quadro 56: Ações de Reformas do Pacto para Outros Hospitais

Hospital	Valor da Ação do Pacto (R\$)	Regime	Taxa de Ocupação	Leitos	Leitos SUS	% Leitos SUS
Reforma e Adequação do Serviço de Hemodinâmica Hospital Maicé - Caçador	2.575.000,00	Filantropico	56%	135	87	64%
Reforma e Ampliação da Imagenologia e ala Psiquiátrica do Hospital Nossa Sra. da Conceição-Urussanga	956.101,52	Filantropico	45%	110	87	79%
Reforma e Ampliação da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana Hospital Santa Isabel-Blumenau	2.290.503,70	Filantropico	86%	288	193	67%
Reforma e Ampliação do Hospital Bom Jesus - Ituporanga	667.231,22	Filantropico	61%	70	62	89%
Reforma e ampliação da Unidade de Internação do Hospital São Vicente de Paulo - Mafra	2.111.500,00	Filantropico	44%	106	76	72%
Reforma e Ampliação do Hospital Regional de Palmitos	868.290,00	Contrato	61%	72	62	86%
Reforma e Ampliação do Hospital e Maternidade Dona Lisette - Taió	1.151.635,60	Credenciado	11%	37	35	95%

Fonte: DATASUS, COSEMS e site do Pacto por SC

Somente as ações citadas acima já ultrapassam R\$ 10.000.000,00. Analisou-se os documentos relevantes destas ações à procura de padrões ou justificativas que explicassem a motivação dos investimentos. Primeiramente ressalva-se que não foi encontrado nenhum Plano de Trabalho ou parecer técnico para o Hospital Bom Jesus, o Hospital e Maternidade Dona Lisette, o Hospital Maicé, o Hospital de Palmitos nem o Hospital Nossa Senhora da Conceição (nestes casos, existe somente a justificativa do pedido feito pelo próprio hospital).

A justificativa da reforma e adequação para o Hospital Maicé de Caçador se baseia na “preocupação e foco voltados ao conforto e bem-estar dos usuários”.

Para o Hospital Bom Jesus de Ituporanga, a justificativa foi o artigo 196 da Constituição Federal, que diz que a saúde é um direito de todos, e que a inatividade parcial na sua Unidade de Urgência e Emergência e Centro de Diagnostico de Imagem por conta de uma reforma, compromete o desempenho da equipe de trabalho por falta de espaço físico (neste ponto, ressalva-se a taxa de ocupação de 61% deste hospital).

Já as ações do Hospital Santa Isabel e do Hospital São Vicente de Paulo possuem Planos de Trabalho.

Enquanto a justificativa encontrada no plano de trabalho do Hospital Santa Isabel cita uma demanda reprimida (mesmo sem evidenciar com números), o Hospital São Vicente de Paulo cita que o Hospital já possui toda a estrutura e recursos humanos necessário para o

atendimento dos pacientes. Em nenhuma das ações encontrou-se parecer técnico da Secretaria da Saúde, com a descrição de viabilidade de necessidade das obras.

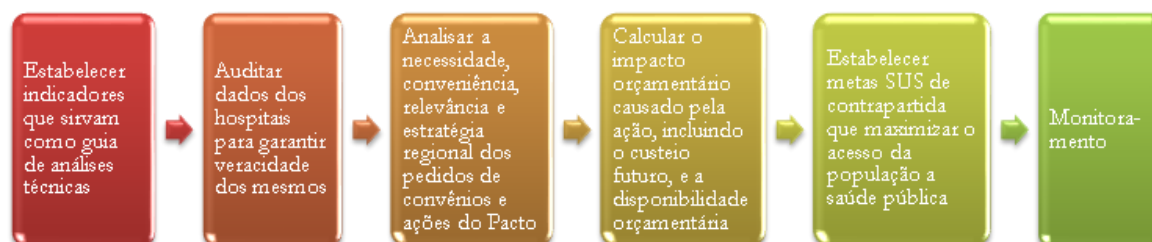
É importante ressaltar assim, que o Estado, via Pacto por Santa Catarina, custeia obras de municípios e hospitais que também atendem particular. Assim, novos leitos e quartos hospitalares resultantes de ações do Pacto acabam tendo suas produções divididas entre SUS e particular.

Ao ser questionada sobre auditorias que visam atestar a regularidade das ações do Pacto, para garantir que estas ações estão sendo utilizadas para atender a população dependente do SUS, a Gerência de Convênios da SES informou que, atualmente, não é feito auditorias para garantia que o serviço e produção relativa as ações do Pacto estão sendo direcionadas para pacientes SUS.

A SES possui em sua estrutura, além de gerências de planejamento e controle, Controle Interno e Gerência de Auditoria. O Controle Interno informou que está começando a realizar trabalhos de verificação de processos de convênio. A auditoria Interna informou que tem realizado auditorias somente de qualidade do SUS.

A intenção do Pacto por Santa Catarina de aprimorar a saúde do Estado é louvável, entretanto, faz-se necessário parametrizar as prioridades possibilitando o melhor uso do recurso público. Além disso, faz-se necessário estudos sobre o custeio que as ações acarretarão para a Secretaria de Saúde. Fica evidente a necessidade de planejamento bem detalhado, estratégico e transparente da SES.

