

GASTOS EM SAÚDE: LEGISLAÇÃO, OPERAÇÃO E CONTROLE DO SIOPS PELOS MUNICÍPIOS

Gabrielle Kölling

Ronaldo Mendes de Oliveira Castro Filho

Gráficos (Colaboração) – João Krebs

Resumo:

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) foi instituído pela Lei Complementar 141/2012 regulamentando a Emenda Constitucional de 29/2000, o qual tem como objetivo precípua o acompanhamento dos gastos em serviços e ações em saúde pelos Entes da federação.

A regulamentação dos procedimentos, prazos e condicionamentos para a alimentação do sistema foram, cotidianamente, acompanhados pela área técnica de Saúde da CNM com o propósito de orientar os Municípios e favorecer o pleno atendimento da legislação brasileira.

Neste artigo, apresenta-se uma análise, a partir dos dados homologados no sistema, sobre o contexto legal e operacional em que o financiamento da saúde em âmbito municipal está inserido.

Palavras-chave:

Siops. Gastos em Saúde. LC 141/2012. EC 29/2000.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu a forma federativa de Estado, tendo, inclusive, erigido a referida forma em cláusula pétrea, art. 60, § 4º, inc. I, que assim dispõe:

Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta:

[...]

§ 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:

I – a forma federativa de Estado;

Objetivando atender à forma federativa de Estado, à descentralização dos serviços de saúde e à autonomia dos Entes federativos, preceitos esses constantes em nossa Carta Magna, os repasses de recursos constitucionais e voluntários para a área da saúde passaram a ser realizados “fundo a fundo”, conforme estabelecido no Decreto 1.232/1994.

Portanto, frente à necessidade de dar transparência, controle e publicidade aos gastos públicos da área de saúde, foi instituído pelo governo federal o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

De acordo com Sousa *Et al.* (2005), o financiamento tem sido o grande impulsionador na implantação de programas/atividades no âmbito de Estados e Municípios. Além disso, o modelo de participação do financiamento federal – geralmente com recursos com destinação pré-definida, ditos “carimbados” ou oriundos dos programas federais – força os Municípios a uma política vertical, atendendo mais às necessidades de convênios e programas do que à sua realidade epidemiológica.

A partir do processo de descentralização, é inegável que os Municípios assumiram grande parte das responsabilidades em relação à saúde da população brasileira. Para Arretche (2003), os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde e, hoje, ocupam um importante papel no seu financiamento.

O crescente compartilhamento do financiamento do SUS e o avanço na regulamentação das transferências demandaram a criação de um sistema de informação que possibilitasse a coleta, o processamento e a divulgação de dados sobre a receita e a despesa com saúde nos três níveis de gestão (TEIXEIRA, 2003). Uma primeira iniciativa nesse sentido foi implementada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1993, com o propósito de obter informações sobre despesas em saúde.

Em 1999, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), caracterizado como um instrumento fundamental para o acompanhamento da receita e da despesa em saúde, permitindo analisar, por exemplo, o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, de acordo com a Emenda Constitucional 29 (EC-29); a receita de impostos e transferências constitucionais e legais, total e por habitante; as transferências do Ministério da Saúde totais e por habitante; o detalhamento das despesas com ações e serviços de saúde, como de pessoal, serviços de terceiros e medicamentos, entre outros.

É válido lembrarmos que, conforme a Emenda Constitucional 29, a União deve aplicar na saúde o valor empenhado (comprometido em orçamento com projetos e programas) no ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados e o Distrito Federal precisam investir 12% de sua receita, enquanto os Municípios devem aplicar o mínimo de 15%.

Os dados do Siops demonstram nitidamente que o Ente que mais investe em saúde é o Município. Conforme os dados extraídos da plataforma do Siops (exercício de 2013), observa-se que os Entes municipais investiram em média 21,31% das suas receitas em saúde. Isso supera, e muito, o valor mínimo a ser investido, conforme os fundamentos legais já mencionados. Cada cidadão brasileiro custou, em média, R\$ 540,12 (quinhentos e quarenta reais e doze centavos) para os Municípios em 2013.

