MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Série ECOS
Economia da Saúde para a Gestão do SUS

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops

Eixo 2

Volume 1

Brasília – DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Série ECOS
Economia da Saúde para
a Gestão do SUS

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops

Eixo 2 Volume 1

Brasília – DF
2013

© 2013 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <www.saude.gov.br/editora>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Economia da Saúde Investimentos e Desenvolvimento
Coordenação-Geral de Economia da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Anexo B, sala 454
CEP: 70900-058 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2722
Sites: http://siops.datasus.gov.br e www.saude.gov.br/economiadasaude
E-mail: siops@saude.gov.br

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
CEP: 70800-400 – Brasília/DF
Site: www.opas.org.br
E-mail: postmaster@bra.ops-oms.org

Elaboração de texto:
Ana Cleusa Serra Mesquita
Andrea Barreto de Paiva
Carla Rúbia Florêncio Tardivo
César Augusto Frantz Machado
Clementina Corah Lucas Prado
Elias Antônio Jorge
Eloi Antônio de Oliveira
Fabíola Sulpino Vieira
Joel Sadi Dutra Nunes
Jomar Miranda Rodrigues
Luciene Maria Leite de Lira
Maria José do Nascimento
Mônica Sinésio de Lima Ferro e Campos
Ricardo Vidal de Abreu
Ruyter de Faria Martins Filho
Vinícius Alves dos Santos Pereira

Revisão e copydesk:
Oficina da Palavra

Organização e edição de texto:
Clementina Corah Lucas Prado

Revisão técnica da redação final:
Clementina Corah Lucas Prado – DESID/SE/MS
Fabiola Sulpino Vieira – DESID/SE/MS
Flávia Poppe de Figueiredo Muñoz – Opas/OMS no Brasil

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Maristela da Fonseca Oliveira
Revisão: Eveline de Assis e Silene Lopes Gil
Projeto gráfico: Kátia Barbosa
Diagramação: Renato Carvalho

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
140 p. : il. – (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 2, v. 1)

ISBN 978-85-334-2064-9

1. Economia da Saúde. 2. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Título. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. Série.

CDU 614:33

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0099

Títulos para indexação:
Em inglês: Information System for the Public Budgets in Health (Siops/Brazil)
Em espanhol: Sistema de Informaciones sobre Presupuestos Públicos en Salud (Siops/Brasil)

Lista de tabelas, figuras e fluxogramas

Tabela 1 – Gasto *per capita* em Saúde de alguns países em dólares internacionais, 2009 10
Figura 1 – O Siops no processo de elaboração de políticas públicas em Saúde 18
Figura 2 – Leiaute da página no portal da Saúde 32
Fluxograma 1 – Fluxo operacional do Siops 39
Figura 3 – Modelo da vinculação de recursos para a Saúde: EC nº 29/2000 46
Figura 4 – Modelos de alertas criados pelo Siops 61

Lista de quadros

Quadro 1 – Principais características do Siops 13
Quadro 2 – Principais normativos legais relacionados ao Siops 20
Quadro 3 – Modelo de organização dos dados no Siops 31
Quadro 4 – Indicadores de receitas informadas ao Siops 33
Quadro 5 – Indicadores de despesas informadas ao Siops 34
Quadro 6 – Indicadores informados ao Siops que correlacionam receitas e despesas 34
Quadro 7 – Base de cálculo estadual prevista na LC nº 141/2012 35
Quadro 8 – Base de cálculo municipal prevista na LC nº 141/2012 36
Quadro 9 – Evolução histórica dos *softwares* empregados pelo Siops 41
Quadro 10 – Vinculações orçamentárias previstas pela EC nº 29/2000 45
Quadro 11 – Resumo das críticas inseridas no Siops 60
Quadro 12 – Divisão do sistema de críticas do Siops por pastas/grupos 61
Quadro 13 – Ações e serviços públicos para a Saúde (comparativo entre a Resolução CNS nº 322/2003 e a LC nº 141/2012) 70
Quadro 14 – Não são ações e serviços públicos para a Saúde (comparativo entre a Resolução CNS nº 322/2003 e a LC nº 141/2012) 71
Quadro 15 – Lista de informações de balanço exigidas de estados e de municípios 74

Quadro 16 – Fluxo de análise dos balanços orçamentários executados pelo Siops 75
Quadro 17– Total das receitas de impostos de natureza estadual – Receita Total (RT) . 76
Quadro 18 – Despesa total com Saúde (função 10 – anexos 7 ou 8) 76
Quadro 19 – Síntese de dados transmitidos ao Siops em 19/1/2010 78
Quadro 20 – Análise da receita dos BGEs 2008 (Região Norte) 79
Quadro 21 – Análise da receita dos BGEs 2008 (Região Nordeste) 80
Quadro 22 – Análise da receita dos BGEs 2008 (Regiões Sudeste e Sul) 81
Quadro 23 – Análise da receita dos BGEs 2008 (Região Centro-Oeste) 82
Quadro 24 – Análise da despesa dos BGEs 2008 (Região Norte) 83
Quadro 25 – Análise da despesa dos BGEs 2008 (Região Nordeste) 84
Quadro 26 – Análise da despesa dos BGEs 2008 (Regiões Sudeste e Sul) 86
Quadro 27 – Análise da despesa dos BGEs 2008 (Região Centro-Oeste) 87
Quadro 28 – Base de cálculo da receita própria municipal 88
Quadro 29 – Comparativo de cálculo de recursos próprios em ASPS (método tradicional x método por fonte) 89
Quadro 30 – Situação de entrega dos municípios – Brasil, 2000 a 2005 93
Quadro 31 – Situação de entrega dos municípios – Brasil, 2006 a 2010 95
Quadro 32 – Presidentes da República e ministros da Saúde (que estiveram no cargo desde o início do processo que levou à criação do Siops) 98
Quadro 33 – Presidentes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 98
Quadro 34 – Coordenadores da Comissão de Financiamento (Cofin/CNS) 99
Quadro 35 – Diretores do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento 99
Quadro 36 – Coordenadores-Gerais de Economia da Saúde 100
Quadro 37 – Coordenadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) 100
Quadro 38 – Gerentes do Siops do DATASUS 100

Sumário

Apresentação 7

Introdução 9

1 O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: Gênese e Estado da Arte 13

1.1 O que é o Siops: definição e lugar na estrutura do Ministério da Saúde 13

1.2 Um pouco de história 14

1.2.1 Década de 1990: a crise do financiamento do SUS 15

1.2.2 Sivire: o início da busca por respostas 15

1.2.3 Os primeiros passos 16

1.2.4 A superação dos obstáculos 17

1.2.5 A base legal 19

1.3 As pessoas e as parcerias que fazem o Siops 21

1.4 O modelo de gestão 22

1.4.1 Núcleo técnico do Siops 22

1.4.2 Câmara técnica de orientação e avaliação do Siops 24

1.4.3 Núcleos estaduais de apoio ao Siops 26

1.5 Tecnologia: uma poderosa aliada 30

1.5.1 O fluxo da informação e dos dados 33

1.5.2 A segurança das informações 37

1.5.3 A novidade da certificação digital no Siops 40

1.5.4 O desenvolvimento operacional do Sistema 41

1.5.5 A evolução permanente 43

1.6 EC nº 29/2000 – um novo paradigma para o Siops 44

1.7 O papel do Siops na elaboração da EC nº 29/2000 46

1.8 A contribuição do Siops no processo de regulamentação do artigo 198 da Constituição Federal 47

1.9 Lei Complementar nº 141/2012 – a regulamentação da EC nº 29/2000 49

1.10 O uso dos dados do Siops pelo Ministério da Fazenda 52

2 A Relação entre o Siops, o Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias (Cauc) e Outros Sistemas de Informação 53

2.1 O Siops e outros sistemas de informação 53

2.2 Relação entre o Cauc e o Siops 54

2.3 Articulações com outros sistemas 55
2.3.1 SISTN/MF 56
2.3.2 Relação entre o Siops e o Siope 56
2.3.3 O desafio da fiscalização 57
3 Análise dos Dados Transmitidos ao Siops 59
3.1 Ações para garantia da qualidade dos dados 59
3.1.1 Sistemática operacional: os filtros e as críticas 60
3.1.2 A solução dos problemas 62
3.1.3 Exemplo de uso do Inibidor de Críticas 63
3.2 O conceito de ações e serviços públicos de Saúde 65
3.2.1 A definição para ASPS do Conselho Nacional de Saúde 65
3.2.2 A definição para ASPS da Lei Complementar nº 141/2012 68
3.3 Análise dos balanços estaduais 72
3.3.1 Metodologia de análise de balanço 73
3.3.2 A apresentação de questionamentos 88
3.4 Análise dos balanços municipais 88
4 Situação de Transmissão de Dados por Estados, Municípios e Região 91
4.1 Mapeamento por municípios da situação de entrega dos dados 91
4.1.1 Mapeamento por estados da situação de entrega dos dados 92
5 Homenagem e Conclusão 97
5.1 Os construtores de nossa história 97
Conclusão 101
Referências 103
Anexos 107
Anexo A – Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 107
Anexo B – Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000 111
Anexo C – Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004 114
Anexo D – Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003 117
Anexo E – Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 123
Perguntas e Respostas 137

Apresentação

Desde a institucionalização da Economia da Saúde no Ministério da Saúde, que ocorreu com a criação do Departamento de Economia da Saúde, em 2003, a cooperação técnica com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) tem se estreitado. O propósito deste tipo de cooperação com órgãos internacionais é contribuir para o desenvolvimento e o fortalecimento institucionais a fim de que as ferramentas e o conhecimento produzidos, nacional e internacionalmente, possam ser utilizados no aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e como colaboração com outros países da região.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) foi desenvolvido e disponibilizado em 2000, tendo sido seu aperfeiçoamento apoiado ao longo dos anos pela cooperação entre o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) do Ministério da Saúde e a Opas.

A publicação *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)* resulta desta parceria e é fruto de trabalho que tem por objetivo organizar textos em uma série, a partir de produtos criados pelos consultores contratados por meio de Termo de Cooperação Técnica assinado entre as duas instituições. A meta é o desenvolvimento e o fortalecimento institucional do DESID por meio do uso de ferramentas e do conhecimento produzidos pela Economia da Saúde para o aperfeiçoamento do SUS.

A série denominada Ecos: Economia da Saúde para a Gestão do SUS estrutura-se em dois eixos:

- Eixo 1 – Ampliação do uso de estratégias de Economia da Saúde para apoiar a gestão do SUS por meio da produção e disseminação do conhecimento sobre temas relacionados.

- Eixo 2 – Ampliação do uso de ferramentas de Economia da Saúde pelos gestores do SUS no processo de tomada de decisão para a análise, formulação e implementação da política de Saúde.

Esta publicação configura o Volume 1 do Eixo 2. Ao longo de seus capítulos e anexos, pretende-se oferecer informação detalhada sobre o Siops e seu mecanismo de funcionamento, o que facilitará o trabalho de gestores e técnicos do SUS, além de pesquisadores interessados em explorar as questões relacionadas aos orçamentos públicos em Saúde e à discussão sobre seu financiamento no País.

Introdução

A importância do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Não é possível levar adiante qualquer discussão sobre necessidade de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) sem saber quanto recurso é alocado em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Desde a criação do atual modelo de Atenção à Saúde brasileira, em 1988, tem-se travado debate relevante sobre este tema, especialmente em relação às fontes dos recursos (tributos) e à participação dos entes federados (quanto cada um deve alocar) na sua gestão e custeio.

O tema é complexo. Em primeiro lugar, porque a Saúde compete com outras áreas igualmente importantes por parcelas de recursos públicos. Também não podem ser ignoradas as tensões existentes nas relações intrínsecas à organização de uma Federação como a brasileira, constituída por 5.564 municípios, 26 estados e o Distrito Federal. Tal complexidade se reflete não apenas no modelo de financiamento, mas também no acompanhamento dos recursos alocados.

Nesse contexto, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) cumpre papel fundamental ao tornar possível a consolidação dos dados de receitas totais e despesas em ASPS da União, dos 26 estados, Distrito Federal e dos municípios. Assim, os montantes gastos no Sistema Único de Saúde (SUS) por estados, DF e municípios constituem o valor total de recursos destinados ao SUS no Brasil.

A confiabilidade desses dados é sempre objeto de preocupação por parte da equipe gestora do Sistema. Os entes federados são responsáveis pelos valores informados, entretanto, mecanismos de controle de qualidade dos dados e informação contribuem para que os valores estejam o mais consonante possível com a realidade.

Um desses mecanismos são os filtros criados para o Sistema, os quais bloqueiam a transmissão de dados inconsistentes segundo parâmetros internos. O outro mecanismo importante é a análise de balanço feita pela equipe responsável pelo Siops. São confrontados os dados contidos em documentos publicados (pelo Distrito Federal, estados e municípios) e aqueles declarados por meio do Siops. Com isso, pode-se avaliar se, de fato, as despesas declaradas são relacionadas exclusivamente às ASPS.

Assim, por meio do Siops, é feito o acompanhamento dos valores aplicados pelos entes federados em ASPS no âmbito do SUS. Nenhum outro sistema de informação permite consolidação de dados de forma semelhante. Em 2011, as despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde correspondiam a 3,8% do produto interno bruto (PIB) do País.

Alguns dados consolidados pelo Siops são utilizados para a apuração da Conta-Satélite de Saúde do Brasil, na qual são mensurados os fluxos de produção, de consumo, de renda e de financiamento do setor de Saúde na economia nacional. Segundo o IBGE, "as contas-satélites são uma extensão do Sistema de Contas Nacionais, criadas para expandir a capacidade de análise das Contas Nacionais sobre determinadas áreas, como a Saúde" (BRASIL, 2012a).

Nesta metodologia, a atividade Saúde pública engloba as ações de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, são levados em conta o financiamento feito pelas três esferas de governo e a produção dos hospitais militares, penitenciários e universitários, cujos orçamentos não estão subordinados aos gestores da Saúde. O fato de utilizar metodologia padronizada internacionalmente viabiliza o cálculo e a comparação de vários indicadores.

Ao se dispor de dados consolidados é possível realizar comparações internacionais em relação ao gasto total e ao gasto público em Saúde. Por exemplo, a Tabela 1 apresenta a comparação entre indicadores de gasto nacional em Saúde de alguns países para o ano de 2009, o que põe a situação brasileira em perspectiva diante do contexto de outras nações que possuem, ou, não sistemas universais de assistência.

Tabela 1 – Gasto *per capita* em Saúde de alguns países em dólares internacionais, 2009

País	Gasto *per capita* em Saúde (U$ PPP)		
	Governo	Total	% do gasto do governo do gasto total
Brasil*	409	938	44%
Canadá	3.081	4.363	71%
Chile	562	1.186	47%
França	3.100	3.978	78%
Alemanha	3.242	4.218	77%
México	443	918	48%
Espanha	2.259	3.068	74%
Reino Unido	2.935	3.487	84%
USA	3.795	7.960	48%

Fonte: Organisation for Economic Co-Operation and Development. OECD. StatExtracts. Health Expenditure and Financing.
* a) IBGE. Conta-Satélite de Saúde Brasil 2007 – 2009; b) World Bank. PPP Conversion Factor, GDP (LCU per international $).

Os dados utilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para elaboração de ficha técnica sobre o Brasil foram extraídos da Conta-Satélite de Saúde. No período, observa-se que o gasto *per capita* do governo foi de 409 dólares internacionais, o que significa 44% do gasto total em Saúde daquele ano. Esse valor corresponde a 13,3% do gasto do governo canadense, 13,9% do gasto do Reino Unido e 18,1% da Espanha. O montante é também inferior aos gastos do Chile e do México, países que não possuem sistema universal de Saúde.

O indicador revela-nos a real dimensão da disponibilidade de recursos para o SUS, sendo que, em 2009, o gasto total do País como proporção do produto interno bruto (PIB)

foi de 8,8%. Entretanto, desse volume, a participação do setor público limitou-se a 3,8% do PIB. O gasto geral feito por meio do setor público *per capita* no valor de 409 dólares internacionais fica muito aquém daquele realizado por outras nações que também possuem sistemas universais de Saúde, tais como, Canadá (2.968 dólares internacionais) e Reino Unido (2.446 dólares internacionais).