O esquema a seguir demonstra ordem lógica necessária para o acompanhamento das ações do Pacto, desde a análise de viabilidade da aplicação dos recursos até o monitoramento da contrapartida que deveria ser estabelecida:



Assim sendo, cabe à Secretaria de Estado da Saúde:

- Estabelecer indicadores regionais e de demanda que sirvam como guia para a alocação dos devidos recursos serem investidos com relevância técnica e real necessidade local;
- Analisar a viabilidade econômica e técnica dos pedidos de celebração de convênios e ações do Pacto por SC, que incluam critérios por meio de pareceres técnicos;
- Criar metas de produção SUS para toda construção ou ampliação de hospitais, mensurando assim o retorno dos investimentos para a saúde do Estado;
- Estabelecer que a Gerência de Auditorias elabore e execute calendários de auditorias anuais com a finalidade de comprovar o correto uso de recursos de convênios e Pacto por SC, sua razoabilidade, relevância e resultado;
- Rever as ações do Pacto por Santa Catarina até que o devido cálculo do custeio futuro seja feito e que haja comprovação da SES sobre a disponibilidade orçamentária para honrar com os compromissos estabelecidos nas ações do mesmo.

A Secretaria de Estado da Saúde deve considerar a relevância, a razoabilidade e a necessidade dos gastos quando se tratar de recursos provenientes de convênios ou ações de programas de desenvolvimento como o Pacto por Santa Catarina. Espera-se que a demanda seja um fator importante na análise da viabilidade destas ações, uma vez que a construção de um hospital ou sua ampliação gera despesas contínuas como contratação de novos funcionários, energia elétrica, materiais médicos, medicamentos, etc.

2.5.2 Comentários do Gestores

2.5.2.1 Estabelecer indicadores regionais e de demanda que sirvam como guia para a alocação dos devidos recursos serem investidos com relevância técnica e real necessidade local

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3216)

O ex-Secretário somente informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3341)

Sobre esta indicação, o Gestor comunicou que a Superintendência de Regulação, por meio das Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIHs) e Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA), com a organização da fila de espera, consultas e exames dos procedimentos cirúrgicos, por Macrorregião da Saúde, proporciona condições reais de planejar e fomentar ações voltadas aos indicadores de acesso e de assistência, permitindo por meio do conhecimento da real necessidade da população/oferta existente, a identificação dos serviços mais adequados.

Análise dos Comentários dos Gestores

O gestor atual informou que já planeja e fomenta ações por meio de indicadores de acesso e de assistência obtidos das centrais de regulação como filas de espera, consultas e exames de procedimentos cirúrgicos, que permitem o conhecimento da real necessidade da população com a oferta existente, apesar disso, entende-se que a SES deve ir além, estabelecendo quais indicadores regionais devem ser medidos e monitorados para que sirvam como guia para a alocação de recursos, principalmente pela sua escassez, inclusive para a definição dos investimentos em obras, neste caso as constantes no Pacto por Santa Catarina, o que não era feito conforme conclusões da auditoria. Com isso, permanece o item.

2.5.2.2 Analisar a viabilidade econômica e técnica dos pedidos de celebração de convênios e ações do Pacto por SC, que incluam critérios por meio de pareceres técnicos

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3216)

No exercício de 2017, com relação aos projetos do programa Pacto por Santa Catarina, todos os pedidos passaram pelo crivo da área técnica e consultoria jurídica, tendo sido submetidos a consulta junto aos bancos financiadores.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3342)

Com relação ao critério técnico para definição de quais projetos seriam atendidos pelo Programa Pacto por Santa Catarina, a Gerência de Convênios informou que foi apresentado ao banco financiador projetos com indicadores, distribuição das unidades hospitalares no Estado, demanda e oferta por região e a realidade de atendimento, demonstrando a necessidade de ampliação da oferta de serviços em saúde para a melhoria da qualidade de vida da população catarinense (Anexo 15).

Análise dos Comentários dos Gestores

Apesar da manifestação dos Gestores indicarem que os projetos para transferência de recursos por convênio passaram por análises técnica e jurídica e foram submetidos a consulta e análise aos bancos financiadores, conforme apresentado neste Relatório, no item 2.5.1, nos casos dos processos analisados na auditoria, a própria SES informou da inexistência de estudos técnicos da viabilidade das obras e de seus custos futuros.

A informação confirmada refere-se ao encaminhamento de documentos aos bancos financiadores com o objetivo de viabilizar o financiamento, conforme exigências, porém estes não têm o intuito de analisar critérios de necessidade, conforme um parecer técnico com critérios pré-definidos teria.

Disso, permanece o item para verificação futura.

2.5.2.3 Criar metas de produção SUS para toda construção ou ampliação de hospitais, mensurando assim o retorno dos investimentos para a saúde do Estado

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fls. 3216/3217)

O ex-Secretário somente informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3342)

O Gestor avisou que a Superintendência de Regulação, por meio da Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS (DIPA), está elaborando termos de compromisso para cada hospital sob gestão estadual para proceder atualização e/ou elaboração de Planos Operativos dos Hospitais, fazendo com que a oferta de serviços especializados seja dimensionada e auxilie no planejamento das ações de forma qualificada. A partir dos planos operativos elaborados, poderá ser criada meta de produção SUS.

Análise dos Comentários dos Gestores

O Gestor comunicou as medidas que estão sendo tomadas para a criação de metas de produção SUS para os hospitais com gestão estadual, diante disso, este Tribunal deve acompanhar o andamento e a evolução das ações no atendimento à melhoria sugerida quanto a este item.