Os Estados, de acordo com a Constituição Federal de 1988, são obrigados a aplicar no mínimo 12% de suas receitas na área de saúde pública. Conforme dados do Siops, estes investiram, em média, no exercício de 2013, 14,30% de suas receitas. Já o custo médio de cada cidadão foi de R\$ 449,98 (quatrocentos e quarenta e nove reais e noventa e oito centavos) para os Estados.

Nota-se, pois, que os Municípios não estão no mínimo legal, mas sim muito além deste, estão, na verdade, investindo muito mais que suas reais possibilidades. Portanto, no contexto do financiamento da saúde, não há a efetiva solidariedade insculpida no texto constitucional.

O Siops está dentro de um contexto normativo maior, qual seja: ele veio, inicialmente, com a Lei Complementar 141/2012, que regulamentou a Emenda Constitucional 29/2000. A LC 141/2012 apresentou o Siops como o sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde das três esferas de governo, garantindo o acesso público às informações.

A LC 141/2012, em atendimento à Carta Magna, estabelece em seu art. 26 condicionamentos na liberação de recursos federais para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na área da saúde, *verbis*:

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Com-

plementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

Em 2012, foi publicado o Decreto 7.827, que regulamentou os procedimentos de condicionamento e restabelecimento de transferências constitucionais, bem como de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos em saúde para os Entes estaduais e municipais.

No que tange aos prazos para o envio da declaração sobre receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde (via Siops), não podemos esquecer que a LC 141/2012 alterou a periodicidade, bem como os prazos de entrega. A referida lei aduz, no § 3º do art. 39, que:

[...] o Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no SIOPS, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000), no art. 52, em atendimento ao que determina o § 3º do art. 165 da Constituição Federal, estabeleceu que o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) deve conter os demonstrativos que trazem informações das receitas, por categoria econômica e fonte, e das despesas, por categoria econômica, grupo de natureza de despesa, função e subfunção e deve ser publicado até 30 dias após o encerramento de cada bimestre.

O demonstrativo de despesa com saúde será gerado a partir dos dados (informados pelos gestores) inseridos no Siops. É válido lembrar que ele também constitui um dos demonstrativos do RREO. Consoante à nova normatização da temática, o prazo de declaração de dados sobre receitas e despesas por meio do Siops passa a ser bimestral.

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, podem ser consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as elencadas nos arts. 2º e 3º da Lei Complementar 141/2012, no art. 7º da Lei 8.080/1990, observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal de 1988 e do art. 6º da Lei nº 8.080/1990.

O Ministério da Saúde fez publicar a Portaria 53/2013, no Diário Oficial da União do dia 17/1/2013, que estabelece a obrigatoriedade de TODOS os Entes da Federação alimentarem o Siops.

A portaria do MS objetiva fomentar o princípio da transparência, no que tange a dar visibilidade à sociedade (tendo em vista que Siops é um sistema aberto à população) acerca dos investimentos dos Entes federados, além de abrir mais um canal para os órgãos de controle internos e externos acompanharem os gastos com saúde. Isso servirá, também, para verificar se os Entes estão investindo os mínimos legais.

Os gestores devem declarar no sistema as receitas totais e as despesas com ações e serviços públicos de saúde. O sistema faz o cálculo automático dos recursos públicos mínimos aplicados em ações e serviços de saúde, facilitando o monitoramento do Ministério da Saúde e dos órgãos de controle.

Anteriormente à publicação da portaria 53/2013, o Siops já existia, no entanto, os gestores não eram obrigados a publicar suas receitas e despesas. A partir da normatização do Siops de modo mais efetivo, o gestor que não alimentar o sistema pode ter condicionamento das transferências constitucionais – como repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e Fundo de Participação dos Estados (FPE) – e suspensão

das transferências voluntárias dos recursos da União – como celebração de convênios e contratos de repasses.

Os efeitos do descumprimento desses prazos são financeiros, ou seja, repasses e transferências poderão ser suspensos. Em que pese a Portaria 53/2013 não seja nada razoável (no que tange à análise da data da sua publicação e dos prazos nela estipulados), não há como ignorarmos a necessidade de alimentar o Siops. No entanto, precisamos observar que a razoabilidade, no que concerne ao lapso temporal, passou muitíssimo longe da edição dessa normatização do Ministério da Saúde.