Adicionalmente, dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), relativos aos países associados, revelam que, em 2007, em média, os países com sistemas universais de Saúde alocaram 6% de seu PIB em serviços de Saúde.

Em resumo, a mensuração desses valores só é possível para o gasto público no Brasil pela existência do Siops, porque:

- É um sistema informatizado e disponível na internet que padroniza e sistematiza os dados de receitas totais e despesas com ASPS dos estados, Distrito Federal e municípios.

- O consolidado de despesas com ASPS da União, estados, Distrito Federal e municípios resulta na despesa total do SUS.

- Seu detalhamento contábil permite a desagregação das receitas e despesas, o que é essencial, por exemplo, para quantificar o gasto total com medicamentos de estados e municípios.

Outro ponto importante é que, por meio do Siops, se faz o acompanhamento da alocação de recursos em ASPS pelos entes federados a fim de verificar a aplicação mínima de recursos, conforme Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b). Nesse aspecto, o sistema constitui ferramenta importante para o controle social.

Por exemplo, em consulta no dia 31 de maio de 2013, verificou-se que, para o exercício de 2011, dos 5.564 municípios brasileiros (existentes à época), um total de 5.486 transmitiu seus dados (98,6%) e que destes apenas 26 (0,5%) declararam não ter aplicado o mínimo de 15% das receitas próprias em ASPS.

No caso das 27 unidades federativas, 25 estados e o Distrito Federal transmitiram as informações. De acordo com os dados declarados, três (12%) delas não aplicaram o mínimo de 12% das receitas próprias. Dessa forma, o Siops consagra-se como instrumento essencial para a gestão pública e para o controle social. As informações produzidas a partir dos dados disponibilizados são essenciais para o aperfeiçoamento do SUS.

Este pequeno histórico, que ressalta a importância do trabalho realizado pelo Siops, antecede os textos que virão a seguir, os quais permitirão aos leitores conhecer um pouco mais esta ferramenta com detalhes sobre seu processo de criação, sua lógica administrativa, as bases legais que a amparam, o fluxo de coleta de dados e informações, entre outros pontos.

Trata-se de um sistema que cumpre papel didático e ao mesmo tempo de auxiliar em diferentes dimensões: na formulação de políticas públicas em Saúde; no acompanhamento das despesas em ASPS e das receitas totais e no exercício do controle social, em parceria com representantes dos conselhos de Saúde, da Controladoria-Geral da União (CGU), do Ministério Público, do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) do Poder Legislativo (Câmaras, Assembleias e Congresso), dos Tribunais de Contas (TCM, TCE e TCU) e, especialmente, por cada um dos cidadãos brasileiros.

1 O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: Gênese e Estado da Arte

1.1 O que é o Siops: definição e lugar na estrutura do Ministério da Saúde

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) funciona como ferramenta de coleta e organização de dados sobre receitas totais e despesas em ASPS no âmbito dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Para tanto, ele atua no monitoramento do perfil do gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Sob a gestão da Coordenação-Geral de Economia da Saúde do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), ligado à Secretaria- Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), o Siops é considerado importante instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS.

Após um processo de aperfeiçoamento contínuo instaurado desde sua criação, no fim da década de 1990, o banco de dados do Siops passou a ser alimentado pela internet por meio de dados fornecidos pelas unidades da Federação. Essas informações permitem um panorama amplo sobre as receitas totais e as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, produzindo indicadores específicos.

Todo este conteúdo permanece organizado, o que permite a realização de diversos tipos de consultas e a oferta de relatórios com informações mais detalhadas. Um dos seus trunfos reside justamente nesta interatividade, garantindo a atualização constante dos dados que ficam disponíveis aos interessados no endereço eletrônico <http://Siops.datasus.gov.br>. O quadro a seguir traz uma síntese com algumas das principais características do Siops, as quais analisaremos em detalhes nas próximas páginas.

Quadro 1 – Principais características do Siops

OBRIGATÓRIO	A União, estados, Distrito Federal e municípios estão obrigados a registrar e atualizar permanentemente os dados no Siops a partir de 2012. A determinação está na LC nº 141/2012.
DECLARATÓRIO	Os gestores da Saúde em todas as esferas de governo são responsáveis pela fidedignidade dos dados declarados ao Siops.
FONTE	Dados contábeis ou informações de relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos federal, estaduais e municipais.

continua

conclusão

PRÉ-REQUISITOS	A partir de 2003, o Ss estabeleceu críticas que exigem a transmissão de anos anteriores para permitir a transmissão de dados em um determinado exercício financeiro.
PERIODICIDADE	A partir de 2013, a periodicidade de registro de dados no Siops passou a ser bimestral. Antes disso, o envio das informações era semestral.
PRAZOS	Programas bimestrais – até 30 dias após o encerramento de cada bimestre, o registro de dados deve ser feito até o dia 30 dos meses de março, maio, julho, setembro, novembro e janeiro.
MONITORAMENTO	Cidadãos, Ministério Público, conselhos de Saúde, Poder Legislativo (Câmaras, Assembleias e Congresso), Tribunal de Contas (TCM, TCE e TCU), Controladoria-Geral da União, Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional utilizam-se dos dados do Siops para monitorar os gastos em Asps e exercer o controle social.

Fonte: Elaboração própria.

1.2 Um pouco de história

Para compreender a amplitude e a importância do processo que levou à criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) é preciso voltar no tempo. Nosso destino é a década de 1990, quando, no País, inexistiam informações sistematizadas sobre a aplicação de recursos da União, estados e municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Na época, essa lacuna impedia o acompanhamento efetivo de dados e informações referentes às receitas e às despesas com Saúde na esfera pública. Esse controle limitado ou inexistente dos recursos disponíveis repercutia no modelo público de Atenção à Saúde, recém-criado no Brasil e uma das grandes conquistas alcançadas com a Constituinte de 1988.

Apesar da garantia constitucional de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), os seus defensores passaram a trabalhar em busca da garantia da estabilidade e da suficiência de recursos para o novo modelo por meio de vinculação constitucional. Para eles, esta era a forma capaz de assegurar, de fato, o cumprimento das diretrizes legais que preveem o acesso universal, integral e gratuito às Ações e Serviços Públicos de Saúde, como veremos a seguir.

Culturalmente, é possível também entender o Siops como desdobramento de discussão comum na década de 1980 sobre o impacto social da informática sob a ótica das relações de dominação [capital x trabalho; Estado x sociedade civil; países centrais x países periféricos; homem x mulher; professor (senhor dos dados) x alunos (escravos dos dados)]. No caso, a aposta era de que a apropriação das informações produzidas pelo domínio da tecnologia informática poderia alterar, significativamente, a relação com o capital.

1.2.1 Década de 1990: a crise do financiamento do SUS

O desequilíbrio na conta do setor Saúde, historicamente vítima de escolhas políticas que desprivilegiavam o investimento nas áreas sociais, acirrou-se na primeira metade da década de 1990. Quando do *impeachment* do presidente Fernando Collor, o então deputado federal Jamil Haddad – convidado pelo presidente Itamar Franco para assumir o Ministério da Saúde, em 1992 – encomendou avaliação que o deixou preocupado com a situação do órgão.

O estudo mostrou um Ministério da Saúde (MS) caracterizado por uma precaríssima execução financeira em valores reais, com receitas decrescentes (as receitas do orçamento da Seguridade Social estavam sob questionamento judicial) e com despesas crescentes (sob correção monetária mensal). Levantamento daquele período – realizado com base na metodologia do Sistema Vogal – demonstrava que a execução orçamentária do MS, em 1992, estava contida no intervalo de US$ 6,9 bilhões a US$ 7,2 bilhões. Ressalta-se que este método, criado no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS), promovia a conversão para o dólar americano dos valores gastos em Saúde, no início e no fim de cada mês, das receitas e despesas.

Outras variáveis também não ajudavam. A existência de um fundo único destinado ao orçamento da Seguridade Social, no qual os gastos com o setor da Saúde estavam inseridos, deixava o custeio do SUS vulnerável às prioridades de outras áreas, como a Previdência Social. Neste contexto, a falta de recursos levou o Ministério da Saúde a sacar dois empréstimos no Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para honrar demandas de ressarcimentos, de serviços prestados por hospitais e de médicos conveniados por prestadores de serviços (nas internações hospitalares e nas ações ambulatoriais) ou até pelos órgãos estaduais e municipais.

O quadro nada promissor criou a pergunta que o então ministro Jamil Haddad, os militantes do Movimento Sanitário e os estudiosos da área queriam ver respondida: "Quanto o Poder Público aplica em Saúde?"

A necessidade de responder a esta questão abriu uma janela de oportunidade, que, após o amadurecimento de propostas técnicas, operacionais e políticas, foi elucidada de forma adequada apenas após a implementação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) a partir de 1999. Foi nesse contexto que, graças ao desejo dos interessados em colaborar com a eficácia da gestão e com o fortalecimento dos instrumentos de controle, surgiu essa ferramenta.

1.2.2 Sivire: o início da busca por respostas

Sete anos antes, em 1992, a interlocução entre Ministério da Saúde e setores da área econômica (ministérios da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão) com o objetivo de aumentar a disponibilidade de recursos para a Saúde não deixava dúvidas: o SUS não era efetivamente prioridade.

Na sequência, no âmbito do Ministério da Saúde, foi desenvolvido o Sistema de Visibilidade das Receitas (Sivire), primeira tentativa de consolidação de suas receitas e que buscava conhecer o valor real dos recursos recebidos pelo órgão, uma vez que estávamos em período inflacionário. Os recursos eram convertidos para uma moeda estável, com base na cotação diária do dólar americano, em dois momentos diferentes: arrecadação e repasse ao MS. Isso dava a visibilidade da receita real de que dispunha o Ministério da Saúde.

De forma complementar, também foi elaborado o Sistema de Visibilidade de Despesas (Sivides), formado a partir das publicações mensais da execução orçamentária e financeira da União, conforme determinava o parágrafo 3°, do artigo 165 da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

O cruzamento do Sivire e do Sivides – em ambiente municipal e estadual – deu origem ao Siops. Para tanto, o CNS aprovou a Resolução n° 74/1993 (BRASIL, 1993), que propunha a realização de Pesquisa sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Pops), o que – após um processo de amadurecimento técnico, político, logístico e operacional – abriu caminho para o surgimento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Inicialmente, a meta da Pops era levantar – mensalmente – dados da execução orçamentária em Saúde apenas das capitais e dos estados. O ponto de partida aparentemente modesto, se comparado à realidade atual, já configurava um avanço sensível na consolidação de receitas e despesas em Saúde.

1.2.3 Os primeiros passos

Em 1993, portanto, a semente que viria a constituir o atual Siops começou a germinar com a aprovação da Resolução n° 74/1993 pelo Conselho Nacional de Saúde cujos objetivos eram:

- Realizar pesquisa sobre aporte orçamentário para o setor Saúde em todos os estados e suas respectivas capitais.

- Contratar a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Instituto Brasileiro de Análise Socioeconômica (Ibase) e outras entidades que pudessem contribuir para a execução da referida pesquisa.

A iniciativa de coleta de subsídios, utilizando-se da remessa de planilha em papel, levou ao acesso restrito dos dados. Em 1994, na sequência de tentativas frustradas de requisição de informações, a Procuradoria-Geral da República (PGR) instaurou dois Inquéritos Civis Públicos (n° 001/94 e n° 002/94) com a intenção de superar o baixo índice de envio. Foi um movimento importante em busca da coleta de informações orçamentárias relativas à Saúde graças a uma parceria entre o CNS, o DATASUS e o Ministério Público, fortalecida durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996.

Em resposta à demanda específica da PGR, o Ministério da Saúde forneceu suporte para coleta e consolidação dessas informações, por intermédio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Uma planilha eletrônica foi desenvolvida para contribuir com

essa meta, ancorada na disponibilidade de instruções de preenchimento para assegurar a padronização dos dados, que eram remetidos via disquete.

Contudo, as primeiras tentativas não tiveram êxito. O envio físico de disquetes mostrou-se ineficiente. O município de Betim/MG foi emblemático na superação das dificuldades. Com o estímulo da Secretaria Municipal de Saúde foram preenchidas as planilhas do Siops, que eram mensais. Isso provou que o repasse dos dados era possível, independentemente das dificuldades logísticas. Para tanto, os relatórios de Betim, com a devida autorização, foram exibidos e utilizados para estimular a adesão ao Siops de outros municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Foi somente com o estabelecimento de um Sistema, a partir de 1998, que se conseguiu consolidar as informações coletadas de municípios e estados. Na esfera da União, desde o período 1992/1993, foi construída uma planilha demonstrativa da Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde, elaborada pela área técnica do Ministério da Saúde em articulação e negociação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Mensalmente era enviada para análise do CNS, por meio de sua Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário (atualmente Cofin). O trabalho produzia um relatório técnico, encaminhado para deliberação do plenário daquele fórum de controle social, item de pauta que se tornou perene.

Ressalta-se que, apesar de entraves pontuais ao trabalho realizado pela Cofin, a herança da gestão do ministro Jamil Haddad permaneceu e prosperou. O Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS) criou comissão análoga à do CNS e vários conselhos municipais e estaduais criaram também suas comissões de orçamento e financiamento. Deste modo, a estrutura de suporte, organizada com o apoio do Conselho Nacional de Saúde, do DATASUS e do Ministério Público Federal, por meio da Procuradoria dos Direitos do Cidadão, continua forte, saudável e operante.

1.2.4 A superação dos obstáculos

No entanto, os esforços não eliminaram de vez os gargalos no monitoramento das informações. A dificuldade no preenchimento das planilhas era um obstáculo, assim como a confiabilidade dos dados. Exemplos dos problemas à época materializavam-se na entrega das informações, que, geralmente, chegavam corrompidas em disquetes, e na falta de padronização dos registros, o que comprometia sua qualidade e, consequentemente, sua veracidade.

Essa situação de vulnerabilidade reforçava a necessidade de se criar uma ferramenta para facilitar o envio dos dados, oferecendo maior visibilidade ao orçamento executado por estados e municípios no SUS. Com a análise dos balanços dos estados e das capitais, realizada pela equipe da Secretaria de Gestão de Investimentos, a partir de 1999/2000, foi estabelecido o parâmetro inicial para os estudos sobre a aplicação de recursos no SUS.

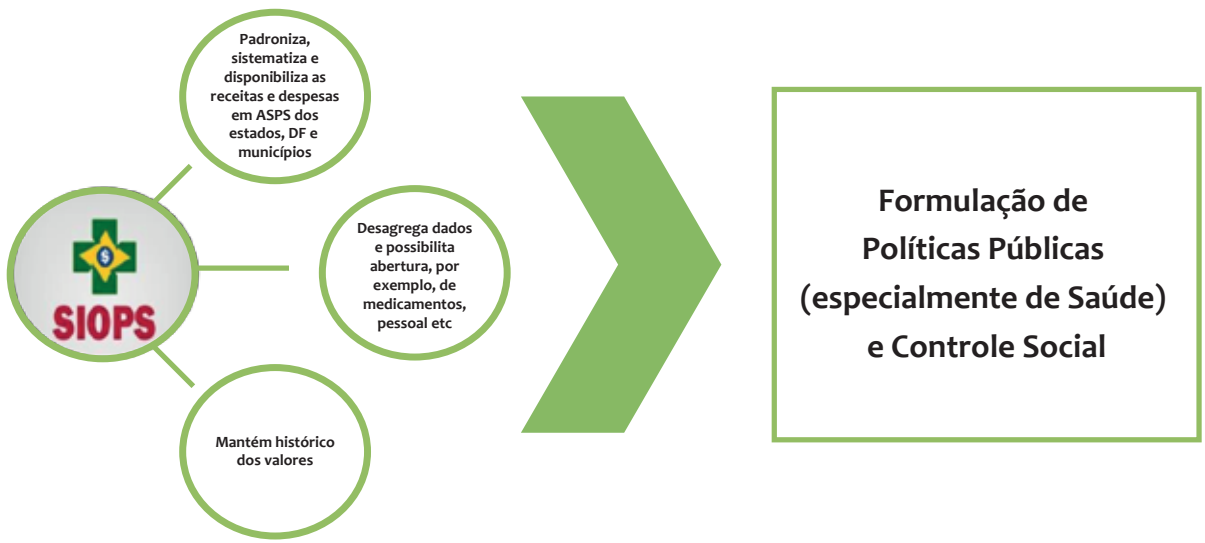
No entanto, o fluxo estabelecido não permitia extrapolar os dados para a realidade do conjunto de municípios brasileiros. A solução foi criar um sistema que tornasse possível

a coleta de dados dos estados e municípios a partir de premissas que orientaram a estruturação do Siops, em 1999. Assim, o projeto passa a ser executado com base nas seguintes proposições:

- Contribuir para a padronização das informações contábeis.
- Dar visibilidade às informações sobre financiamento e gastos em Saúde.
- Instrumentalizar os mecanismos e as ações de controle social em Saúde.
- Oferecer subsídios às áreas de planejamento, gestão e avaliação das políticas públicas de Saúde.
- Permitir o acompanhamento da execução orçamentária.