2.5.2.4 Estabelecer que a Gerência de Auditorias elabore e execute calendários de auditorias anuais com a finalidade de comprovar o correto uso de recursos de convênios e Pacto por SC, sua razoabilidade, relevância e resultado

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3217)

O ex-Secretário somente informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3342)

O Gestor informou que a Gerência de Auditoria da SES realizará auditorias programadas a partir da definição do planejamento das ações pactuadas nas auditorias anuais. A Superintendência de Regulação, com a Superintendência de Planejamento e Gabinete do Secretário de Estado da Saúde definirão para os exercícios 2018 e 2019 quais serão as demandas programadas prioritárias à Gestão.

Análise dos Comentários dos Gestores

O Gestor informou que realizará auditorias com base na definição do planejamento das ações pactuadas nas auditorias anuais e que serão definidas as demandas prioritárias à gestão, portanto, este idem deve permanecer para verificação de sua execução.

2.5.2.5 Rever as ações do Pacto por Santa Catarina até que o devido cálculo do custeio futuro seja feito e que haja comprovação da SES sobre a disponibilidade orçamentária para honrar com os compromissos estabelecidos nas ações do mesmo

Comentários do Gestor Vicente Augusto Caropreso (fl. 3217)

O ex-Secretário somente informou que caberá ao atual Gestor tomar as medidas sugeridas.

Comentários do Gestor Acélio Casagrande (fl. 3343)

Os projetos do Programa Pacto por Santa Catarina foram deliberados pelo Gabinete à época de sua implantação, e conforme orientação, os mesmos foram submetidos aos bancos financiadores e aprovados. Com relação ao custeio futuro, o Gestor informou que estão sendo analisados, conforme os projetos estão sendo concluídos em conjunto com a entidade beneficiada, buscando a melhor alternativa para atendimento e melhoria da saúde da população catarinense.

Análise dos Comentários dos Gestores

Conforme o Gestor atual, os projetos do Pacto por Santa Catarina, criado em 2012 pelo Decreto nº 1064, foram deliberados à época de sua implantação, submetidos aos bancos financiadores e aprovados. Da análise deste programa encontrou-se que se planejou gastar na área da saúde R\$ 731.989.673,81 e que até o final da auditoria já havia sido executado R\$ 335.318.246,12, sendo R\$ 330.235.608,44 já pagos, ou seja havia sido executado 45,81% do planejado. Além disso, verificou-se que as obras previstas não previam o seu custeio futuro.

Com isso, para honrar com os compromissos estabelecidos com as obras já executadas, incluindo-se os financiamentos que representam valores devidos pelo Estado, pelo momento econômico vivido e a dívida da saúde existente, pede-se cautela e revisão das ações ainda não executadas, apesar de já deliberadas e aprovadas, incluindo o estudo dos seus custeios, antes do aval para início de uma nova obra para verificação de sua viabilidade orçamentária e financeira presente e futura. Disso, entende-se por permanece o item.

3. CONCLUSÃO

Após finalizado o trabalho de auditoria, chega-se a algumas conclusões quanto a situação da saúde do Estado.

Santa Catarina possui atualmente uma dívida na área da Saúde de estimados **R\$ 1.083.958.642,18 (Um bilhão, oitenta e três milhões, novecentos e cinquenta e oito mil, seiscentos e quarenta e dois reais e dezoito centavos)**, que decorre de uma série de fatores, na sua maioria levantados durante a fiscalização realizada.

É fato que a participação da União no total de gastos com saúde vem diminuindo, e com isso há a necessidade de aplicação de mais recursos pelos Estados e Municípios, rearranjo este que teve um impacto ainda maior sobre as contas dos entes estaduais e municipais com a crise econômica iniciada em 2014.

Soma-se a este novo cenário a situação de que a parcela do orçamento público geral destinada à área não é capaz de atender a proposta brasileira de saúde universal. Além da questão orçamentária conta com barreira cultural que precisa ser superada, pois a concepção de universalização da saúde só é viável se a atenção básica for eficiente, possibilitando a prevenção, já que a média e alta complexidade são extremamente onerosas aos cofres públicos.

No entanto, isso não vem ocorrendo, pois uma grande parte dos procedimentos da atenção básica são atendidos em hospitais, quando deveriam ser absorvidos por instalações

menos sofisticadas, como as UPAs. Um exemplo que ratifica tal afirmação é o fato de termos como procedimento hospitalar mais realizado no Estado o tratamento de gripe.

Assim, considerando o cenário financeiro negativo somado a aspectos culturais que vão de encontro às premissas básicas do SUS, faz-se necessário o aperfeiçoamento imediato da gestão como um todo. É o momento de conseguir se fazer mais com menos, cita-se como exemplo o estudo realizado recentemente pelo TCE-SC relativo à gestão dos hospitais estaduais, por meio do qual demonstra-se que a boa gestão é capaz de trazer 46% a mais de eficiência a uma unidade hospitalar.

Necessário também enfatizar a gestão dos gastos e orçamentos públicos. Não há como gerir uma pasta tão específica sem ao menos conhecer os custos necessários para tocar a estrutura atual.