No dia 30/1/2014, findou-se o prazo para que os Entes federados alimentassem os seus dados no Siops. A legislação vigente (LC 141/2012, Decreto 7.827/2012 e Portaria 53/2013) estabelece penalidades para aqueles que não estiverem com as informações lançadas e homologadas no Sistema. Penalidades estas que vão do condicionamento na liberação das transferências constitucionais até a suspensão das transferências voluntárias.

Observa-se que, terminado o prazo, 5.129 Municípios não haviam transmitido os dados para o sistema, submetendo-se à suspensão dos recursos federais, conforme previsão legal do Decreto 7.827/2012. É importante observar que a não alimentação do Siops gera a ausência de homologação das informações de que trata o *caput* do art. 7º do Decreto 7.827/2012.

Essa homologação deve ocorrer no prazo de até trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício (30 de janeiro). A falta de homologação será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde. Ou seja, sem a inserção das informações, teremos a presunção de que o Ente municipal não cumpriu com o seu dever constitucional, em que pese, na práxis, ele tenha efetivado saúde. Para o Ministério da Saúde, o mecanismo de controle é o Siops e não as situações práticas.

Ainda, é válido destacar ao Siops a pertinência e a urgência da Certificação Digital “*TOKEN*”. O cadastro dos gestores e responsáveis pelo envio dos dados será realizado por meio do processo de Certificação Digital. O prazo para emissão de Certificado Digital financiado pelo Ministério da Saúde termina dia 20/12/2014. O passo a passo para emissão do Certificado Digital pode ser acessado no endereço eletrônico: <http://siops.datasus.gov.br> – opção Certificação Digital. Essa certificação digital é imprescindível para a alimentação do Siops.

Diante da baixa quantidade de Municípios com seus dados homologados no Siops e a eminente suspensão de repasses federais aos demais Entes públicos, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) fez diversas solicitações aos órgãos federais, à Presidência da República, ao Comitê de Assuntos Federativos e ao Ministério da Saúde, reivindicando a prorrogação do prazo para a homologação dos dados no Sistema, pois, do contrário, o Sistema Único de Saúde entraria em colapso.

Em 7 de março de 2014, o governo federal fez publicar o Decreto 8.201/2014, o qual prorrogou o prazo para 30/5/2014. Dessa maneira, os Estados e os Municípios têm até essa data para alimentarem o Siops com os dados referentes ao exercício de 2013.

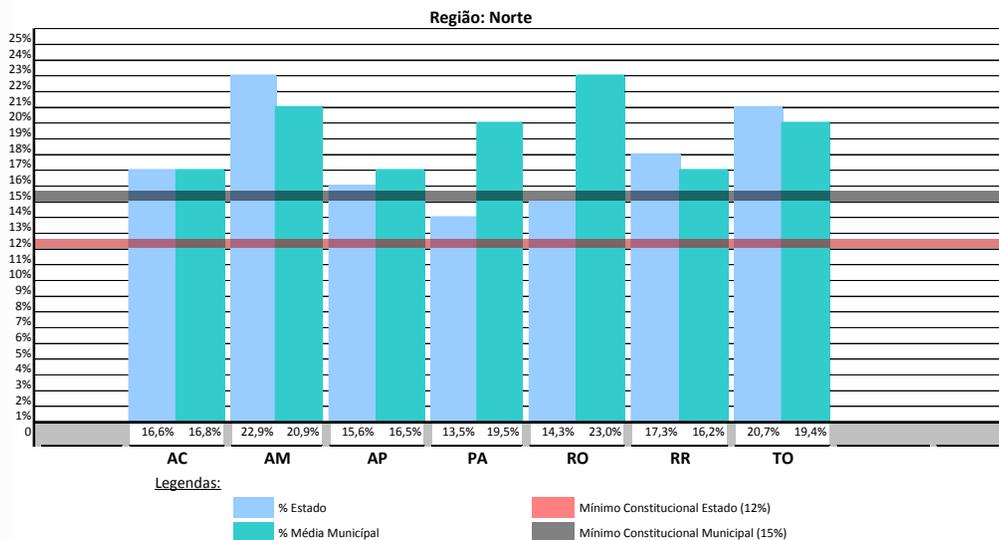
O referido Decreto não alterou os demais prazos previstos na legislação, portanto, a data final permanece 30/3/2014 para inclusão das informações dos Entes federados sobre os gastos em saúde referentes ao 1º bimestre de 2014.