A figura a seguir evidencia o importante papel desempenhado pelo Siops na esfera da elaboração das políticas públicas no País. Graças à execução de tarefas vinculadas ao controle e ao monitoramento dos recursos investidos pelo estado na gestão do SUS, o Sistema permite o acesso a informações e dados que dão transparência à execução das Ações e Serviços Públicos em Saúde, permitindo ao cidadão e aos outros órgãos a cobrança da responsabilidade dos diferentes entes.

Figura 1 – O Siops no processo de elaboração de políticas públicas em Saúde



Fonte: Elaboração própria.

O processo de formulação do Siops está ancorado em um conjunto de leis e regras, as quais serão apresentadas a seguir. São elas que dão moldura ao processo histórico que marcou o nascimento deste projeto.

1.2.5 A base legal

O marco legal da criação do Siops veio com a Portaria Interministerial nº 529, de 30 de abril de 1999 (BRASIL, 1999a) – do Ministério da Saúde (MS) e da Procuradoria-Geral da República (PGR) –, que estabeleceu a base de seu desenvolvimento. Foi este o instrumento jurídico que designou a equipe técnica – composta por representantes dos dois órgãos – para cuidar da implementação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, abrangendo Distrito Federal, estados e municípios. O grupo recebeu a missão de concluir a tarefa em 18 meses.

Outra tarefa determinada por esta portaria foi a realização de estudo sobre normas para elaboração orçamentária do setor Saúde dentro das contas públicas. Após a conclusão desse trabalho, outra portaria conjunta do MS e da PGR institucionalizou o Siops no âmbito do Departamento de Projetos de Investimentos (DPI), da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde.

A Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163, de 11 de outubro de 2000 (BRASIL, 2000a), também deu lugar à Câmara Técnica de Orientação e Avaliação como órgão deliberativo e colegiado, e aos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops como espaços encarregados de oferecer o suporte técnico necessário aos estados e aos municípios na transmissão dos dados para o Sistema, à época, recém-criado. Esta regra e outras que ajudaram a dar a formatação atual do Sistema, além de definirem o escopo de sua atuação, constam do quadro a seguir.

A preocupação – expressa nas deliberações – foi de oferecer ao Siops a estrutura administrativa adequada que lhe desse o fôlego imprescindível à manutenção de seu esforço e, ao mesmo tempo, permitisse a formação e o aprimoramento de sua equipe técnica, constituída por especialistas com formações em diferentes áreas, como Saúde, Finanças Públicas e Informática.

Da ideia à realidade, do traço à execução: a trajetória do Siops marca um novo tempo para o acompanhamento efetivo dos orçamentos destinados à Saúde no País. Considerado o banco de dados mais completo no âmbito das políticas públicas, trata-se de auxiliar importante para o aprimoramento da gestão e do controle dos gastos. O Quadro 2 apresenta os principais normativos legais relacionados ao Siops.

Quadro 2 – Principais normativos legais relacionados ao Siops

Nome da Lei/ Norma	Data da entrada em vigor	Ementa
Portaria Interministerial nº 529	**30 de abril de 1999**	Designa equipe para desenvolver, nos próximos 18 meses, projeto para implantação de um Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos para Saúde (Siops), abrangendo União, estados e municípios, incluindo o estudo de normas para a elaboração orçamentária do setor Saúde dentro das contas públicas.
Emenda Constitucional nº 29	**13 de setembro de 2000**	Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde.
Portaria Conjunta nº 1.163	**11 de outubro de 2000**	Determina as competências do Departamento de Projetos de Investimento (DPI) e da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação. Esclarece as funções dos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops com o apoio da representação estadual do DATASUS/SE/MS e revoga as disposições em contrário, principalmente a Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério Público Federal nº 529, de 30 de abril de 1999.
Resolução CNS nº 322	**8 de maio de 2003**	Aprovação de novas diretrizes para aplicação da Emenda Constitucional nº 29: base de cálculo para recursos mínimos a serem aplicados em Saúde, definição do que são ações e serviços públicos de Saúde e o que se exclui da regra e os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle dos dados fornecidos.
Portaria Interministerial nº 446	**16 de março de 2004**	Implementação do Siops. Funções do Departamento de Saúde (DES), da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Composição e encargos dos 19 membros da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação (CT/Siops). Funções dos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops e seus representantes.
Lei Complementar nº 141	**13 de janeiro de 2012**	Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de Saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a Saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências.

continua

conclusão

Decreto nº 7.827	**16 de outubro de 2012**	Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que trata o inciso II do *caput* do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do *caput* do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de Saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.
Portaria GM nº 53	**16 de janeiro de 2013**	Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Fonte: Elaboração própria.

Além do objetivo primário de auxiliar a gestão e o controle social, o Siops cria ambiente propício ao intercâmbio de dados e experiência entre os entes federados e permite o acesso facilitado aos dados para a realização de pesquisas acadêmicas. Enfim, é um sistema de informações, o qual será detalhado nas próximas páginas, servindo de inspiração a outros projetos do mesmo tipo e cumprindo plenamente seu objetivo: dar maior transparência ao destino do dinheiro público. Mas nada disso seria possível sem a contribuição de inúmeras pessoas comprometidas com os objetivos descritos, como veremos a seguir.

1.3 As pessoas e as parcerias que fazem o Siops

Desde sua implantação, o Siops conta com colaboradores que empenharam esforços no aperfeiçoamento do sistema e em sua divulgação. A equipe é composta por contadores, economistas, administradores, técnicos de informática, profissionais de Saúde, entre outros de diferentes áreas. Esse grupo técnico mantém intensa articulação com o DATASUS, encarregado do desenvolvimento de tecnologias da informação e operacionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A preocupação é uma apenas: ajudar no aprimoramento e no adequado funcionamento do Siops. Existem ainda as parcerias institucionais com órgãos externos que contribuem com essa finalidade.

Entre elas, podemos citar a Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF), órgão responsável pela normatização da contabilidade pública no Brasil. A STN/MF estabelece as regras contábeis a serem utilizadas pelo Siops e oferece a possibilidade dos entes federados emitirem o demonstrativo de despesa com Saúde, previsto pela Lei de Responsabilidade Fiscal, por meio da declaração dos dados ao Sistema. Esse documento pode ser gerado quando do preenchimento pelos usuários dos dados de receitas e despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Os princípios que norteiam o trabalho do Núcleo Técnico do Siops e as parcerias estabelecidas possibilitam a aliança entre tecnologias de informação, ferramentas de gestão, controle social e pesquisa. Trata-se de uma interação técnica e institucional que assegura a observância das diretrizes constitucionais na provisão de serviços públicos, o que aufere significativos avanços na gestão da Saúde. Ou seja, é uma equação que resulta em ganhos para a população brasileira.

1.4 O modelo de gestão

A implantação do Siops, banco de dados alimentado por estados, DF e municípios, resultou no estabelecimento de um fluxo de gestão compartilhada, com responsabilidades e ações descentralizadas para as esferas subnacionais. Em seu processo de institucionalização, entendeu-se como oportuna a necessidade dessas duas instâncias para apoio às atividades desenvolvidas pelo Núcleo Técnico do Siops.

Em consequência desse entendimento, foram implantadas a Câmara Técnica de Orientações e Avaliação (CT/Siops) e os Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops (NeaSiops). A seguir, apresentaremos mais informações sobre as três principais estruturas já apresentadas (Núcleo Técnico, Câmara Técnica e Núcleos Estaduais), identificando sua importância para o funcionamento do Sistema.

1.4.1 Núcleo técnico do Siops

O Núcleo Técnico do Siops (NT–Siops) está vinculado à Coordenação-Geral de Economia da Saúde do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), que, por sua vez, integra a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS). É ele quem administra e é responsável pela operacionalização do Sistema, sendo o setor encarregado de exercer o secretariado executivo da Câmara Técnica do Siops.

As atividades desenvolvidas pelo Núcleo Técnico do Siops podem ser categorizadas em grandes blocos, descritos a seguir, com a discriminação das tarefas realizadas.

– **Desenvolvimento do *software* para declaração de dados pela União, estados, DF e municípios**

- Apoio ao desenvolvimento dos sistemas Siops da União para estados e municípios.

- Apoio ao desenvolvimento dos sistemas Siops com periodicidade semestral (janeiro a junho) e anual (janeiro a dezembro). Ressalta-se que, a partir de 2013, a periodicidade passará a ser bimestral.

- Programação do Siops em Excel (estadual e municipal), que são as regras de negócio.

- Elaboração da base dos sistemas estaduais e municipais (com dados provenientes da Secretaria do Tesouro Nacional e do Fundo Nacional de Saúde) para produção de críticas de preenchimento.

- Manutenção do banco de dados com as informações sobre financiamento e despesas em ASPS sob a responsabilidade das três esferas de governo.

- Realização de testes na programação do sistema.

– **Elaboração e monitoramento do sítio eletrônico**

- Colaboração no processo de atualização do sítio eletrônico.

- Atualização dos dados captados pelo Siops das informações criadas pelo Núcleo Técnico e de textos relevantes no sítio eletrônico.

- Monitoramento dos dados das páginas do Siops.

– **Apoio ao preenchimento dos dados pelos entes federados**

- Capacitação dos membros dos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops.

- Suporte aos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops para o desenvolvimento de suas atividades.

- Atendimento aos técnicos de estados e municípios (por telefone e correio eletrônico).

- Busca ativa de municípios e de estados cujas transmissões apresentaram erro (comunicação do usuário).

- Busca ativa dos municípios e estados que não transmitiram os dados.

- Autenticação dos recibos de municípios e estados quanto ao envio de dados por meio do Siops. Ressalta-se que, a partir de 2013, será implementado processo de certificação eletrônica para a homologação dos dados enviados ao sistema pelos entes federados.

– **Análise comparativa dos dados informados e disseminação das informações**

- Atualização de planilhas que demonstram a subaplicação de municípios (montantes que deixaram de ser aplicados).

- Elaboração de notas técnicas para responder às demandas provenientes de gestores do SUS, da Advocacia Geral da União (AGU), das câmaras de vereadores e de outras instituições.

- Elaboração dos indicadores (i) gasto público com Saúde como proporção do PIB e (ii) gasto público com Saúde *per capita* da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

- Participação em eventos que objetivam oferecer treinamento sobre o Siops para prefeitos, secretários de Saúde, de finanças, contadores, conselheiros de Saúde, entre outros profissionais;

- Análise de balanços dos estados e municípios (capitais).

1.4.2 Câmara técnica de orientação e avaliação do Siops

A Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops (CT/Siops) constitui uma instância interinstitucional composta por representantes de 18 órgãos e instituições. Ela apresenta caráter consultivo, propositivo, analítico e avaliador, contando para o desempenho de suas funções com o suporte do DESID/SE/MS.

As reuniões ordinárias da Câmara ocorrem, em geral, no segundo dia útil dos meses pares ou na primeira terça-feira dos respectivos meses. A qualquer tempo, podem ser convocadas reuniões extraordinárias.

Para o desempenho de suas atribuições, a Câmara conta com suporte do DESID/SE/MS, podendo, quando necessário, solicitar apoio de outras estruturas do Ministério da Saúde. Até fevereiro de 2013, haviam sido realizadas 72 reuniões da CT/Siops. As atas dessas reuniões podem ser visualizadas no endereço eletrônico <http://Siops.datasus.gov.br>. Confira a seguir as instituições e os órgãos que a compõem:

- Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres).

- Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon).

- Conselho Federal de Contabilidade (CFC).

- Conselho Nacional de Saúde (CNS).

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

- Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

- Fundo Nacional de Saúde (FNS).

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

- Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, pelo Ministério Público Federal.

- Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS).
- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS).
- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS).
- Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).
- Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF).
- Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS).

Entre as atribuições da CT/Siops constam atividades relacionadas à proposição de ações, o estímulo à adesão ao Sistema, a articulação interinstitucional e a formulação de propostas de trabalho. Enumeramos, a seguir, o escopo da atuação da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops:

- Analisar as informações produzidas pelo sistema, subsidiando com relatórios o planejamento e a gestão do SUS, visando ao aperfeiçoamento das políticas de financiamento da Saúde e a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência dos gastos públicos em Saúde.
- Auxiliar na ampliação do número de adesões ao Siops.
- Elaborar proposta de regimento interno para seu funcionamento.
- Formular propostas de articulação entre as informações prodizidas pelo Siops e as metodologias existentes sobre Sistemas de Contas Nacionais em Saúde.
- Propor a articulação entre o Siops e outros sistemas de informação em Saúde.
- Propor a articulação entre o Siops e outros sistemas de orçamentos e gastos públicos.
- Propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações.
- Subsidiar a elaboração de Projeto de Lei Complementar de regulamentação da Emenda Constitucional que vinculou recursos à Saúde e propor mecanismos para acompanhar seu cumprimento.
- Sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações produzidas a partir do Siops.

1.4.3 Núcleos estaduais de apoio ao Siops

Os Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops (NeaSiops) são instâncias de suporte aos estados e municípios, principalmente no que concerne à estimulação da adesão dos municípios ao processo de alimentação do Sistema. Sua missão inclui proporcionar aos gestores o apoio técnico necessário para que a transmissão de dados aconteça segundo os critérios e prazos estabelecidos.

Os técnicos que compõem esta estrutura também zelam pela qualidade dos dados informados pelos estados, DF e municípios ao Siops. Eles contribuem para eliminar eventuais erros e inconsistências que podem ocorrer nas diferentes etapas do processo. Este empenho resulta na maior confiabilidade das informações acumuladas.

A análise das informações criadas pelo Siops, como forma de oferecer subsídios aos processos de planejamento e gestão do SUS no âmbito do Estado, também está entre suas atribuições, assim como contribuir com o controle social sobre as políticas de financiamento da Saúde.

A Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000 (BRASIL, 2000a), e, posteriormente, a Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004 (BRASIL, 2004), propõem que os Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops tenham representações das seguintes instituições:

- Associação ou Federação Estadual de Municípios.
- Conselho Estadual de Saúde.
- DATASUS/SE/MS (representação estadual).
- Ministério Público Estadual.
- Secretaria Estadual de Saúde.
- Secretarias Municipais de Saúde, indicadas pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Recomendação da CT/Siops, execrada durante a 68ª reunião, em 4 de junho de 2012, sugeriu a incorporação da representação das secretarias estaduais e municipais de Fazenda, de forma a facilitar a obtenção das informações contábeis necessárias à declaração dos dados ao Siops (BRASIL, 2012c).

Uma vez que esses Núcleos Estaduais são importantes fomentadores da correta e constante alimentação do Siops pelas unidades federativas e pelos municípios adstritos, destaca-se a atenção que os NeaSiops dedicam à qualificação das informações (confiabilidade, fidedignidade) e à integralidade do envio de dados pelos municípios.

Se até 2012, a alimentação do Siops ocorria duas vezes ao ano, sendo necessária a constante atuação dos Núcleos Estaduais com os municípios, tal esforço deve se intensificar

ainda mais a partir de 2013, quando a inserção de dados será bimestral. Para atingir suas metas, essas estruturas desenvolvem suas atividades com foco nos seguintes aspectos:

- Educação continuada.
- Preenchimento de planilhas e formulários.
- Resolução de problemas operacionais.
- Suporte técnico para retirada de dúvidas contábeis.