Em relação ao crescimento da dívida da saúde, dois aspectos foram fundamentais. Primeiro, houve acréscimos de despesas sem o devido critério. Este foi o caso dos reajustes contratuais feitos para as OSS estaduais em 2014, que geraram um aumento de R\$ 116 milhões nas despesas, sem que as metas das unidades hospitalares fossem alteradas na mesma proporção.

Segundo, os gastos com pessoal da SES, item da despesa mais importante para a prestação dos serviços de saúde, cresceram vertiginosamente nos últimos anos sem haver respaldo financeiro para este aumento.

Além disso, há de se considerar o orçamento inconsistente, resultando na ausência de planejamento das ações da saúde, de critérios para alocação dos recursos, entre outros.

Entende-se que é o momento de apresentar soluções e não culpados, de apresentar projetos estratégicos e soluções para as questões levantadas, visando minimizar a dívida e melhorar a prestação dos serviços de saúde à população.

Assim, em função da demanda suscitada pelo Ministério Público do Estado de Santa Catarina, mesmo tratando-se de versão preliminar do relatório, onde não houve manifestação do gestor quanto ao presente relatório, sugere-se o encaminhamento imediato do material ao solicitante, para que possa ter conhecimento do estudo realizado. Paralelamente, sugere-se a continuidade da tramitação regimental interna.

Com base em todo o exposto e;

I – Considerando que a auditoria operacional compreende o exame de funções, subfunções, programas, projetos, atividades, operações especiais, ações, áreas, processos, ciclos

operacionais, serviços e sistemas governamentais com o objetivo de emitir comentários sobre o desempenho dos órgãos e entidades da administração pública estadual e municipal, e sobre o resultado de projetos realizados pela iniciativa privada sob delegação, ou mediante contrato de gestão ou congêneres, bem como sobre o resultado das políticas, programas e projetos públicos, pautado em critérios de economicidade, eficiência, eficácia e efetividade, equidade, ética e proteção ao meio ambiente, além dos aspectos de legalidade (art. 1º da Resolução N. TC-79/2013);

II - Considerando a importância dos comentários e/ou justificativas do gestor público acerca das constatações apuradas durante a realização da auditoria, a fim de precisar o diagnóstico e facilitar o plano de ação a ser proposto pelo jurisdicionado;

III - Considerando que o Relatório de Auditoria, após o pronunciamento do responsável, será encaminhado ao Conselheiro Relator, ouvido o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas, para que seja proferida a decisão no Tribunal Pleno, contendo determinações e recomendações ao gestor público;

IV - Considerando que o Tribunal Pleno poderá determinar ao responsável pela unidade auditada a apresentação de plano de ação para cumprimento das determinações e implementação das recomendações (art. 5º, III, da Resolução N. TC-79/2013);

V - Considerando que o plano de ação a ser apresentado pelo gestor será analisado por esta Diretoria e, se aprovado, terá a natureza de um compromisso acordado entre o Tribunal e os gestores responsáveis pelo órgão ou entidade, servindo de base para acompanhamento do cumprimento das determinações e da implementação das recomendações, autuado em processo específico de monitoramento (art. 7º e 8º da Resolução nº. TC-79/2013);

A Diretoria de Atividades Especiais sugere ao Exmo. Sr. Relator:

3.1 Conhecer o Relatório de Auditoria Operacional realizada na Secretaria de Estado da Saúde para avaliar a Dívida do Estado na Saúde que abrangeu o período de 2012 a 2017, até 30/09/2017;

3.2 Conceder a Secretaria de Estado da Saúde, o prazo de 30 dias, a contar da data da publicação desta Deliberação no Diário Oficial Eletrônico - DOTC-e, com fulcro no inciso III do art. 5º da Resolução nº TC-079/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal de Contas, Plano de Ação (apenso) contendo as medidas a serem adotadas, os prazos

para a adoção das providências e os responsáveis visando ao atendimento das seguintes determinações e recomendação:

3.2.1 Determinações:

3.2.1.1 Empenhar as despesas em sua totalidade, obedecendo os estágios da despesa pública, bem como empenhamento global das despesas decorrentes de contratos, banindo assim a prática do reforço de empenho, conforme previsto na Lei n. 4.320/1964 (item 2.1 deste Relatório);

3.2.1.2 Observar rigorosamente todos os estágios da despesa pública, de acordo com o Capítulo III da Lei n. 4.320/1964 (item 2.3 deste Relatório);

3.2.1.3 Elaborar e utilizar instrumento de planejamento eficaz (diagnóstico) que identifique a estrutura, os equipamentos existentes, os investimentos, os custeios necessários a capacidade instalada, as necessidades de saúde regionalizadas e hierarquizadas e os fluxos e vazios assistenciais, nos moldes do Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimento, conforme o disposto na Portaria MS nº 399/2006, Pacto pela Saúde - Anexo II – item III - Pacto de Gestão (item 2.4.1 deste Relatório);

3.2.1.4 Analisar todas as propostas de trabalho ou estudos técnicos de solicitações de transferência de recursos por meio de convênio, mediante Parecer Técnico do setor de planejamento, conforme os arts. 17 e 18 do Decreto Estadual nº 127/2011 (item 2.4.1 deste Relatório);

3.2.1.5 Cessar a transferência de recursos dos convênios que não possuem parecer técnico de viabilidade do objeto ou que possuem parecer negativo do setor técnico da SES e se abster de firmar novos convênios sem a presença da aprovação no respectivo parecer, conforme os arts. 17, 53 e 72 do Decreto Estadual nº 127/2011 (item 2.4.1 deste Relatório);