Analisando os dados homologados pelo Siops e as médias aplicadas por Estados e Municípios no exercício de 2013, verifica-se que os Entes municipais são os que mais destinam recursos de suas receitas às ações e aos serviços públicos de saúde, aplicando uma média de 21,31%.

Os Entes estaduais, com algumas exceções, se limitaram a aplicar o mínimo constitucional, deixando a cargo dos Municípios o ônus de financiar a saúde pública.

As tabelas analisadas abaixo, demonstram de maneira clara que existe uma total desproporção nos investimentos realizados pelos Entes federativos, o que reforça a necessidade de revisão dos papéis e competências de cada Ente na execução e no financiamento das políticas públicas.

Gráfico 1 – Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012



Fonte: Estudos Técnicos CNM.¹

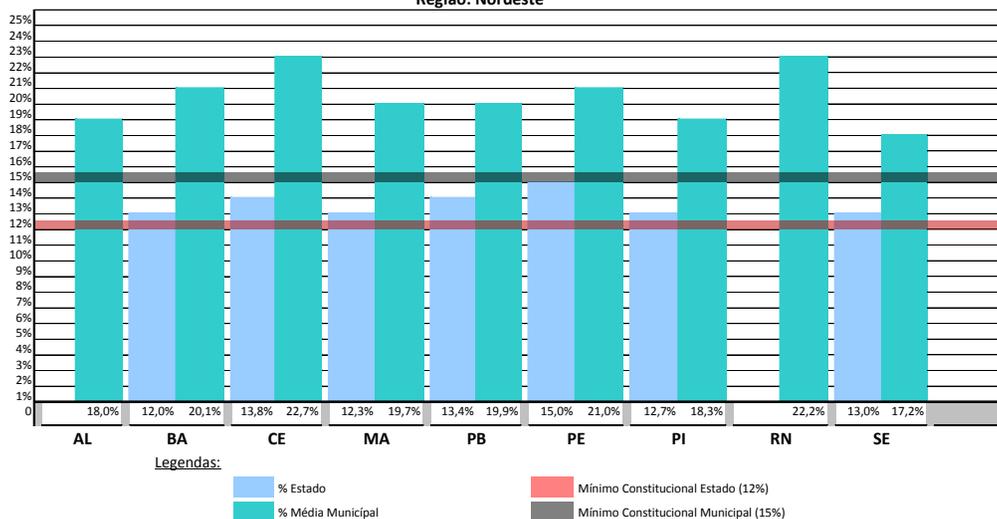
Os governos dos Estados da região Norte investiram em saúde acima do mínimo legal. Destaca-se que o Estado do Amazonas foi o que mais destinou receitas para as ações e os serviços em saúde, alcançando o patamar de 22,9%, investindo, inclusive, mais que a média de seus Municípios.

1 Gráficos elaborados por João Krebs.

Os Municípios da região gastaram, em média, 18,9% de suas receitas na área de saúde, sendo que os Municípios do Estado de Rondônia foram os que mais investiram em saúde, perfazendo a média de 23%.