Uma mudança no fluxo de envio das informações ao Siops, ocorrida em 2003, acabou por reforçar o espaço dos Núcleos Estaduais dentro do processo. Na época, passou a ser exigido que o envio do Siops anual só pudesse ser efetuado após o repasse das informações dos anos anteriores. Assim, essas estruturas assumiram papel essencial, de importância crescente.

Por isso, com a finalidade de proporcionar maior integração quanto às responsabilidades dos secretários de Saúde, dos presidentes dos Cosems, dos gerentes regionais do DATASUS e dos demais técnicos e gestores envolvidos com o Siops foram sugeridas atribuições para algumas representações dos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops.

Assim, ao detalhar as atribuições do coordenador do NeaSiops, do representante do Cosems e do representante do DATASUS, a expectativa é de se fortalecer ainda mais os Núcleos Estaduais e de consolidar a percepção da importância do uso dos dados para subsidiar a formulação de políticas da área da Saúde. Confira, a seguir, o escopo de cada uma dessas funções dentro da estrutura dos Núcleos.

1.4.3.1 Representante da Secretaria Estadual de Saúde – Coordenador do NeaSiops:

- Acompanhar aplicação de recursos próprios em ASPS pelo estado e pelos municípios, promovendo discussões sobre os dados e sua divulgação para as instâncias de controle social.
- Agregar os diversos componentes do Núcleo: os executores (SES, Cosems, DATASUS) e os consultores (Ministério Público, Conselho Estadual de Saúde e outros).
- Articular-se com as instâncias de suporte às atividades do Núcleo (Secretaria Estadual de Fazenda, Secretaria de Planejamento e Orçamento, Tribunal de Contas do Estado, Conselho Regional de Contabilidade, entre outras).
- Atualizar o cadastro do responsável pelo preenchimento do Siops estadual.
- Controlar a situação de entrega e a regularização da autenticação dos responsáveis pelos municípios adstritos via internet.

- Coordenar as atividades estaduais do Núcleo Estadual de Apoio ao Siops.
- Fazer a articulação do NeaSiops com os secretários estaduais, os secretários municipais e os prefeitos.
- Fazer a interlocução com os municípios adstritos quanto à regularização da situação de entrega e autenticação do usuário.
- Fazer a interlocução dos interesses do Núcleo dentro de sua instituição de origem.
- Planejar a descentralização das atividades do Núcleo para as regionais de Saúde, em sintonia com o preconizado pelo pacto pela Saúde.
- Planejar a participação da equipe nos eventos da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e do DATASUS com o objetivo de divulgar o Siops.
- Planejar calendário mínimo de reuniões do Núcleo.
- Promover o alinhamento teórico e de conduta dos membros da equipe.
- Promover o treinamento de técnicos municipais e estaduais quanto ao preenchimento do Siops e ao manuseio da página na internet.
- Viabilizar a disposição de profissionais para atendimento aos municípios por meio de telefone e correio eletrônico.

1.4.3.2 Representante do Cosems:

- Acompanhar a situação de entrega e de autenticação dos municípios e contatar os municípios "inadimplentes".
- Atuar no diagnóstico das dificuldades enfrentadas pelos municípios quanto ao preenchimento do Siops.
- Dispor de carga horária para participação nas atividades do Núcleo a serem realizadas.
- Estimular o preenchimento do Siops pelos gestores municipais.
- Integrar a equipe do Núcleo Estadual.
- Participar ativamente na divulgação do Siops entre os gestores municipais.
- Participar das reuniões do Núcleo convocadas pelo coordenador.
- Promover a articulação entre gestor municipal de Saúde e prefeituras.

- Promover a atualização dos dados das secretarias municipais de Saúde e prefeituras.
- Ser o interlocutor dos interesses do Núcleo dentro de sua instituição de origem.

1.4.3.3 Representante do DATASUS:

- Auxiliar no diagnóstico de possíveis erros ou inconsistências do Siops.
- Dispor de carga horária para participação nas atividades do Núcleo a serem realizadas.
- Integrar a equipe do Núcleo.
- Interagir com Núcleo Técnico do Siops e equipe técnica do DATASUS/RJ quanto à resolução de problemas na área de informática.
- Participar das reuniões do Núcleo.
- Participar de treinamentos do Siops.
- Promover o treinamento dos municípios na área de informática, em parceria com a coordenação.
- Responsabilizar-se pela orientação aos municípios quanto às dúvidas técnicas relacionadas à área de informática.
- Ser o interlocutor dos interesses do Núcleo dentro de sua instituição de origem.

Em levantamento realizado em 2011, já existiam 17 Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops formalizados, por meio de publicação de portaria, em suas respectivas secretarias estaduais. Os demais Núcleos Estaduais estabeleceram-se informalmente em suas unidades da Federação. Apesar dos avanços alcançados, percebe-se a existência de problemas que afetam o funcionamento pleno desses grupos, os quais são fundamentais à superação dos objetivos do Sistema.

As dificuldades apresentadas pelos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops (NeaSiops) relacionam-se com aspectos referentes à infraestrutura, aos recursos humanos e à articulação. A seguir, listamos os problemas relatados, que interferem no desempenho da atuação pretendida:

- Alta rotatividade de técnicos que preenchem o Siops.
- Articulação deficiente entre os membros do NeaSiops.
- Ausência da análise da qualidade dos dados declarados ao Siops.

- Desconhecimento por parte dos prefeitos e secretários sobre o uso dos dados do Siops.
- Falta de formalização do NeaSiops.
- Infraestrutura insuficiente para realização das atividades.
- Necessidade de capacitação de técnicos, gestores e contadores municipais *in loco*.
- Recursos escassos.
- Sobreposição de funções das pessoas que trabalham no NeaSiops.
- Terceirização do serviço de preenchimento do Siops por parte dos municípios.

A despeito dos problemas discriminados, os NeaSiops têm desenvolvido excelente trabalho de disseminação do Siops. São exemplares as atividades pelos núcleos da Bahia, Ceará, Minas Gerais, Pará, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

Entretanto, está clara a necessidade de se estreitar ainda mais a relação entre os NeaSiops e o Núcleo Técnico do Siops, reafirmando-se a cooperação técnica já existente, mas também aportando recursos financeiros para facilitar o desenvolvimento das atividades por parte da equipe dos NeaSiops.

Mas a integração e o pleno funcionamento dessa estrutura aconteceram em grande parte por conta das ferramentas disponibilizadas pela tecnologia. Elas tornaram possível a coleta dos dados, contribuindo de forma decisiva para a confiabilidade das informações acumuladas, como veremos adiante.

1.5 Tecnologia: uma poderosa aliada

A transmissão de informações pela internet é apenas um exemplo das vantagens advindas das tecnologias amparadas pela *web*. Ela colabora para que o Siops mantenha sua base de dados atualizada e possa oferecer aos usuários – nos mais diferentes níveis – o acesso aos produtos que busca.

No endereço eletrônico em que o Sistema está hospedado, é possível, por exemplo, acessar o programa e preencher os formulários com os dados obtidos em balanços contábeis e fazer o encaminhamento de tudo – imediatamente – pela internet. Cabe ao DATASUS armazenar os dados encaminhados e permitir sua divulgação na página do Siops na internet.

Para tanto, as informações declaradas são organizadas em pastas (ver mais detalhes no quadro a seguir) que, juntas, permitem à sociedade conhecer a realidade dos gastos em

Ações e Serviços Públicos de Saúde no Distrito Federal, nos estados e nos municípios. Sem dúvida, a organização dos dados captados – cujo fluxo de seu processamento será apresentado de forma aprofundada no Capítulo 3 desta publicação – contribui para o êxito do Siops.

Quadro 3 – Modelo de organização dos dados no Siops

NOME DA PASTA	CONTEÚDO
Dados Gerais	Informações sobre os responsáveis pelo preenchimento de dados de receitas e despesas.
Informações Complementares	Informações sobre o Conselho de Saúde e o Fundo de Saúde responsáveis pelo ente federado e Tribunal de Contas.
Receita	Informações sobre receitas da administração direta e indireta.
Despesas	Informações sobre despesa em Saúde da administração direta e indireta, por categoria econômica, despesa por subfunção e despesa por fonte.
Execução Financeira por Bloco de Financiamento	Informações sobre os gastos em Saúde, utilizando-se dos componentes dos blocos de financiamento estabelecidos pela Portaria MS/GM nº 698.

Fonte: Elaboração própria.

Após a consolidação de todas as informações declaradas pelos entes federados na base de dados do Sistema, o *site* é atualizado e os dados ficam disponíveis para toda a população pelo endereço <http://Siops.datasus.gov.br>.

Em uma interface amigável e de fácil acesso, como mostra a reprodução de sua página principal (ver a seguir), o Siops oferece ao cidadão comum também a possibilidade de exercer o controle sobre os gastos com Saúde em cada unidade político-administrativa do País. O *site* oferece a consulta sobre as receitas totais e as despesas com ações e serviços públicos em Saúde de qualquer estado ou município.

Figura 2 – Leiaute da página no portal da Saúde

Fonte: Portal da Saúde.

1.5.1 O fluxo da informação e dos dados

A consulta no *site* do Siops é organizada para que o usuário possa acessar os dados de formas diferentes: a) como foram originalmente declarados nas pastas do programa; b) como indicadores calculados a partir dos dados informados ou c) como demonstrativos, inclusive os que integram o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), que é uma das exigências da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000b).

Para que se possa consultar os dados informados na pasta de receitas e despesas (em cada período ou em séries históricas) ou mesmo os indicadores, os pré-requisitos exigidos do usuários são dois: conhecer a classificação das receitas e despesas que se quer pesquisar e saber qual fase desejada de receita (previsão atualizada, receita realizada, receita orçada) e de estágio de despesa (dotação atualizada, despesa empenhada, despesa liquidada, despesa paga e despesa orçada) desejada.

Os dados informados por meio do Siops são disponibilizados no sítio exatamente como são captados. Os indicadores, pré-estabelecidos com objetivos específicos, são índices constituídos por contas contábeis no numerador e no denominador, calculados a partir dos dados declarados. Ressalta-se que no Siops, os indicadores receberam uma codificação que permite identificar a que se referem: assim, os indicadores iniciados com dígito 1 referem-se às receitas:

Quadro 4 – Indicadores de receitas informadas ao Siops

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do ente.
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do ente.
1.3	Participação (%) das transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o ente.
1.4	Participação (%) das transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a Saúde no ente.
1.5	Participação (%) das transferências da União para a Saúde (SUS) no total de transferências da União para o ente.
1.6	Participação % da receita de impostos e transferências constitucionais e legais na receita total do ente.

Fonte: Elaboração própria.

Já os indicadores que começam pelo dígito 2 referem-se às despesas:

Quadro 5 – Indicadores de despesas informadas ao Siops

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
2.1	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do ente, por habitante.
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde.
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde.
2.4	Participação da despesa com serviços de terceiros – pessoa jurídica na despesa total com Saúde.
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde.

Fonte: Elaboração própria.

Por sua vez, os indicadores iniciados pelo dígito 3 correlacionam receitas e despesas:

Quadro 6 – Indicadores informados ao Siops que correlacionam receitas e despesas

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC nº 29/2000.

Fonte: Elaboração própria.

O principal indicador do Siops (3.2) objetiva demonstrar o percentual de recursos próprios gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Importante esclarecer que recursos próprios são os impostos arrecadados diretamente pelos estados, Distrito Federal ou municípios e os transferidos pelas outras esferas de governo, mediante definição constitucional.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a qual será analisada com maior atenção nos próximos itens e capítulos, trata da base de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em ASPS por estados, Distrito Federal e municípios em seus artigos 6º e 7º, à luz do § 2º do artigo 198 da Constituição (BRASIL, 1988). Em relação à base de cálculo estadual, segue transcrito o art. 6º da LC 141/2012 (BRASIL, 2012b):

> Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do *caput* do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Desse modo, a base de cálculo estadual é representada pelos seguintes impostos:

Quadro 7 – Base de cálculo estadual prevista na LC nº 141/2012

ESTADOS
Receita de Impostos (I)
Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCD)
Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS)
Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
Multas, juros de mora e outros encargos dos impostos
Dívida ativa dos impostos
Multas, juros de mora e outros encargos da dívida ativa
(+) Receitas de Transferências Constitucionais e Legais (II)
Cota-Parte FPE
Cota-Parte IPI Exportação
Compensações financeiras provenientes de impostos e transferências constitucionais
Desoneração ICMS (LC nº 87/96)
(-) Transferências Constitucionais e Legais a Municípios (III)
ICMS (25%)
IPVA (50%)
IPI Exportação (25%)
(=) TOTAL DA BASE DE CÁLCULO ESTADUAL (IV = I+II-III)

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à base de cálculo municipal, segue transcrito o art. 7º da LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012b):

> Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do *caput* e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Assim, de acordo com o disposto na LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012b), os impostos que constituem a base de cálculo municipal são:

Quadro 8 – Base de cálculo municipal prevista na LC nº 141/2012

MUNICÍPIOS
Receita de Impostos (I)
Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU)
Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos (ITBI)
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS)
Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
Imposto Territorial Rural (ITR)
Multas, juros de mora e outros encargos dos impostos
Dívida ativa dos impostos
Multas, juros de mora e outros encargos da dívida ativa
(+) Receitas Transferências Constitucionais e Legais (II)
Cota-Parte FPM
Cota-Parte ITR
Cota-Parte IPVA
Cota-Parte ICMS
Cota-Parte IPI Exportação
Compensações financeiras provenientes de impostos e transferências constitucionais
Desoneração ICMS (LC nº 87/1996)
(=) TOTAL DA BASE DE CÁLCULO MUNICIPAL (III = I + II)

Fonte: Elaboração própria.

Considerando as despesas com ASPS, devem ser declarados ao Sistema os gastos com Saúde, segundo o que estabelece os artigos 2º, 3º e 4º da LC nº 141/2012. O cálculo do percentual atualmente é realizado utilizando-se os seguintes parâmetros:

- O estágio de despesa utilizado é a despesa empenhada, que engloba a despesa liquidada e os restos a pagar não processados.
- São realizadas duas deduções: i. Os restos a pagar sem disponibilidade financeira; ii. Os restos a pagar cancelados.

Porém, este cálculo não foi o mesmo ao longo de toda a história do Sistema, tendo sofrido as seguintes modificações:

- **Entre 2000 e 2001:** o cálculo era realizado pela despesa empenhada.

- **Entre 2002 e 2003:** o cálculo era realizado com a despesa liquidada, baseado no que estabelece o art. 35, inciso II, da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.

- **A partir de 2004:** com a implementação da captação de informações sobre restos a pagar pelo sistema e a constatação de que os entes federados não liquidavam suas despesas ao final do exercício financeiro, o cálculo passou a ser realizado como demonstrado anteriormente.

O Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Ações e Serviços de Públicos de Saúde – Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária passou a ser produzido automaticamente em decorrência do preenchimento do Siops, em 2002. Este demonstrativo, que também visa aferir a aplicação do limite mínimo de recursos próprios em Saúde, segue o estabelecido na LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012b), na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000b) e nas normas publicadas pela STN, referentes a cada exercício financeiro.

Em relação ao cálculo dos recursos mínimos da União em ASPS, a obrigatoriedade de demonstração dos gastos da União pelo Siops, trazida pela LC nº 141/2012, fará com que o Siops se adapte à regra estabelecida no artigo 5º da lei, conforme transcrito a seguir.

> Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. (g.n.).

A interpretação vigente de "valor empenhado no exercício anterior" é a que se denomina "base móvel" cujo valor apurado no ano anterior é considerado como o montante efetivamente empenhado pelo Ministério da Saúde, em cada exercício financeiro.

1.5.2 A segurança das informações

Como já explicamos, qualquer cidadão pode acompanhar os dados orçamentários e financeiros do Distrito Federal, dos 26 estados e dos 5.564 municípios brasileiros relativos à Saúde. A partir de 2012, esta possibilidade de monitoramento foi estendida também às receitas e despesas realizadas na esfera da União. No entanto, este acesso amplo, geral e irrestrito não vale para fazer a inserção de dados no Siops.