3.2.2 Recomendações

3.2.2.1 Regularizar o aval da gerência orçamentária antes de efetuar qualquer tipo de contratação, visto que este setor deve ter o controle do orçamento, sabendo se existe ou não dotação orçamentária para as aquisições (item 2.1 deste Relatório);

3.2.2.2 Aprovar o regimento interno da SES, visando clarear as responsabilidades e subordinações dos diversos setores, minimizando o conflito de competências existente (item 2.1 deste Relatório);

3.2.2.3 Realizar estudos necessários a viabilizar a amortização da dívida da saúde no menor tempo possível, considerando a continuidade da prestação do serviço, e aplicar as conclusões obtidas com o mesmo (item 2.1 deste Relatório);

3.2.2.4 Implantar o Módulo de Gestão Contratos do SIGEF, possibilitando a gestão dos contratos da Saúde em sua totalidade (item 2.1 deste Relatório);

3.2.2.5 Estabelecer nos contratos (ativos e novos) com Organizações Sociais (OS) metas baseadas em critérios plausíveis e desafiadores, com o respectivo controle do atingimento das mesmas e reajustá-los mediante comprovação de viabilidade financeira e operacional (item 2.2 deste Relatório);

3.2.2.6 Reavaliar individualmente a conformidade do pagamento de sobreaviso para os 2.849 servidores da SES que recebem a indenização na atualidade e defina critérios para elaboração da escala deste serviço, mediante necessidade real (item 2.2 deste Relatório);

3.2.2.7 Reduzir a quantidade de servidores que recebem a indenização de sobreaviso de forma imediata em pelo menos 50%, de modo a gerar uma economia de aproximadamente R\$ 31,8 milhões ao ano, em virtude da ausência de critério para definição da necessidade dos profissionais que recebem este pagamento e a evidente desnecessidade de parte deles (item 2.2 deste Relatório);

3.2.2.8 Normatizar e implantar metodologia de gestão de custo, em parceria com a SEF, fazendo com que as receitas previstas comportem os custos existentes, estabelecendo, se necessário, teto orçamentário (item 2.3 deste Relatório);

3.2.2.9 Normatizar competências das gerências da SES visando extinguir o conflito de competências existente e regularizar fluxo correto dos processos internos, de forma que esteja assegurado que novas aquisições, contratações, obras, etc., só sejam realizadas mediante viabilidade financeira (com o respectivo aval da gerência responsável) para execução e seu custeio (item 2.3 deste Relatório);

3.2.2.10 Elaborar levantamento em parceria com a SEF do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, adequar metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF (item 2.3 deste Relatório);

3.2.2.11 Regulamentar, com base na consolidação da legislação específica existente, políticas, processos e procedimentos, visando a elaboração de orçamento condizente com a

realidade do Estado, tendo como base critérios técnicos e demanda existente (elaboração do custo real da saúde do Estado) para as despesas e análises realistas para o dimensionamento das receitas (item 2.3 deste Relatório);

3.2.2.12 Habilitar o módulo de Gestão de Contratos na SES, de forma que a SEF também tenha acesso, possibilitando a gestão dos contratos e o empenhamento global dos mesmos (item 2.3 deste Relatório);

3.2.2.13 Estabelecer normativa com critérios e condicionantes de viabilidade, a serem utilizados nas análises e aprovações dos planos de trabalho para transferência de recursos por meio de convênio, como percentual mínimo de atendimento SUS e cadastramento no CNES (item 2.4.1 deste Relatório);

3.2.2.14 Estabelecer contrapartida obrigatória das entidades assistenciais que recebem recursos públicos por meio de convênio, com a prestação de serviços públicos de saúde, como um quantitativo ou percentual de prestação de serviços ao SUS, haja vista a reciprocidade de interesses dos partícipes na consecução do objeto a ser conveniado, com base nos arts. 14, 32 e 39 do Decreto nº 127/2011 (item 2.4.1 deste Relatório);

3.2.2.15 Abster-se de celebrar novos convênios de transferências de recursos enquanto a SES não possuir disponibilidade orçamentária e financeira para honrar com os compromissos já assumidos (item 2.4.1 deste Relatório);

3.2.2.16 Estabelecer indicadores regionais e de demanda que sirvam como guia para os devidos recursos serem investidos com relevância técnica e real necessidade local (item 2.5 deste Relatório (item 2.4.1 deste Relatório);

3.2.2.17 Analisar a viabilidade econômica e técnica dos pedidos de celebração de convênios e ações do Pacto por SC, que incluam critérios por meio de pareceres técnicos (item 2.5 deste Relatório);

3.2.2.18 Criar metas de produção SUS para toda construção ou ampliação de hospitais, mensurando assim o retorno dos investimentos para a saúde do Estado (item 2.5 deste Relatório);

3.2.2.19 Estabelecer que a Gerência de Auditorias da SES elabore e execute calendários de auditorias anuais com a finalidade de comprovar o correto uso de recursos de convênios e Pacto por SC, sua razoabilidade, relevância e resultado (item 2.5 deste Relatório);

3.2.2.20 Rever as ações do Pacto por Santa Catarina na área da Saúde até que o devido cálculo do custeio futuro seja feito e que haja comprovação da SES sobre a disponibilidade orçamentária para honrar com os compromissos estabelecidos nas ações do mesmo (item 2.5 deste Relatório);