Gráfico 2 – Região Nordeste

Região: Nordeste

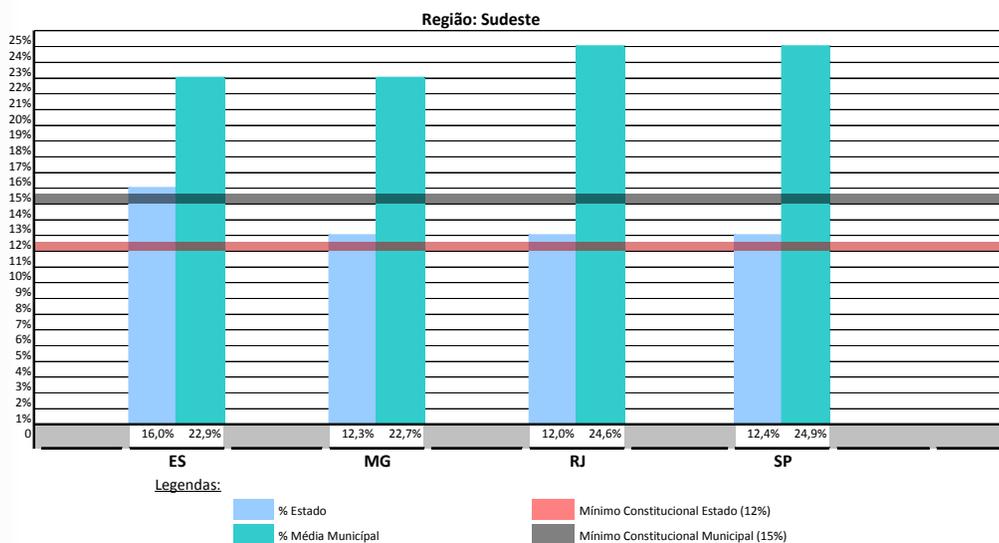


Fonte: Estudos Técnicos CNM.

Os governos dos Estados nordestinos investiram em média 13,2% das receitas em saúde, ou seja, praticamente apenas o mínimo constitucional, ficando a cargo dos Municípios a compensação de investirem suas escassas receitas na área da saúde.

Os Estados de Alagoas e Rio Grande do Norte estão com seus dados em branco porque quando foi consultado o Siops (25/3/2014) eles ainda não haviam transmitido seus gastos com saúde para o sistema.

Gráfico 3 – Região Sudeste

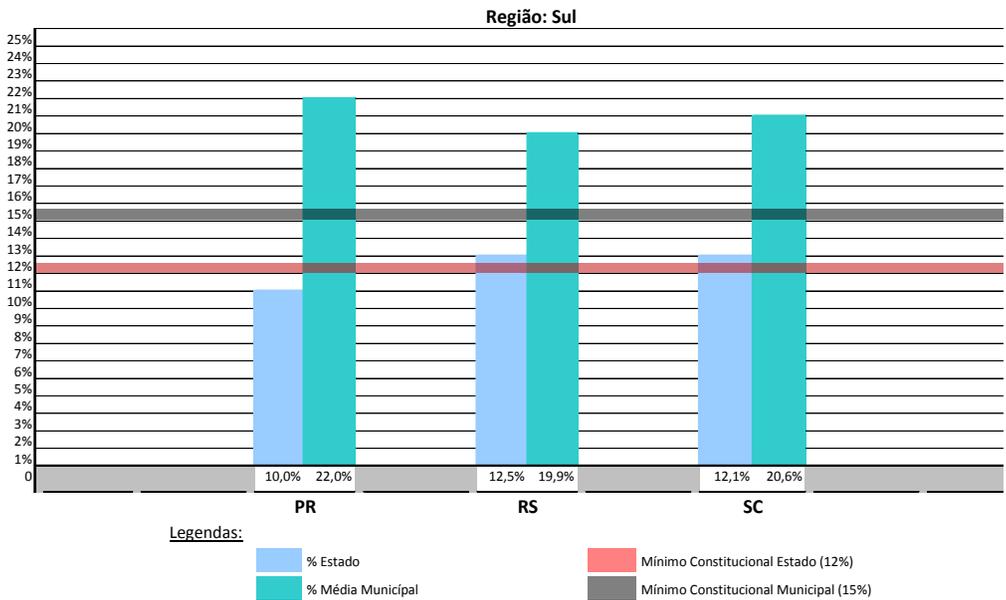


Fonte: Estudos Técnicos CNM.

Na região Sudeste, os Estados investiram exatamente o limite legal, com exceção apenas do Estado do Espírito Santo, que atingiu o percentual de 16%.

Diante da baixa aplicação dos Entes estatais em ações e serviços públicos de saúde, os Municípios da região tiveram de investir muito mais que o mínimo legal. Os Municípios aplicaram, em média, 23,7% em saúde, percentual acima da média nacional, que é de 21,3%.