Até dezembro de 2012, para executar esta tarefa, a pessoa tinha que ser designada formalmente pela instância de gestão a qual representa como o responsável pelo preenchimento dos dados no Sistema. Todos os dados declarados são de inteira responsabilidade do chefe do Poder Executivo da esfera de gestão de abrangência avaliada e acompanhada. É ele quem designa um "usuário responsável" pelo envio de dados ao Siops com dados da sua unidade da Federação ou do seu município.

Era encaminhado ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid), mais especificamente ao Núcleo Técnico do Siops – um documento oficial denominado "Comunicação de Usuário". No texto assinado pelo chefe do Poder Executivo, exigia-se o reconhecimento da firma em cartório, ficando expressa a indicação da pessoa que faria a alimentação do Sistema.

Após o recebimento da comunicação pelo Núcleo Técnico do Siops e a autenticação do usuário no Sistema, o representante do gestor poderia cumprir suas tarefas. No endereço eletrônico <http://Siops.datasus.gov.br>, os usuários estaduais e municipais autenticados acessavam os sistemas, preenchiam os campos dos formulários com as informações extraídas dos balanços contábeis e as encaminhavam pela internet no próprio sistema. As informações eram armazenadas em banco de dados no DATASUS e divulgadas na página do Siops.

Com a publicação da LC nº 141/2012, o sistema passará a atuar, a partir de 2013, com a certificação digital dos chefes do Poder Executivo da União, estados, Distrito Federal e municípios.

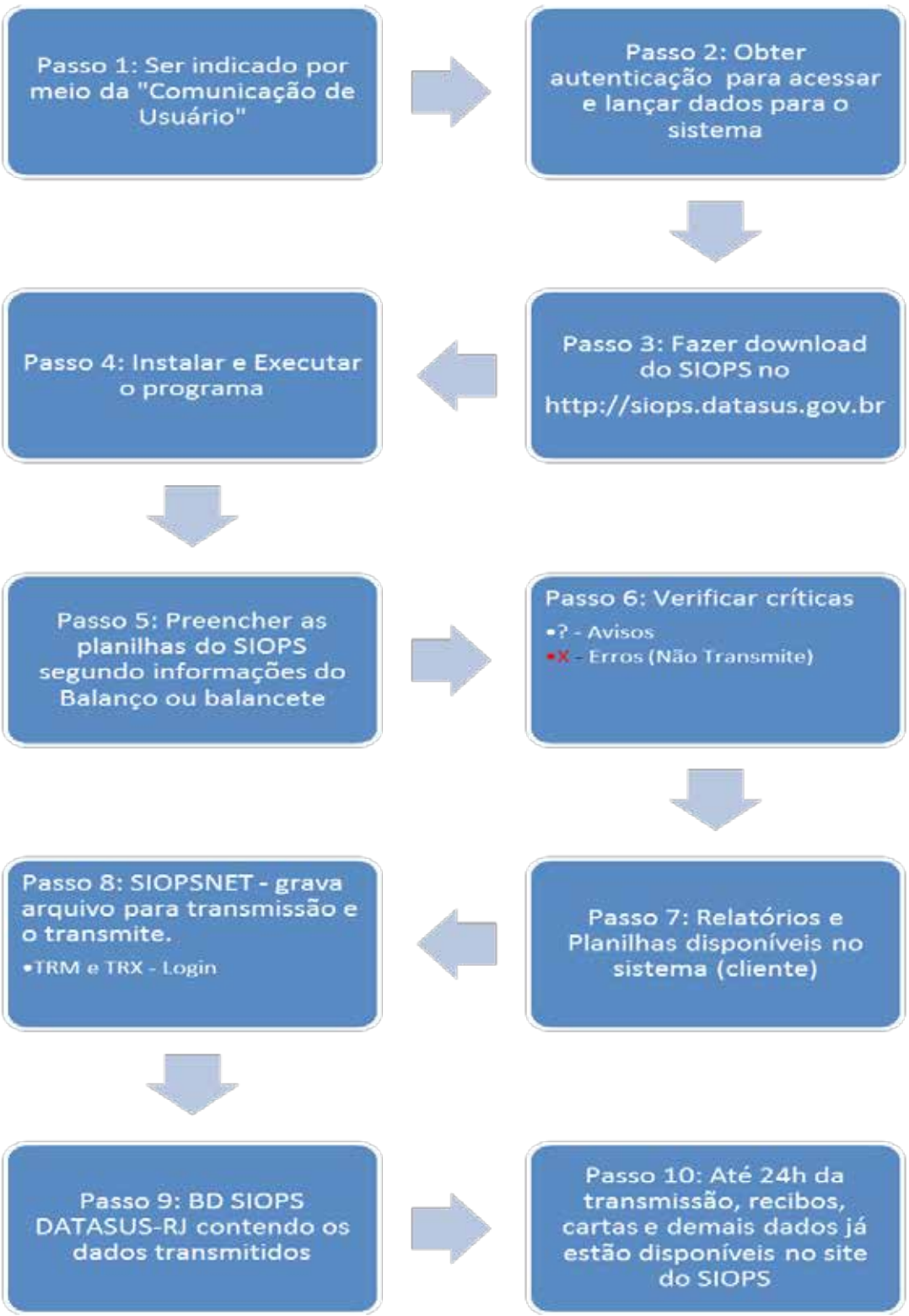
Mas o cuidado com a credibilidade das informações remetidas é grande. Para evitar equívocos cometidos até pelos usuários cadastrados e autenticados, os técnicos do Núcleo Técnico do Siops desenvolveram vários "filtros de consistência" que foram integrados à plataforma ao longo dos anos.

Estes filtros fazem o controle automático da inserção de dados, inclusive emitindo alertas para eventuais problemas no preenchimento dos formulários. Caso os equívocos não sejam devidamente corrigidos, os mecanismos implantados impedem o usuário de concluir as operações iniciadas. Com isso, fica garantida a padronização e a qualidade das informações prestadas, que compõem a base de dados do Siops.

A seguir, é possível visualizar o passo a passo para o uso do Siops, cujo conteúdo consta do Manual de Preenchimento, disponível para *download* na internet. O documento auxilia os novos usuários com informações detalhadas. Em caso de dúvidas, a equipe do Núcleo Técnico oferece atendimento por telefone, *e-mail* ou pelo *link* "Ajuda", com respostas às principais dúvidas dos usuários. A partir de 2013, foi também implantado o serviço de atendimento aos operadores do Siops por meio do Disque Saúde – 136.

No próximo item, teremos mais detalhes sobre como foi construída a plataforma de linguagem do Siops com os entes federados e com a população. Ao longo dos anos, poderemos testemunhar como as inovações do mundo digital e da informática foram fundamentais para o cenário atual dentro do Sistema.

Fluxograma 1 – Fluxo operacional do Siops



Fonte: Elaboração própria.

1.5.3 A novidade da certificação digital no Siops

Com a implantação do processo de certificação digital para atendimento dos dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b), os passos 1 e 2, descritos anteriormente, sofrerão alteração que garantirá maior segurança no processo de envio dos dados pelos entes federais.

Antes de tudo, salienta-se que a nova regra torna obrigatório o registro de dados sobre despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, pelos entes da Federação na pessoa do gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) no Siops. Os dados declarados e homologados pelos gestores passam a ter fé pública para todos os fins legais, incluindo a comprovação da aplicação do mínimo constitucional de recursos em Saúde. Isso vale até a emissão de parecer pelo Tribunal de Contas para as contas do exercício financeiro.

As informações sobre despesas em Saúde informadas pelos gestores, por meio do Siops, serão utilizadas para determinar a suspensão de transferências voluntárias e poderão criar também o condicionamento e a suspensão de transferências constitucionais. Essas medidas decorrem da comprovação de que não houve a aplicação do mínimo ou não aconteceu a declaração e a homologação dos dados no sistema.

Deste modo, como houve a necessidade de automatizar os processos relativos ao cadastro de usuários e de garantir segurança na transmissão de dados por meio do Siops, tornou-se essencial a adoção da certificação digital no âmbito do Siops. Para tanto, o Ministério da Saúde está financiando a primeira concessão de certificado digital da ICP–Brasil para pessoas físicas, tipo A3 (válido por três anos), por meio da doação de *tokens* que são os dispositivos nos quais são armazenados os certificados digitais e da contratação de empresas para emitirem esses certificados. O processo está ocorrendo conforme os critérios a seguir:

- A certificação para cadastro de usuários e transmissão de dados passa a ser obrigatória a partir de 2013.

- Será autorizada a emissão de quatro certificados por ente da Federação. No caso de municípios, um para o prefeito, um para a pessoa por ele indicada como seu substituto, um para o secretário de Saúde e um para o substituto dele. No caso dos estados e do Distrito Federal, serão emitidos um para o governador, um para representante que ele nomeie como seu substituto, um para o secretário de Saúde e um para alguém ele que indique como seu substituto.

- As pessoas autorizadas serão indicadas pelos governadores e prefeitos no próprio Siops, possibilitando que o DESID disponibilize a informação dos usuários autorizados às empresas credenciadas pelo Ministério da Saúde para que seja emitido o certificado digital.

- Os *tokens* foram enviados aos governadores e prefeitos para serem distribuídos a todos os operadores do Siops, conforme perfil descrito anteriormente (quatro por ente da Federação).

- Os certificados digitais salvos nos *tokens* serão utilizados pelos autorizados nas funcionalidades de cadastro e na homologação de dados, segundo o seu perfil.

1.5.4 O desenvolvimento operacional do Sistema

A reconstrução do caminho que levou à criação do Siops obrigatoriamente passa pela relevância que o desenvolvimento tecnológico em informática teve em sua história. A contribuição de técnicos e especialistas neste campo do conhecimento resolveu impasses e levou às escolhas acertadas que tornaram factível o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Diferentes *softwares* e plataformas foram empregados, sendo que a substituição de cada um aconteceu em um cenário de avanço contínuo da tecnologia e de aperfeiçoamento da proposta matriz do Siops. Pela dinâmica inerente a este campo do conhecimento, as mudanças serão permanentes, mas, como resgate de um processo iniciado nos anos de 1990, são apresentados, no quadro a seguir, os principais sistemas utilizados e suas características.

Quadro 9 – Evolução histórica dos *softwares* empregados pelo Siops

Sistema	Ano Base	Características
FOX	**1998**	– Distribuído pela internet por meio de *download*. – Desenvolvido pelo DATASUS. – Permite a verificação das receitas e das despesas em Saúde relativas ao ano posterior.
DELPHI 1.0	**1999/2000/2001**	– Soma, classificações e verificações automáticas. – Compatível com Windows 95. – Obrigatoriedade do preenchimento de determinadas informações. – Melhor consistência das informações prestadas.
DELPHI 5.0	**A partir de 2002**	– Linguagem Oracle. – Possibilidade de criar vários relatórios. – Documentos mais seguros. – Redução do tempo de atualização do *site*.

Fonte: Elaboração própria.

Os anos marcam a passagem do tempo e indicam o crescimento da semente lançada. Para permitir melhor visualização dos avanços alcançados – a cada novo sistema ou plataforma – apresentamos a seguinte síntese cronológica:

- **1998 –** O primeiro programa para a coleta de dados sobre a execução orçamentária dos municípios foi o Fox. O programa, distribuído pela internet por meio de *download* no *site* do responsável pelo desenvolvimento do projeto (DATASUS),

permitia ao usuário a verificação das receitas e das despesas em Saúde relativas ao ano posterior.

- **1999 –** Logo em seguida, com base nos dados de 1999, o Delphi 1.0 assumiu como o programa sucessor do Fox. Compatível com o Windows 95, ele incorporou diversas funcionalidades, como uma interface mais amigável, que permitia visualizar todos os dados enviados pelos estados, municípios e o Distrito Federal. Outra vantagem era a possibilidade de efetuar somas dos valores nas planilhas, o que facilitava o uso do sistema pelos usuários.

Como auxiliar do processo de verificação de dados, o Delphi 1.0 passou a seguir novos critérios de classificação, que separaram as informações enviadas em dois grupos: "Dentro dos Parâmetros" e "Fora dos Parâmetros", conforme a adequação dos arquivos às exigências definidas pelo Núcleo Técnico do Siops. Isso facilitava a identificação de problemas como ausência de preenchimento em campos obrigatórios.

Este *software* também apontava a inconsistência de informações e/ou valores presente nas bases de dados de transferência intergovernamental do Fundo Nacional de Saúde (FNS) – as chamadas transferências Fundo a Fundo – ou de outras receitas. Entre essas, figuram os recursos provenientes da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF) referentes à cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), à Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996 (BRASIL, 1996), e ao Imposto Territorial Rural (ITR).

A melhora do processo permitiu criar auxílios aos usuários. A publicação no *site* do Siops de informações sobre o tipo de inconformidade de dados que deveriam ser corrigidos e para que os arquivos fossem devidamente retransmitidos pela internet foi um dos avanços. O desempenho do Delphi 1.0 fez com que fosse mantido como o *software* padrão para coleta de dados pelo Siops nos anos-base 2000 e 2001.

Nesses períodos, as melhorias foram menores. A principal inovação foi a ampliação do sistema de críticas aos dados informados, que foi incorporado ao Sistema, dando ainda mais consistência a sua base de dados. Esse novo crivo impedia que arquivos com informações inconsistentes ou divergentes dos valores esperados para as transferências do FNS, da STN/MF/MF (FPM, LC nº 87/1996 e ITR) e para a cota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) fossem transmitidos ao Siops.

- **2002 –** A partir do ano-base 2002, houve mudanças no sistema de coleta de dados. O *software* Delphi 1.0 foi substituído pelo Delphi 5.0, sendo que o banco de dados mudou sua plataforma de funcionamento Windows 95 pela linguagem Oracle. Essa troca trouxe vários ganhos para o Siops e seus usuários como a possibilidade de montagem de uma série de relatórios no sítio eletrônico.

De forma complementar, a nova linguagem ofereceu maior estabilidade e segurança para a base de dados, reduzindo o tempo de atualização das informações no *site* do Sistema, o qual era diário, até então. A inovação ainda deu condições para o advento de modificações no Siops do ponto de vista da codificação contábil.

Essa codificação contábil passou a ser composta de dez dígitos. Oito desses dígitos estavam previstos pela classificação da STN/MF, determinada pela Portaria Interministerial nº 163, de 4 de maio de 2001 (BRASIL, 2001a), assinada pelos ministérios da Fazenda e do Planejamento, Orçamento e Gestão. Os outros dois dígitos foram acrescentados para contemplar detalhamentos específicos da Saúde, não previstos no regulamento editado pela área econômica do governo federal.

A mudança aponta para evolução, já que os *softwares* anteriores trabalhavam com codificação própria, criada pela equipe do Siops, que destacava os itens de receita e de despesa mais importantes para o cálculo do gasto com recursos próprios. No sistema empregado em 2000 e 2001, eram registrados os valores da receita arrecadada e de duas fases da execução orçamentária: o empenho e o pagamento (despesa realizada).

A adoção do *software* Delphi 5.0 e da linguagem Oracle abriu espaço para o preenchimento automático do Anexo XVI do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), quando da transmissão de dados ao Siops. Em 2007, o RREO foi modificado para detalhar a inscrição e a execução dos Restos a Pagar (RP) devido à mudança metodológica no cálculo da despesa no Siops.

Atualmente, trabalha-se o projeto de utilização da plataforma *web* para o Siops. A mudança de periodicidade de registro de dados no sistema de semestral para bimestral faz que o esforço para disponibilização dos programas de preenchimento seja muito grande. Dessa forma, busca-se criar uma ferramenta única e parametrizável para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios.

Assim, em síntese, os sucessivos aperfeiçoamentos apontam para um cenário promissor, no qual os aplicativos utilizados se tornam auxiliares eficazes na melhora da captação de dados pelo Siops. As diferentes funções que, ao longo dos anos, foram incorporadas ao programa ajudaram a melhorar a captação das diferentes fases e estágios de receitas e despesas, nas somas necessárias ao cálculo de indicadores, na inserção de críticas para evitar a introdução de erros no Sistema e na emissão de relatórios. Enfim, melhorar a captação dos dados e a forma de exposição de informações em indicadores e relatórios, a fim de atender aos normativos legais.