3.3. Conceder a Secretaria de Estado da Fazenda, o prazo de 30 dias, a contar da data da publicação desta Deliberação no Diário Oficial Eletrônico - DOTC-e, com fulcro no inciso III do art. 5º da Resolução nº TC-079/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal de Contas, Plano de Ação (apenso) contendo as medidas a serem adotadas, os prazos para a adoção das providências e os responsáveis visando ao atendimento das seguintes determinações e recomendação:

3.3.1 Recomendações:

3.3.1.1. Elaborar levantamento em parceria com a SES do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, adequar metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF (item 2.3.4.1. deste Relatório);

3.3.1.2. Normatizar e implantar metodologia de gestão de custo, em parceria com a SES, fazendo com que as receitas previstas comportem os custos existentes, estabelecendo, se necessário, teto orçamentário (item 2.3.4.2. deste Relatório);

3.4. Recomendar à Diretoria de Atos de Pessoal (DAP) desta Corte de Contas que realize auditoria específica na indenização de sobreaviso pagos pela Secretaria de Estado da Saúde, de forma que seja possível mapear os critérios adotados e a necessidade real dos dispêndios efetuados (item 2.2 deste Relatório);

3.5. Dar conhecimento do presente relatório ao Tribunal de Contas da União para verificar a conveniência e oportunidade de se realizar auditoria, ou outro processo de fiscalização, acerca da queda do volume de recursos das transferências na área da Saúde da União para os Estados e Municípios (item 2.2 deste Relatório);

3.6. Dar ciência da Decisão, do Relatório e do Voto do Relator, do Relatório Técnico que a fundamentam à Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado da Fazenda, ao Governador do Estado, ao Ministério Público Estadual de Santa Catarina e à Assessoria de Comunicação desta Corte (Acom) para que possa promover o conhecimento da sociedade sobre os resultados da auditoria, possibilitando o controle social.

É o Relatório.

Diretoria de Atividades Especiais, em 07 de fevereiro de 2019.

ANTÔNIO FELIPE OLIVEIRA RODRIGUES
Auditor Fiscal de Controle Externo

SILVIO BHERING SALLUM
Auditor Fiscal de Controle Externo

MICHELLE FERNANDA DE CONTO EL ACHKAR
Auditora Fiscal de Controle Externo
Coordenadora de Controle da DAE

MONIQUE PORTELLA
Auditora Fiscal de Controle Externo
Diretora da DAE

Encaminhem-se os Autos à elevada consideração do Exmo. Sr. Relator Luiz Eduardo Cherem, ouvido preliminarmente o Ministério Público junto ao Tribunal de Contas.

Órgão:	
Decisão nº:	Processo:

DETERMINAÇÃO	MEDIDA(S) A SEREM ADOTADA(S)	PRAZO PARA IMPLEMENTAÇÃO	RESPONSÁVEL(IS)
(Transcrever o item da decisão)	.		
RECOMENDAÇÃO	MEDIDA(S) A SEREM ADOTADA(S)	PRAZO PARA IMPLEMENTAÇÃO	RESPONSÁVEL(IS)
(Transcrever o item da decisão)			

Responsável pelo preenchimento do Plano de Ação:	
Cargo:	Data:
Assinatura:	

ORIENTAÇÕES:

- Art. 6º da Resolução nº TC 79/2013 - Plano de Ação é o documento elaborado pela unidade auditada que contemple as ações que serão adotadas para o cumprimento das determinações e implementação das recomendações, que indique os responsáveis e estabeleça os prazos para realização de cada ação.
- A informação que deve ser colocada na coluna “medidas a serem adotadas” deve ser uma medida adotada entre a execução da auditoria e a apresentação do plano de ação que tenha cumprido a determinação ou que venha a ser adotada a partir da apresentação deste plano.
O prazo de implementação deve ser uma data final, por exemplo: até 31/03/2014.
- Na coluna “responsável” deve ser colocado o nome, o setor, o telefone e/ou e-mail de contato.
- A citação aos anexos deve ficar na coluna “medida a ser adotada”.
- O Plano de Ação deve ser encaminhado ao TCE preenchido, no prazo fixado na Decisão, por meio de ofício assinado pelo responsável do Órgão/Entidade.

Processo n.: @RLA 17/00850315

Assunto: Auditoria Operacional para levantar a dívida do Estado na Saúde

Responsáveis: Paulo Eli, Acélio Casagrande e Vicente Augusto Caropreso

Unidade Gestora: Secretaria de Estado da Saúde

Unidade Técnica: DAE

Decisão n.: 363/2019

O TRIBUNAL PLENO, diante das razões apresentadas pelo Relator e com fulcro nos arts. 59 da Constituição Estadual e 1º da Lei Complementar n. 202/2000, decide:

1. Conhecer do **Relatório DAE n. 003/2018** de Auditoria Operacional realizada na Secretaria de Estado da Saúde para avaliar a dívida do Estado na Saúde, com abrangência ao período de 2012 a 2017, até 30/09/2017.