Gráfico 4 – Região Sul

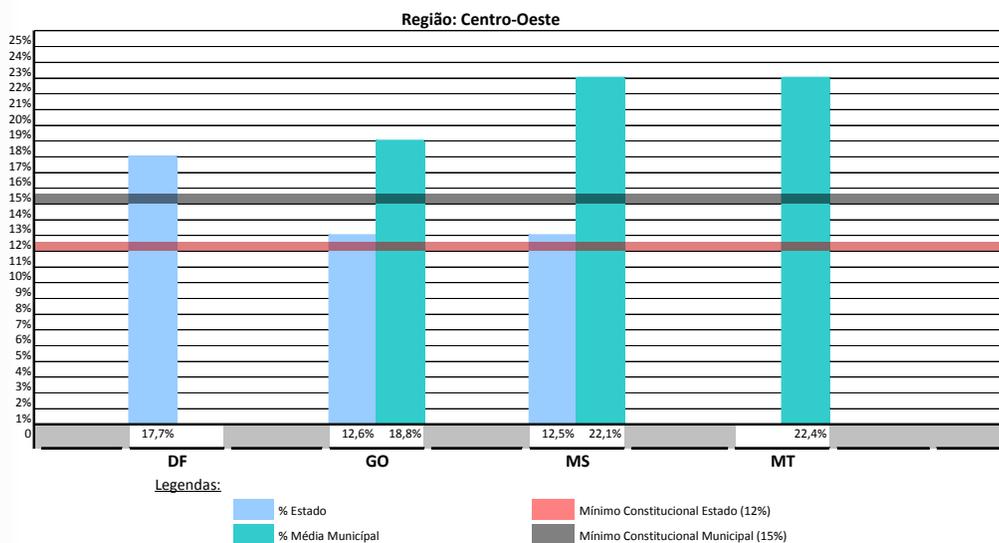


Fonte: Estudos Técnicos CNM.

O governo do Estado do Rio Grande do Sul, desde a EC 29/2000, apenas no ano de 2013, investiu o percentual mínimo (12%) de suas receitas nas ações e serviços de saúde.

A realidade do Estado do Paraná também é grave, foram investidos em saúde, nos anos anteriores, os seguintes percentuais: 9,98%, 9,74% e 9,94% nos anos de 2010, 2011 e 2012 respectivamente. Portanto, o Estado está há quatro anos consecutivos sem investir o mínimo legal.

Gráfico 5 – Região Centro-Oeste



Fonte: Estudos Técnicos CNM.

Na região Centro-Oeste, os Estados aplicaram basicamente o mínimo legal, e os Municípios aplicaram próximo à média nacional, com exceção do Estado de Goiás.

O Estado de Mato Grosso está com seu dado em branco porque quando foi consultado o Siops (25/03/2014) ele ainda não havia transmitido seus gastos com saúde para o sistema.

Enfim, que o direito à saúde é um direito fundamental não temos mais dúvidas. As dúvidas são quanto ao financiamento efetivo e solidário desse direito. A administração pública contemporânea demanda por sistemas de informação para controle e divulgação dos gastos públicos, tais como o Siops.

Os dados levantados em 31/1/2014 (prazo final para alimentação do Siops) revelaram que apenas 439 Municípios haviam homologado seus dados no sistema. Diante desse quadro, a CNM acompanhou, orientou e alertou os Entes municipais da urgência e da

importância de alimentarem o sistema, sob pena de sofrerem sanções no recebimento de recursos federais. O trabalho realizado pela CNM fez com que, em 31/3/2014, ou seja, dois meses depois, um total de 4.257 Municípios estivesse com seus dados homologados no sistema – aumento de 1.031%.

Esse sistema nos permite observar que o financiamento em saúde ainda é uma matéria frágil. Os dados apresentados pelo Siops mostram que os Entes municipais são os que mais investem em saúde.

Os investimentos em saúde por parte da esfera municipal são altos, acima do mínimo legal, no entanto, ainda temos um Sistema Único de Saúde com mazelas, com filas, com longas esperas por atendimentos e serviços, pois um único Ente não consegue manter sozinho o SUS.

Há a necessidade de se estabelecer para a União também um percentual mínimo a ser aplicado nas ações e nos serviços públicos de saúde, possibilitando com isso uma melhor distribuição das responsabilidades financeiras dos Entes públicos.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8:331-45.

BRASIL, *Decreto 7.827*, de 16 de outubro de 2012. Disponível em: «http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2012/Decreto/D7827.htm».

_____. *Lei Complementar 141*, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: «http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm».

_____. *Portaria 53*, de 16 de janeiro de 2013. Disponível em: «http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0053_16_01_2013.htm».

SOUSA, IMC; SILVA, ASS; CANTO, A. *Financiamento no SUS: a Emenda Constitucional 29 e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde em Pernambuco*. Recife: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

TEIXEIRA, HV; TEIXEIRA, MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8:379-91.