1.5.5 A evolução permanente

Mas essas não foram às únicas medidas no âmbito do Siops para assegurar a qualidade do dado repassado. A partir de 2002, com a chegada do Delphi 5.0 e do Oracle, as planilhas do Sistema passaram a conter as várias etapas do processo orçamentário das receitas e das despesas. A partir de 2004, além de captar dados de despesas em ASPS por natureza e subfunção, passou a captar dados de despesa por fonte. A seguir, enumeramos os principais ajustes:

- As receitas passaram a conter três colunas referentes à Previsão Atualizada da Receita (a receita orçada para o ano), à Receita Realizada no ano e à Receita Orçada para o ano seguinte.

- As planilhas de despesas passaram a conter cinco colunas: Dotação Orçamentária, Despesa Empenhada, Despesa Liquidada, Despesa Paga e Despesa Orçada para o ano seguinte.

- O sistema de críticas aos dados informados foi aperfeiçoado, passando a incorporar, além dos valores das transferências da STN/MF (cota-parte do FPM e da LC nº 87/1996, ITR e IPI Exportação), os valores de quatro itens de transferências do FNS: o total de transferências do FNS, o valor das transferências de média e de alta complexidade, do Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo e o valor total dos programas da parcela variável do PAB (PAB Variável).

- Uma planilha para informação da despesa por subfunção adaptada para a Saúde, conforme definições da Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999 (BRASIL, 1999b), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que discrimina a despesa dessa forma e por funções.

- Uma planilha com a função específica de captar o valor total da despesa por fonte de recursos (se oriundos de recursos próprios, transferidos ou de operações de crédito para a Saúde). O preenchimento desse documento era opcional até a coleta de dados de 2008, passando a ser obrigatório a partir de 2009, disponibilizado para preenchimento em janeiro de 2010, conforme aprovado pela CT/Siops.

Todos esses cuidados e avanços ajudam o Siops no atendimento aos critérios para o efetivo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 (BRASIL, 2000c) e da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012b), além das normas contábeis emitidas pela STN/MF.

1.6 EC nº 29/2000 – um novo paradigma para o Siops

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que determina a vinculação dos recursos destinados pelos diversos níveis de governo para a Saúde, foi um marco para o País. Com seu advento, o Brasil ganhou uma nova arma para enfrentar um dos maiores desafios como nação: garantir fontes estáveis de financiamento para atender às demandas da população no atendimento na área da Saúde.

A EC nº 29/2000 foi concebida com o propósito de criar um cenário que permitisse mudar um quadro de desequilíbrio nas contas da Saúde, diante de estimativas de aumento populacional, da tendência de mudança no perfil epidemiológico do País (com a maior incidência de doenças crônico-degenerativas) e da demanda crescente por maior complexidade na oferta de serviços, entre outros fatores. Juntos, eles apontavam para a elevação dos custos relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Aprovada pelo Congresso Nacional, após processo de intensa mobilização popular – capitaneada pela sociedade civil organizada – a entrada em vigor da EC nº 29/2000 dá partida ao processo de construção das condições necessárias para que se alcance o equilíbrio desejável entre as demandas da população por serviços de Saúde e os recursos necessários para o seu financiamento.

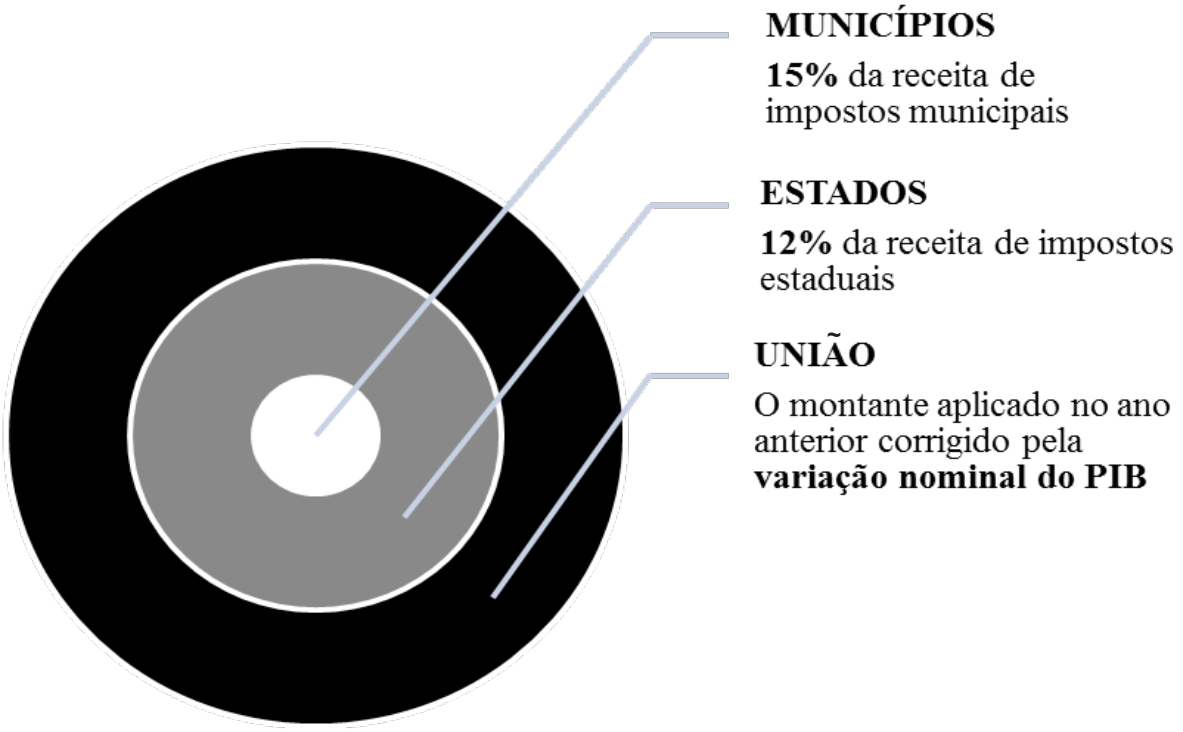
Um de seus pilares é a divisão da responsabilidade pelo financiamento da Saúde entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, com base na vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis de governo. Nesse aspecto, a EC nº 29/2000 estabelece os parâmetros, detalhados no quadro e na figura a seguir:

Quadro 10 – Vinculações orçamentárias previstas pela EC nº 29/2000

UNIÃO	No ano em que entrou em vigor, correção do montante empenhado em ações e serviços públicos de Saúde no exercício financeiro imediatamente anterior, acrescido de, no mínimo, 5%.
	Para os quatro anos seguintes, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB). Isso significa, para a União, aumento de recursos para a Saúde equivalente ao aumento real do PIB mais a inflação do ano, visando manter a proporção de gastos federais em Saúde em relação ao PIB.
ESTADOS E MUNICÍPIOS	Os percentuais de vinculação estabelecidos são de 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios.
DISTRITO FEDERAL	Os percentuais de vinculação são estabelecidos segundo as receitas, de forma que são vinculadas à Saúde 12% das receitas próprias dos estados e 15% sobre aquelas que são próprias de municípios.
REGRA GERAL	A EC determina que as esferas que destinam, atualmente, percentuais inferiores a 12%, no caso dos estados e do Distrito Federal, e 15%, no caso dos municípios, para o seu financiamento, deverão elevá-los gradualmente até o quinto ano após sua aprovação, reduzindo-se essa diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano.
	Como ponto de partida, prevê que, no primeiro ano da entrada em vigor da emenda, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão aplicar 7% de recursos da base de receitas vinculadas ao financiamento da Saúde, o que pode exigir, das unidades que se situam muito abaixo desse percentual, maior esforço financeiro inicial.

Fonte: Brasil (2000c).

Figura 3 – Modelo da vinculação de recursos para a Saúde: EC nº 29/2000



Fonte: Elaboração própria.

Como ressaltado, a EC nº 29/2000 estabeleceu os percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios de estados e municípios em ASPS e ainda definiu a regra de aplicação da União. No entanto, os avanços significativos que vieram com a EC nº 29/2000 não foram acatados plenamente por alguns gestores, que descumpriam o previsto pela nova regra.

A estreita relação entre o Siops e a Emenda Constitucional nº 29/2000 vem de longa data, desde quando a regra legal começou a ser discutida em oficinas com grupos da sociedade organizada, nas quais se associava a vinculação de recursos à Saúde e à Lei de Responsabilidade Fiscal.

1.7 O papel do Siops na elaboração da EC nº 29/2000

A contribuição do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde com a elaboração da proposta de emenda constitucional começou quase com o nascimento da ferramenta. Os dados preliminares coletados ao final da década de 1990, apesar de precários, compunham a principal fonte confiável para análise das propostas que resultaram na aprovação da EC nº 29/2000.

A década de 1990 foi marcada por uma série de Propostas de Emenda à Constituição (PEC), que visavam estabelecer os recursos mínimos a serem aplicados pela União, estados e municípios em ASPS. Entre elas, destacam-se a PEC 169 e as duas apresentadas, respectivamente, pelos deputados Carlos Mosconi e José Pinotti. Cada uma delas propunha uma solução para o problema, especialmente no que se referia à União.

O Conselho Nacional de Saúde teve participação relevante neste processo, tanto na emissão de resoluções que propunham uma regra para a aplicação da União (resoluções CNS nº 67 e nº 68), quanto pela busca de outras fontes de financiamento para o setor (como, por exemplo, a criação de uma nova Contribuição Social, embrião da futura CPMF).

Foi somente com a criação de uma Subcomissão Especial no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família, em 1996, com vistas a consolidar as PECs propostas pelos deputados Eduardo Jorge, Carlos Mosconi e José Pinotti, que se inicia o processo de negociação para definição da regra a ser utilizada com a participação de membros do CNS. Deste trabalho, relatado pelo deputado Darcísio Perondi, resultou a PEC 82A, cujo relator foi o deputado Ursicino Queiroz.

A regra de aplicação da União em discussão baseava-se na fixação de um quantitativo *per capita* (R$ 120,00; R$ 140,00 ou R$ 160,00). Este critério havia sido sugerido pela área econômica quando avançou a proposta de usar a variação de PIB para correção dos recursos aplicados pela esfera federal.

Diante da proposta, a representação do CNS sugeriu o emprego da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). A proposta acolhida tinha como objetivo assegurar a correção pela inflação e o acréscimo real correspondente ao crescimento deste indicador da Economia.

Foi também com base nas análises do CNS e dados preliminares do Siops que se definiu um piso inicial de 7% para estados, Distrito Federal e municípios. Pela proposta, este percentual aumentaria de forma progressiva até chegar a 12% da Receita de Impostos para os estados e 15% para os municípios, em 2004. Em 1999, a PEC 82A recebe a aprovação pela Câmara dos Deputados e em 2000, após ser enviada ao Senado Federal e renomeada como PEC 29, passa também pelo crivo dos senadores.

1.8 A contribuição do Siops no processo de regulamentação do artigo 198 da Constituição Federal

Após aprovada a EC nº 29, de 13 de setembro de 2000, começaram vários questionamentos sobre "que PIB considerar", "o que seriam as Ações e Serviços Públicos de Saúde", "se os percentuais de 7% deveriam vigorar desde 1º de janeiro de 2000 ou a partir de 10 de setembro de 2000", etc. Em função disso, por iniciativa do então secretário-executivo do Conselho Nacional, Nelson Rodrigues dos Santos (Nelsão), foi constituído, em janeiro de

2001, grupo de trabalho com a participação dos principais segmentos que compõem a CT/Siops que elaboraram o documento "Parâmetros de Consenso para Implementação da EC nº 29/2000".

O documento ficou pronto em julho de 2001. Em setembro do mesmo ano, foi realizado o primeiro seminário envolvendo os tribunais de Contas. O encontro, coordenado por Rosa Marques e Áquilas Mendes, tinha como tema central o documento Parâmetros de Consenso. Três meses depois, em dezembro, ocorreu o segundo seminário com todos os tribunais de Contas, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), coordenado pelo CNS.

Deste seminário saiu o embrião da Resolução nº 316/2002 do CNS (BRASIL, 2002a). A resolução foi aprovada pelo plenário do Conselho em abril, sendo designada comissão para promovê-la e fazer o ajuste fino de redação. Esta etapa aconteceu em reunião conjunta da Cofin/CNS e da Câmara Técnica do Siops, contando com a participação de representantes dos tribunais de Contas designados no seminário de dezembro.

Mas este processo inclui ainda várias reviravoltas. Os ministros José Serra e Barjas Negri não homologaram a Resolução nº 316/2002, do CNS, o que somente veio a ocorrer, em 8 de maio de 2003, quando o Ministério da Saúde estava sob o comando do médico Humberto Costa, eleito senador por Pernambuco em 2010. Um detalhe é que a norma mudou de número, passando a ser conhecida como Resolução nº 322/2003, do CNS (BRASIL, 2003).

Desse modo, por meio da Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi preenchida a lacuna pela ausência da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000, aprovada pelo Congresso Nacional e homologada pela Presidência da República apenas em 2012. Neste hiato, a Resolução do CNS normatizou as diretrizes para aplicação dos critérios previstos pela regra legal. O texto, ao longo de dez diretrizes, estabeleceu os critérios norteadores em aspectos fundamentais para a efetividade da EC nº 29/2000 (BRASIL, 2000c), tais como:

- A base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em Saúde.
- Definição sobre as ações e serviços públicos de Saúde.
- Os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.
- Os recursos mínimos a serem aplicados em Saúde.

Apesar das dificuldades para sua homologação, o teor da Resolução nº 316/2002 (ou 322/2003) orientou a edição da Portaria MS nº 2.047, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002b), excluindo-se referências à União. Além disso, no campo institucional, técnico e político, essa norma passou a ser entendida como:

- Expressão do posicionamento do Plenário do Conselho Nacional de Saúde sobre o tema.

- Posição do Ministério Público enquanto não fosse aprovada a Lei Complementar à EC nº 29/2000.

- Anexo do primeiro manual para Preenchimento do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) por estados, Distrito Federal e municípios por conta de orientação do Coordenação de Contabilidade da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (CCONT/STN/MF).

- Base para representação no TCU, que resultou na Decisão nº 143/2002, na qual foram ratificados os entendimentos do CNS expressos na Resolução nº 316 (atual 322), principalmente quanto à base móvel (vale o empenhado até 31 de dezembro, desde que maior ou igual ao mínimo assegurado pela EC nº 29/2000) e qual variação nominal do PIB deveria ser considerada.

- Referência do Núcleo Técnico do Siops na análise de balanço dos estados e nas críticas internas do Sistema quando de seu preenchimento (porcentagem mínima exigida, exclusão de aposentadorias, clientela fechada, supressão de receitas etc.).

- Espinha dorsal de todas as propostas de regulamentação da EC nº 29/2000, tanto da Câmara quanto do Senado, que resultaram na LC nº 141/2012.

1.9 Lei Complementar nº 141/2012 – a regulamentação da EC nº 29/2000

A expectativa de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 acabou em 13 de janeiro de 2012 com a sanção da Lei Complementar nº 141 pela presidente da República, Dilma Rousseff (BRASIL, 2012b). Assim, o texto concebido após mais de uma década de tramitação viu a luz com a missão de regulamentar o § 2º do artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), d*ispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados – anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios – em Ações e Serviços Públicos de Saúde. Ela também define os critérios de rateio dos recursos de transferências para a Saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde nas três esferas de governo, entre outros pontos.*

O projeto de lei que originou a Lei Complementar nº 141/2012 foi apresentado pelo senador Tião Viana, em 2007. Um ano depois, ele desembarcou na Câmara Federal para apreciação dos deputados. O tema foi amplamente debatido, em reuniões e audiências públicas, que contribuiu para seu avanço e posicionamento dos parlamentares e partidos acerca do tema.

Publicada em 16 de janeiro de 2012, a Lei Complementar nº 141/2012 vetou o parágrafo que tratava da revisão do valor nominal do PIB e de créditos adicionais para promover os ajustes correspondentes dos recursos que a União deveria aplicar anualmente na Saúde.