2. Conceder à Secretaria de Estado da Saúde o **prazo de 30 (trinta) dias**, a contar da data da publicação desta deliberação no Diário Oficial Eletrônico do TCE - DOTC-e, com fulcro no inciso III do art. 5º da Resolução n. TC-079/2013, de 06 de maio de 2013, para que apresente a este Tribunal de Contas Plano de Ação (apenso) contendo as medidas a serem adotadas, os prazos para a adoção das providências e os responsáveis visando ao atendimento das seguintes determinações e recomendação:

2.1. Determinações:

2.1.1. Empenhar as despesas em sua totalidade, obedecendo aos estágios da despesa pública, bem como empenhamento global das despesas decorrentes de contratos, banindo assim a prática do reforço de empenho, conforme previsto na Lei n. 4.320/1964 (item 2.1 do Relatório DAE);

2.1.2. Observar rigorosamente todos os estágios da despesa pública, de acordo com o Capítulo III da Lei n. 4.320/1964 (item 2.3 do Relatório DAE);

2.1.3. Elaborar e utilizar instrumento de planejamento eficaz (diagnóstico) que identifique a estrutura, os equipamentos existentes, os investimentos, os custeios necessários a capacidade instalada, as necessidades de saúde regionalizadas e hierarquizadas e os fluxos e vazios assistenciais, nos moldes do Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimento, conforme o disposto na Portaria MS n. 399/2006, Pacto pela Saúde - Anexo II – item III - Pacto de Gestão (item 2.4.1 do Relatório DAE);

2.1.4. Analisar todas as propostas de trabalho ou estudos técnicos de solicitações de transferência de recursos por meio de convênio, mediante Parecer Técnico do setor de planejamento, conforme os arts. 17 e 18 do Decreto (estadual) n. 127/2011 (item 2.4.1 do Relatório DAE);

2.1.5. Abster-se de firmar novos convênios em que inexistam parecer técnico de viabilidade do objeto ou que possuam parecer negativo do setor técnico da SES, reanalisando a conveniência e oportunidade de manter as transferências para convênios já existentes quando identificados os referidos problemas, conforme os arts. 17, 53 e 72 do Decreto (estadual) n. 127/2011 (item 2.4.1 do Relatório DAE);

2.1.6. Proceder ao levantamento junto aos Municípios catarinenses do impacto na dívida da saúde das alterações promovidas no “Programa Mais Médicos”, que geraram a saída de grande volume de médicos estrangeiros que prestavam serviços na atenção básica.

2.1.7. Atualizar o valor da dívida da Secretaria de Estado da Saúde, apurada na Auditoria, demonstrar a amortização já realizada e apresentar plano futuro para integral quitação, apontando quais serão as ações do Estado em face da decisão do Supremo Tribunal Federal na ADI n. 5897, ajuizada contra a EC n. 72/2016;

2.1.8. Aprovar o regimento interno da SES, visando detalhar as responsabilidades e subordinações dos diversos setores, minimizando o conflito de competências existente e definindo a autoridade que legalmente responderá pelos setores (item 2.1 do Relatório DAE);

2.1.9. Incluir na proposta orçamentária da LOA do Estado de Santa Catarina percentual específico, compatível com a média de gastos com saúde nos últimos 5 anos, e considerando a tendência de crescimento das despesas, para cumprimento de decisões judiciais no contexto da judicialização de políticas públicas da saúde, conforme o art. 198, § 2º, II, e § 3º, I, da Constituição Federal c/c o art. 6º e 24 da Lei Complementar n. 141/12 (item 2 do Relatório do Relator);

2.1.10. Exigir dos Municípios, na condição de coordenador das políticas de saúde no Estado, investimentos em atenção básica, com metas estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada, conforme os arts. 17, I, II, III, VIII e IX da Lei n. 8.080/90 e 57, “b”, “e”, “f”, “g” e “v”, da Portaria MS n. 373/02, possibilitando o controle externo e autorizando o Estado a estabelecer medidas de coerção indireta para os Municípios que não atingem valores mínimos (item 2 do Relatório do Relator);

2.1.11. Estabelecer nos contratos (ativos e novos) com Organizações Sociais (OS) metas baseadas em critérios plausíveis e desafiadores, com o respectivo controle do atingimento das mesmas e reajustá-los mediante comprovação de viabilidade financeira e operacional (item 2.2 do Relatório DAE).

2.2. Recomendações:

2.2.1. Regulamentar o aval da gerência orçamentária antes de efetuar qualquer tipo de contratação, visto que este setor deve ter o controle do orçamento, sabendo se existe ou não dotação orçamentária para as aquisições (item 2.1 do Relatório DAE);

2.2.2. Implantar o Módulo de Gestão Contratos do SIGEF, possibilitando a gestão dos contratos da Saúde em sua totalidade (item 2.1 do Relatório DAE);

2.2.3. Reduzir a quantidade de servidores que recebem a indenização de sobreaviso de forma imediata observando a margem de, no mínimo, 30-50%, em virtude da ausência de critério para definição da necessidade dos profissionais que recebem este pagamento e a evidente desnecessidade de parte deles, bem como definir novos critérios para elaboração escala de sobreaviso considerando a necessidade real; (item 2.2 do Relatório DAE)

2.2.4. Normatizar e implantar metodologia de gestão de custo, em parceria com a SEF, fazendo com que as receitas previstas comportem os custos existentes (item 2.3 do Relatório DAE);

2.2.5. Normatizar competências das gerências da SES visando extinguir o conflito de competências existente e regularizar fluxo correto dos processos internos, de forma que esteja assegurado que novas aquisições, contratações, obras, etc., só sejam realizadas mediante viabilidade financeira (com o respectivo aval da gerência responsável) para execução e seu custeio (item 2.3 do Relatório DAE);

2.2.6. Elaborar levantamento em parceria com a SEF do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, regulamentar a metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF (item 2.3 do Relatório DAE);

2.2.7. Habilitar o módulo de Gestão de Contratos na SES, de forma que a SEF também tenha acesso, possibilitando a gestão dos contratos e o empenhamento global dos mesmos (item 2.3 do Relatório DAE);

2.2.8. Estabelecer normativa com critérios e condicionantes de viabilidade, a serem utilizados nas análises e aprovações dos planos de trabalho para transferência de recursos por meio de convênio, como percentual mínimo de atendimento SUS e cadastramento no CNES (item 2.4.1 do Relatório DAE);

2.2.9. Avaliar a conveniência e oportunidade de celebrar novos convênios de transferências de recursos enquanto a SES não possuir disponibilidade orçamentária e financeira para honrar com os compromissos já assumidos, ressalvadas as situações especiais e devidamente justificados (item 2.4.1 do Relatório DAE);

2.2.10. Estabelecer indicadores regionais e de demanda que sirvam como guia para os devidos recursos serem investidos com relevância técnica e real necessidade local (item 2.4.1 do Relatório DAE);

2.2.11. Analisar a viabilidade econômica e técnica dos pedidos de celebração de convênios e ações do Pacto por SC, que incluam critérios por meio de pareceres técnicos (item 2.5 do Relatório DAE);

2.2.12. Criar metas de produção SUS para toda construção ou ampliação de hospitais, mensurando assim o retorno dos investimentos para a saúde do Estado (item 2.5 do Relatório DAE);

2.2.13. Estabelecer que a Gerência de Auditorias da SES elabore e execute calendários de auditorias anuais com a finalidade de comprovar o correto uso de recursos de convênios e Pacto por SC, sua razoabilidade, relevância e resultado (item 2.5 do Relatório DAE);

2.2.14. Rever as ações do Pacto por Santa Catarina na área da Saúde até que o devido cálculo do custeio futuro seja feito e que haja comprovação da SES sobre a disponibilidade orçamentária para honrar com os compromissos estabelecidos nas ações do mesmo (item 2.5 do Relatório DAE).

3. Conceder à Secretaria de Estado da Fazenda o ***prazo de 30 (trinta) dias***, a contar da data da publicação desta deliberação no DOTC-e, com fulcro no inciso III do art. 5º da Resolução n. TC-079/2013, para que apresente a este Tribunal de Contas, Plano de Ação (apenso) contendo as medidas a serem adotadas, os prazos para a adoção das providências e os responsáveis visando ao atendimento das seguintes determinações e recomendações:

3.1. Recomendações:

3.1.1. Elaborar levantamento em parceria com a SES do custo real da Saúde no Estado e, com base neste, regulamentar a metodologia para dimensionamento, execução e monitoramento orçamentário, gerando assim orçamento real, baseado na demanda existente e com o acompanhamento e controle da SEF (item 2.3.4.1. do Relatório DAE);

3.1.2. Normatizar e implantar metodologia de gestão de custo, em parceria com a SES, fazendo com que as receitas previstas comportem os custos existentes (item 2.3.4.2. do Relatório DAE)

4. Recomendar à Diretoria de Atos de Pessoal (DAP) desta Corte de Contas que realize auditoria específica na indenização de sobreaviso paga pela Secretaria de Estado da Saúde, de forma que seja possível mapear os critérios adotados e a necessidade real dos dispêndios efetuados (item 2.2 do Relatório DAE);

5. Dar conhecimento do ***Relatório DAE n. 003/2018***, ao Tribunal de Contas da União para verificar a conveniência e oportunidade de se realizar auditoria, ou outro processo de fiscalização, acerca da queda do volume de recursos das transferências na área da Saúde da União para os Estados e Municípios (item 2.2 do Relatório DAE);

6. Determinar a inclusão no Plano de Fiscalização para o exercício de 2020 a realização de auditoria de regularidade contábil para avaliar o pagamento da dívida pela Secretaria de Estado da Saúde apontada nestes autos.

7. Dar ciência desta Decisão, do Relatório e Voto do Relator que a fundamentam, bem como do **Relatório DAE n. 003/2018**, às Secretaria de Estado da Saúde e da Fazenda, ao Governador do Estado, ao Ministério Público Estadual de Santa Catarina e à Assessoria de Comunicação desta Corte (Acom), para que possa promover o conhecimento da sociedade sobre os resultados da auditoria, possibilitando o controle social.

Ata n.: 33/2019

Data da sessão n.: 29/05/2019 - Ordinária

Especificação do quórum: Adircélio de Moraes Ferreira Júnior, Herneus De Nadal, Luiz Roberto Herbst, Luiz Eduardo Cherem, José Nei Alberton Ascari e Sabrina Nunes Iocken (art. 86, *caput*, da LC n. 202/2000)

Representante do Ministério Público de Contas: Cibelly Farias

Conselheiro-Substituto presente: Cleber Muniz Gavi

ADIRCÉLIO DE MORAES FERREIRA
JÚNIOR
Presidente

LUIZ EDUARDO CHEREM
Relator

Fui presente: CIBELLY FARIAS
Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas/SC