Pelo texto aprovado, o governo federal deve investir o montante do ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), que mede o crescimento da economia, sem abordar as possíveis implicações das revisões do PIB. Com a decisão de cortar a revisão do valor nominal do PIB, foi impossibilitada eventual revisão dos valores aplicados pela União em ASPS, para cima, o que obrigaria o governo a aplicar créditos adicionais para ajustar o valor.

Na justificativa do veto, o Palácio do Planalto argumentou que o PIB "apurado a cada ano passa por revisões periódicas nos anos seguintes, conforme metodologia específica, de modo que a necessidade de constante alteração nos valores a serem destinados à Saúde pela União pode criar instabilidade na gestão fiscal e orçamentária". No entanto, o texto publicado no *Diário Oficial* mantém a previsão de que estados e Distrito Federal apliquem 12% de sua arrecadação total própria em Saúde. Já os municípios devem investir 15% da receita própria.

Em síntese, a Lei Complementar nº 141/2012 não determina aporte de recursos novos à Saúde, o que adia a solução para o problema do financiamento do SUS. A complexidade do tema passa por questões como a resistência de setores da sociedade à criação de nova fonte de recursos para a Saúde, considerando a carga tributária e a experiência com a extinta Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que surgiu sob o argumento de financiar exclusivamente a Saúde e acabou sendo repartida entre esta, a Previdência e o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

A intenção de retomar a CPMF por meio de uma nova contribuição, a Contribuição Social para a Saúde (CSS) foi extremamente criticada por alguns segmentos, o que resultou na votação da regulamentação da EC nº 29/2000 com esvaziamento da CSS, pois não foi definida a sua base de cálculo, diante da aprovação do destaque pela supressão do artigo 16, que tratava disso.

A Lei Complementar nº 141/2012 traz as definições do que pode e do que não pode ser considerado gasto em Saúde. O objetivo foi evitar que gestores desvirtuem seus orçamentos, inserindo na conta da Saúde despesas que não têm relação direta com ASPS. Por exemplo, ficou expresso que não podem ser contabilizados como despesas em Saúde os gastos com pagamentos de aposentadorias e pensões, inclusive de servidores da Saúde.

A regra também impede que sejam considerados os custeios com pagamento de salário para servidores que não atuam na área; assistência à Saúde que não seja universal; merenda escolar; saneamento básico; limpeza urbana; preservação do meio ambiente; assistência social; além de obras de infraestrutura. No Capítulo 3, detalharemos mais este ponto, inclusive confrontando o previsto pela LC nº 141/2012, com a Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2003), que de forma preliminar abordou o mesmo tema.

Com a regulamentação, os recursos só poderão ser utilizados em ASPS de "acesso universal" que sejam "compatíveis com os planos de Saúde de cada ente da Federação" e de "responsabilidade específica do setor Saúde, não se aplicando a despesas relacionadas

a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população".

O caminho que levou à regulamentação da EC nº 29/2000 foi longo e exigiu persistência dos defensores de uma fonte de financiamento estável para o SUS. Vários projetos e propostas foram discutidos ao longo de mais de uma década, sendo que elas foram sendo lapidadas pela negociação e articulação que envolveu setores do governo, movimentos da sociedade civil organizada e parlamentares, entre outros.

Em 2003, na Câmara dos Deputados, foi apresentado o Projeto de Lei Complementar nº 001, de autoria do deputado Roberto Gouveia. No substitutivo aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família, a proposta previa que a aplicação da União teria como parâmetro 10% da receita corrente bruta, a qual é definida no referido substitutivo como a integralidade das receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, de transferências correntes e de outras receitas também correntes.

No Plenário da Câmara, contudo, o Projeto teve a redação alterada. Segundo a redação final, a proposta manteve a aplicação de recursos da União conforme as regras transitórias até então vigentes. Além disso, dentro do esforço do governo de aprovar a prorrogação da CPMF, que expirava em 31 de dezembro de 2007, foi inserido dispositivo que alocava recursos adicionais ao piso, durante o período de prorrogação da CPMF, equivalentes a percentuais predefinidos da receita da referida contribuição, que variavam de 10,1788%, em 2008, até 17,372%, em 2011. Essa redação final foi aprovada pelo Plenário da Câmara dos Deputados em outubro de 2007, sendo remetida ao Senado, onde recebeu o número de PLC nº 89/2007.

Outra trilha foi aberta diretamente no Senado, com apresentação e posterior aprovação do Projeto de Lei Complementar nº 121/2007 (PLS), de autoria do senador Tião Viana, regulando a matéria. A proposta foi remetida à Câmara dos Deputados e recebeu o número PLP nº 306/2008. Originalmente, o PLP previa que a União aplicaria, anualmente, em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no mínimo, o montante equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas. Todavia, no Plenário da Câmara dos Deputados, ele sofreu emenda na forma de substitutivo global (de autoria do deputado Pepe Vargas), que manteve a atual forma de cálculo para o mínimo de aplicação da União.

O substitutivo propôs uma nova fonte de financiamento para a Saúde pública com a criação da Contribuição Social para a Saúde (CSS), espécie tributária semelhante à extinta CPMF, com alíquota de 0,1% sobre as movimentações financeiras, que não logrou êxito ao final da apreciação pelo Plenário da Câmara dos Deputados. O texto principal da proposta foi aprovado em junho de 2008. Nova etapa de tramitação foi iniciada, dessa vez no Senado, sendo que a votação final, em plenário, aconteceu no dia 7 de dezembro de 2011. Por 70 votos contra um, a proposta encerrou seu périplo pelo Parlamento e seguiu para a sanção da Presidência na República.

1.10 O uso dos dados do Siops pelo Ministério da Fazenda

Em 2005, os técnicos da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF) contataram com a equipe responsável pelo Siops para fechamento de uma parceria. Pela proposta, os dados coletados pelo Sistema, relativos à aplicação dos recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos estados e municípios, alimentariam o Cadastro Único de Entidades Convenentes (Cauc), regulamentado pela Instrução Normativa nº 1, de 4 de maio de 2001 (BRASIL, 2001b), da Secretaria do Tesouro Nacional. Atualmente, o Cauc passou a ser designado como Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias.

Contudo, esta integração não fez com que o Siops passasse a ser identificado como ferramenta para atestar a adimplência ou inadimplência dos entes federados em relação à alocação dos recursos mínimos, definidos constitucionalmente, para a Saúde. Esta impossibilidade decorria do fato de que os dados fornecidos por meio do Sistema, até 2012, tinham caráter declaratório e informativo, contudo sem a obrigatoriedade e as sanções previstas na LC nº 141/2012.

O Cauc consiste em um subsistema do Sistema Integrado de Administração Financeira do governo federal (Siafi). Ele surgiu para atender ao que estava previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal, de 4 de maio de 2000, em seu artigo 25, parágrafo 1, que trata dos parâmetros para as transferências voluntárias (BRASIL, 2000b).

Assim, com o auxílio do Siops, o Cauc verifica como os entes (Distrito Federal, estados e municípios) se adéquam à exigência legal – a cada exercício – com respeito à aplicação de percentuais de recursos mínimos em Saúde, segundo os dispositivos constitucionais. Mas este foi apenas um exemplo da integração entre o Siops e outras ferramentas de monitoramento, fiscalização e controle das contas públicas, processos que serão detalhados no próximo capítulo.

2 A Relação entre o Siops, o Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias (Cauc) e Outros Sistemas de Informação

2.1 O Siops e outros sistemas de informação

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) é o instrumento de acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Reconhecido pela qualidade, amplitude e confiabilidade dos dados e relatórios que produz, suas informações também são empregadas por outros órgãos e instituições públicas, como:

- Assembleias Legislativas.
- Câmara dos Deputados.
- Câmara Legislativa do Distrito Federal.
- Câmaras municipais.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- Conselhos estaduais e municipais de Saúde (CES e CMS).
- Ministério Público Federal e Estadual.
- Senado Federal.
- Tribunais de Contas da União, dos estados e dos municípios.

O Siops interage e fornece dados para outros sistemas informatizados, visando à consolidação de informações, de instrumentos de fiscalização e de controle associados à Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000b). Os principais sistemas para integração ao Siops são o Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação do Ministério da Fazenda (SISTN/MF) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (Siope), conforme determinado pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), de 2009, a Lei nº 11.768, de 14 de agosto de 2008 (BRASIL, 2009), que a determinou em seu artigo 41:

> § 4º O Ministério da Fazenda dará amplo acesso público às informações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constantes do Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação – SISTN/MF, inclusive mediante a integração das informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops e pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação

– SIOPE, as quais poderão ser utilizadas, com fé pública, para fins de controle e aplicação de restrições.

Além desses sistemas, o Siops também é utilizado pelo Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS), sob gestão do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, a fim de alimentá-lo quanto aos dados disponíveis de despesas com ações e serviços públicos de Saúde dos entes federados.

2.2 Relação entre o Cauc e o Siops

A Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF) publicou a Instrução Normativa STN/MF nº 1, de 17 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005), que disciplinou o cumprimento das exigências para transferências voluntárias previstas na LRF e instituiu o Cadastro Único de Convênio (Cauc), atualmente denominado Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias. Uma das 13 exigências previstas para que o ente federado possa receber repasses de transferências voluntárias é o cumprimento do limite mínimo previsto na EC nº 29/2000 para a Saúde.

O Cauc é um subsistema criado no âmbito do Sistema Integrado de Administração Financeira do governo federal (Siafi) que recepciona informações dos entes federados: estados, Distrito Federal e municípios, com o objetivo de simplificar a verificação de 13 das 21 exigências estabelecidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e demais legislações aplicáveis e ampliar o nível de controle de exigências.

As informações contidas no Cauc devem apresentar consonância às exigências legais e normativas, sendo que os entes federados que declaram informações incompatíveis com a lei são descredenciados ou impossibilitados de celebrarem convênios e receberem transferências de recursos da União e ou dos estados.

A SNT/MF passou a utilizar os dados existentes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), desde outubro de 2005, para demonstrar, entre outros temas, a aplicação dos recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde, conforme o preconizado pela EC nº 29/2000 (BRASIL, 2000c).

Em outubro de 2006, a Secretaria do Tesouro Nacional solicitou a posição do Ministério da Saúde quanto ao uso dos dados do Siops por parte do gestor do Cauc, como forma sistemática de conferir o cumprimento do item por parte dos entes federados. Ou seja, foi requerida a permissão para acesso informatizado ao banco de dados do Siops para verificação do cumprimento de uma das exigências da LRF. No caso, trata-se do cumprimento do limite constitucional relativo à Saúde, por parte dos estados e municípios.

A STN/MF pretendeu, com isso, evitar a efetivação de transferências voluntárias de recursos da União em desacordo com a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, com base nos dados compartilhados, que constariam no Cauc. Diante de suas atribuições e da necessidade de firmar o posicionamento da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops (CT/Siops) com respeito ao emprego das informações do Sistema pela Secretaria de Tesouro Nacional, foi emitida a Recomendação nº 1, de 9 de junho de 2006.

Em linhas gerais, em nada a CT/Siops se opôs quanto à utilização das informações constantes no banco de dados do Siops para efeitos de complementação das informações do Cauc por parte da STN/MF. Assim o Departamento de Economia da Saúde, no uso de suas atribuições, como gestor nacional do Siops e diante da Recomendação nº 01/2006 da CT/Sioips (BRASIL, 2006), posicionou-se pelo acolhimento da solicitação em todos os seus termos.

As informações coletadas pelo Siops são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Para preenchimento do Sistema, são inseridos dados contábeis ou informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais. Tais elementos são agregados ao Siops e transmitidos – por meio da internet – para o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Com essa operação, criam-se indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas.

Um dos indicadores criados pelo Siops é o do percentual de recursos próprios aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde, o que demonstra a situação relativa à aplicação da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012b).

Uma vez declarados os dados por meio do sistema pelo Estado, Distrito Federal ou município, somente a eles – como "declarantes" – cabe, privativamente, interferir no programa para ajustes. Acrescenta-se, ainda, o impedimento de ordem técnica do acesso de terceiros incluído aí, até mesmo, dos técnicos da equipe do Núcleo Técnico do Siops. Nesse sentido, qualquer tentativa – se superadas as questões técnicas de proteção – significaria a quebra da confiabilidade do Siops, sem falar na certeza da responsabilização funcional pela iniciativa, frustrada ou não.

2.3 Articulações com outros sistemas

Neste item, apresentaremos detalhes sobre a relação entre o Siops e diferentes ferramentas de acompanhamento e fiscalização do setor público, que objetivam, de forma comum, o controle social e efetivo sobre os recursos do Estado e o monitoramento da responsabilidade da gestão – em seus diferentes níveis – na busca de soluções para as demandas da sociedade.

2.3.1 SISTN/MF

O Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação do Ministério da Fazenda (SISTN/MF) foi estabelecido quando a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, denominada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (BRASIL, 2000b), em seu artigo 51, dispôs que o Poder Executivo da União deve promover, até o dia 30 de junho de cada exercício, a consolidação nacional e por esfera de governo das contas dos entes da Federação relativas ao exercício anterior. A regra determina ainda a divulgação dos documentos, inclusive por meio eletrônico de acesso público.

Também em atenção ao dispositivo da LRF (artigos 31 e 32) (BRASIL, 2000b), bem como às Resoluções nº 40 (BRASIL, 2001c) e nº 43 (BRASIL, 2001d) – ambas de 2001 e editadas pelo Senado Federal –, a Secretaria do Tesouro Nacional, responsável pela consolidação (LRF, art. 50 § 2º) (BRASIL, 2000b), publicou a Portaria STN nº 109, de 8 de março de 2002 (BRASIL, 2002c), instituindo um sistema de coleta de dados de estados e municípios.

Nesse contexto, a União, representada pela Secretaria do Tesouro Nacional, firmou convênio com a Caixa Econômica Federal (CEF) para operacionalizar a coleta dos dados contábeis por meio do Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação (SISTN/MF), mantido por aquela instituição financeira.

O objetivo do SISTN/MF é coletar dados contábeis dos entes da Federação – União, estados, Distrito Federal e municípios – englobando órgãos dos poderes Legislativo e Judiciário. Quando necessário, também devem ser incluídas informações dos ministérios públicos estaduais, de modo a contribuir para a transparência dos gastos públicos, especificamente aqueles relativos à implementação dos controles estabelecidos pela LRF e legislação complementar, e para os trabalhos de consolidação das contas nacionais e criação de estatísticas fiscais.

2.3.2 Relação entre o Siops e o Siope

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (Siope) teve como espelho o Siops, ao qual se assemelha por ser uma ferramenta eletrônica operacionalizada pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Ele foi instituído para contribuir com a coleta, o processamento, a disseminação e o acesso público às informações referentes aos orçamentos destinados à área nas esferas da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos poderes legislativos e dos tribunais de Contas.

Para a padronização de tratamento gerencial, o Siope calcula a aplicação da receita vinculada à manutenção e ao desenvolvimento do ensino de cada ente federado. O principal objetivo é levar ao conhecimento da sociedade o montante que as três esferas de governo investem – efetivamente – em educação no Brasil. Com isso, espera-se o fortalecimento dos mecanismos de controle social dos gastos na manutenção e no desenvolvimento do ensino. Desta forma, este sistema contribui para garantir maiores efetividade

e eficácia das despesas públicas em Educação e, em última instância, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à sociedade pelo Estado.

O Siops possibilita que o ente federado copie os dados preenchidos de receitas para o Siope, de forma a facilitar o preenchimento dos dados neste último sistema.

2.3.3 O desafio da fiscalização

Os sistemas Siops, SISTN e Siope funcionam como instrumentos de fiscalização da aplicação de determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal, sendo que suas coletas de dados são realizadas independentemente. Não existe mecanismo de verificação de consistências entre as informações que os entes federados fornecem aos diferentes sistemas, pois seu fornecimento é manual, o que lhe atribui fragilidade e dificuldade no processo local de coleta de dados.

O intercâmbio de dados entre esses sistemas – proposto na LDO de 2009 (BRASIL, 2009) – simplificará o processo de sua divulgação pelos entes da Federação, garantindo maior consistência e confiabilidade em relação às informações. Trata-se de grande contribuição para o aperfeiçoamento dos instrumentos de fiscalização e de transparência associados ao cumprimento da LRF. Isso inclui a publicação do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), em sua integralidade, no *site* do Ministério da Fazenda.

Para disponibilizar o relatório completo no *site* do Ministério da Fazenda, o Siops disponibiliza meios de acesso ao demonstrativo relativo à Saúde para que o SISTN/MF, ao processar sua consulta pela internet via STN, seja capaz de buscar a informação que falta e, assim, construir o RREO completo para disponibilização ao usuário.

A consulta realizada no *site* do Ministério da Fazenda disponibilizará *links* para acesso aos relatórios demandados pelo usuário e coletados pelos três sistemas (SISTN/MF, Siops e Siope). A responsabilidade pela disponibilidade da informação recai sobre o sistema de coleta, o que inclui o tratamento dos erros identificáveis e a apresentação de mensagem em caso de inexistência do relatório.

Os parâmetros e as características das solicitações feitas por um sistema ao outro (interface entre os sistemas) são acordados com as equipes de tecnologia da informação do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, da CEF e da STN/MF. No caso da ocorrência de falhas, como a de comunicação, o *link* para os Demonstrativos da Saúde e da Educação deverá apontar para os *sites* do Siops e do Siope, respectivamente, para que o usuário possa realizar a consulta diretamente nos sistemas de origem da informação demandada.

Após conhecer um pouco mais sobre o processo histórico que levou à criação do Siops, assim como detalhes sobre sua plataforma legal, de sua composição operacional e de sua integração com outras ferramentas semelhantes, mergulharemos nos critérios e parâmetros que orientam a análise dos dados e informações enviados pelos entes federados. Os temas que compõem os próximos capítulos poderão, com certeza, ajudar no esclarecimento de dúvidas importantes sobre o funcionamento desta ferramenta de avaliação, monitoramento e controle social.

Análise dos Dados Transmitidos ao Siops

3

3.1 Ações para garantia da qualidade dos dados

Os dados transmitidos ficam registrados no banco de dados do Siops, que os formata e os organiza de tal forma a permitir o acesso a eles por meio de relatórios. Esses documentos, que são produzidos a partir dos dados declarados pelos usuários cadastrados e autenticados, trazem informações com base nos seguintes parâmetros:

- Dados da despesa de cada ente com ações e serviços públicos de Saúde.
- Dados da receita total do ente federado.
- Porte populacional.
- Situação de entrega por unidade federativa (UF); ou
- Qualquer outro filtro que o usuário deseje utilizar.

A sistematização dos dados é fundamental para sua coerência, confiabilidade e qualidade, bem como para seu adequado monitoramento e gerenciamento a partir do momento em que são operacionalizados e declarados. Os sistemas do Siops são programados e alimentados internamente com as informações referentes aos respectivos repasses constitucionais realizados pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN/MF) e pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Essas instituições são legalmente competentes para realizarem as transferências dos recursos à Saúde estabelecidos em legislações específicas. Assim, são confrontadas as informações enviadas pelos entes federativos com aquelas contidas na base dos sistemas da STN/MF e do FNS.

O FNS é um fundo administrado pelo Ministério da Saúde que concentra os recursos financeiros originários do Orçamento da Seguridade Social e de diferentes fontes. Este montante é aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde, por meio de repasses aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios em atividades como atendimento ambulatorial, vigilância em Saúde, fornecimento de medicamentos e outras. Essas transferências de recursos financeiros são efetuadas, em sua maioria, fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual e o Fundo Municipal de Saúde.

Por sua vez, a Secretaria do Tesouro Nacional efetua os repasses e as transferências previstas na Constituição aos entes da Federação. São receitas que se transformam em valores vinculados a gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde. Esses esclareci-

mentos preliminares são fundamentais para a compreensão de como são aplicados filtros e críticas ao sistema Siops, a fim de zelar pela qualidade dos dados transmitidos.

3.1.1 Sistemática operacional: os filtros e as críticas

Os subsistemas que compõem o Siops realizam análises quantitativas e qualitativas dos dados e informações, criando críticas que podem ser inibidas. A divergência de dados entre o que foi informado pelos estados e municípios e a base interna do Sistema justifica a origem dos alertas, que impedem o progresso de inconsistências que podem comprometer a base acumulada. O usuário tem acesso às informações para o adequado preenchimento do sistema, pois está disponível o acesso ao Manual de Orientações no *site* do Siops.

O Siops dispõe ainda de parâmetros e normatizações, que contribuem para a uniformização, a compatibilidade e a caracterização do motivo de surgimento das críticas. Estes critérios servem à criação de alertas quando do preenchimento dos dados, havendo uma margem de tolerância de diferença entre os valores preenchidos e os gravados no sistema para que o sinal seja produzido.

Essas regras são definidas a cada período pelo Núcleo Técnico do Siops. Assim, foram desenvolvidos filtros internos e externos com o objetivo de confrontar as informações preenchidas pelos entes federados e, caso os valores informados pelos usuários sejam distintos dos registrados internamente na memória do Sistema, automaticamente surge uma crítica. Portanto, elas atuam como ferramentas criadas com o objetivo de aferir a compatibilidade dos dados digitados nas planilhas.

Dessa forma, após a digitação dos dados – e quando da gravação do arquivo para transmissão via internet – é preciso verificar o surgimento de críticas criadas pelo Siops. Esses alertas sempre serão mostrados se os dados declarados apresentarem discordância às regras programadas no Sistema. É quando surgem no monitor mensagens ao usuário, informando-o das diferenças entre o declarado e as informações provenientes da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF) e do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Estas notas impedem a transmissão.

As críticas são representadas com as denominações e formatos que seguem:

Quadro 11 – Resumo das críticas inseridas no Siops

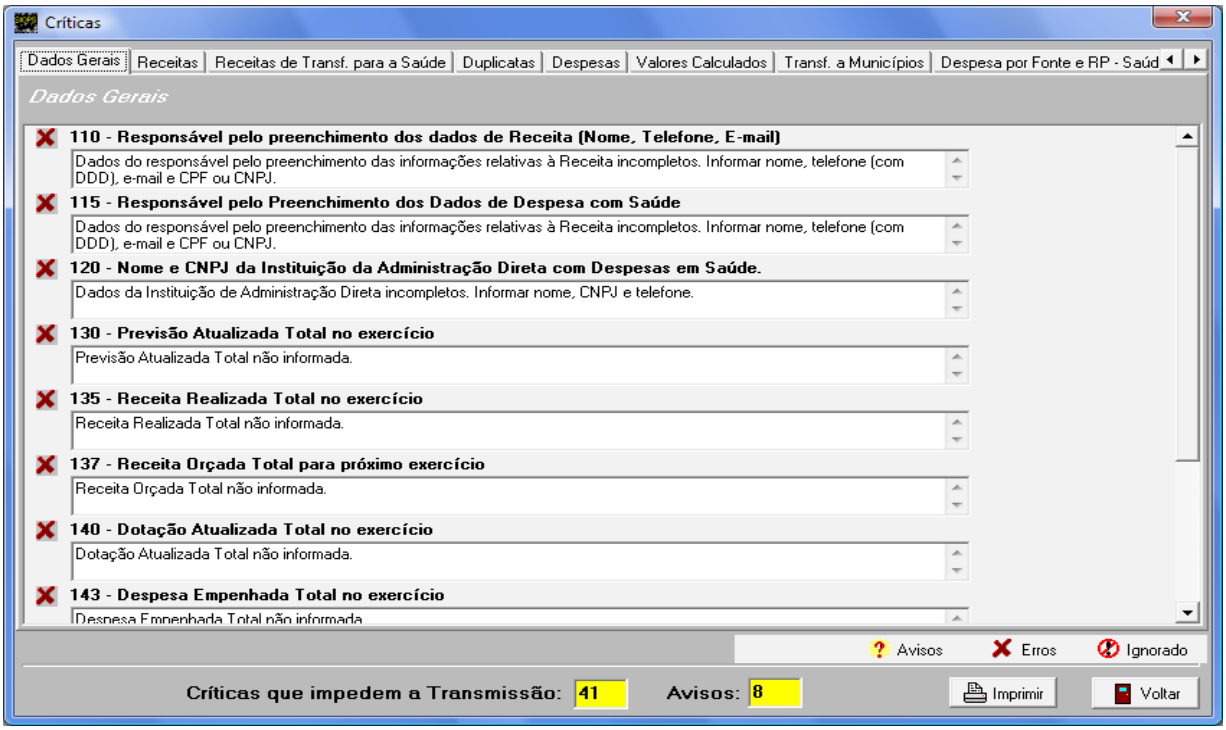
RESUMO DAS CRÍTICAS	
Representação	**Implicações**
Avisos	São críticas que não impossibilitam a transmissão de dados por meio do Siops, apenas apontam campos em que a informação não possui o nível de precisão desejado.
Erros	Evidencia os erros que não permitem a transmissão dos dados. Não é possível transmiti-los enquanto perdurar esse tipo de crítica.

Fonte: Elaboração própria.

No desenvolvimento e no aprimoramento de cada versão do Siops, avalia-se a necessidade de inclusão ou exclusão de cada crítica. Essa precaução é adotada por conta do interesse em simplificar e tornar mais ágil o processo de preenchimento dos dados. A medida é tomada sem prejuízo para a confiabilidade e eficiência do Sistema ao absorver a informação e filtrá-la, mantendo-se a capacidade de apontar divergências entre os dados declarados pelos usuários e os repassados pela STN/MF e pelo FNS.

O relatório de ocorrências de críticas possibilita ao usuário identificar onde e por que foi criada tal observação. Todos os alertas produzem mensagens com o tipo e a justificativa do seu surgimento, conforme se observa na figura que a seguir.

Figura 4 – Modelos de alertas criados pelo Siops



Fonte: Siops.

O Siops foi desenvolvido de forma a possibilitar que as críticas sejam identificadas de acordo com as suas referências de localização e codificação. O sistema de críticas está dividido em nove pastas e cada uma possui seu respectivo grupo. Elas são assim organizadas:

Quadro 12 – Divisão do sistema de críticas do Siops por pastas/grupos

PASTAS	GRUPOS
Dados Gerais	Código 100
Receitas	Código 200
Receitas de Transferências para a Saúde	Código 300
Duplicatas	Código 400

continua

conclusão

PASTAS	GRUPOS
Despesas	**Código 500**
Valores Calculados	**Código 600**
Despesa por Fonte e Restos a Pagar – Saúde	**Código 700**
Informações Adicionais	**Código 800**
Relatório de Execução Financeira por Bloco	**Código 900**

Fonte: Elaboração própria.

Cada pasta do Sistema contempla um conteúdo específico, podendo as críticas aparecer simultaneamente em diferentes pastas. Por outro lado, também podem ocorrer múltiplas críticas na mesma pasta, conforme desacordo dos dados preenchidos pelo ente aos constantes no banco de dados do Siops.

Na maior parte dos casos, as críticas são oriundas do preenchimento equivocado do próprio Sistema. Muitos erros ocorrem em decorrência dos erros de digitação. Entretanto, existem determinados alertas recorrentes que não são solucionados sem a utilização do processo de inibição de crítica.

3.1.2 A solução dos problemas

Quando o usuário cadastrado e autenticado visualiza as críticas, deve entrar em contato com a equipe do Núcleo Técnico do Siops, em Brasília, caso não consiga resolvê-las. Essa interação é feita, na maior parte das vezes, por meio de telefone. Dessa forma, o técnico orienta o interessado para que seja feito o envio por meio eletrônico (*e-mail*) do programa do Siops um arquivo com extensão OPS, no formato de compactação Winzip.

O técnico solicita ainda que seja remetido pelo mesmo *e-mail* o Anexo 10 da Lei nº 4.320/1964 (BRASIL, 1964). Esse anexo compreende o demonstrativo da receita total do ente. O *e-mail* destinatário para o recebimento desses documentos é: <Siops@saude.gov.br>. Ao receber os arquivos, os técnicos do Núcleo analisam o motivo e a procedência das críticas, adotando providências necessárias para viabilização da transmissão dos dados, inibindo ou solucionando-as.

O Inibidor de Críticas é uma ferramenta desenvolvida em linguagem de programação HTML para anular o efeito bloqueador da transmissão do Siops, que é gerado pelo aparecimento dos alertas. Seu uso tem como finalidade sintetizar e viabilizar o processo de inibição das críticas durante a análise dos arquivos OPS e promover a disponibilização e o armazenamento, até mesmo no sítio eletrônico, do controle qualitativo e quantitativo dos comentários inibidos.

3.1.3 Exemplo de uso do Inibidor de Críticas

Um modelo do uso dessa ferramenta ocorre no momento em que a equipe do Núcleo Técnico identifica e confirma que a base de dados existente no Siops não contempla o registro contábil executado pelo ente federado. Isso decorre da forma de contabilização da receita adotada pelos entes federados (regime de caixa), o qual constitui um dos motivos do surgimento de crítica.

Este problema decorre do comportamento do ente que somente considera e contabiliza as receitas quando entram efetivamente em sua conta bancária. No entanto, em muitas situações, ocorre um lapso temporal durante a compensação bancária do recurso referente à data em que foi efetivamente transferido ou depositado.

Por exemplo, quando a periodicidade de transmissão era semestral, muitas vezes o FNS efetuava repasses aos entes no dia 30 de junho. Contudo, esse recurso só entrava no cômputo da contabilidade no dia 1º de julho, em virtude de processamento bancário. Sendo assim, esse valor seria contabilizado pelo ente somente no Siops anual, fato que causava divergência de informação entre a base do Siops (vinculada ao Fundo Nacional de Saúde) e a informação declarada no Siops semestral.

Em paralelo, o Siops organiza sistematicamente as informações referentes a todos os Inibidores de Críticas gerados e enviados aos entes federados, armazenando-os em arquivos. Este banco acumula informações desde 2002. Os controles da quantidade e da especificidade das críticas são feitos pela equipe técnica responsável pelo Sistema. Atualmente essas informações são disponibilizadas por meio do acesso ao sítio eletrônico <http://Siops.datasus.gov.br>, em funcionalidades restritas, sendo, portanto, de acesso limitado à equipe do Núcleo Técnico.

Algumas considerações sobre as críticas podem ser feitas:

- A maioria advém da Pasta Receitas e Transferências para a Saúde, do grupo 300 (em especial as 310, 315 e 330).
  - 310 = Divergências dos valores de Transferência de Recursos do SUS – União (código 4.1.7.21.33.00.00).
  - 315 = Diferenças na conta Atenção Básica (código 4.1.7.21.33.11.00).
  - 330 = Divergências ente os recursos destinados à Vigilância em Saúde (código 4.1.7.33.13.00).
- As críticas do Grupo 100 (Dados Gerais) e do Grupo 900 (Execução Financeira por Bloco) são as menos frequentes.
- Alguns dos arquivos enviados pelos entes contendo críticas, quando analisados pela equipe técnica, demonstraram que não continham os arquivos necessários

para a criação dos inibidores, ou seja, não constavam o arquivo OPS zipado e o Anexo 10 da Lei nº. 4.320/1964 em PDF.

- A plataforma de programação HTML para criação dos Inibidores de Críticas proporcionou celeridade no processo, bem como possibilitou o controle de gestão mais eficaz.

- Com o uso da opção Funcionalidades Restritas é possível fazer a consulta dos Inibidores de Críticas disponibilizados aos entes federados com o nível de detalhamento que permite verificar os registros dos técnicos que os enviaram, inclusive saber quais alertas surgiram em cada município que fez uso do Inibidor.

É importante enfatizar que o Siops é um banco de dados que consolida os valores de receitas e despesas totais em Saúde dos estados e municípios, sendo fundamental para sua fidedignidade o acompanhamento do número e das especificações das críticas surgidas durante o preenchimento do Sistema.

Muitas críticas são solucionadas pela equipe técnica do Siops por telefone, sendo relevante ressaltar que o número expressivo (ainda não contabilizado) se origina a partir de erros de preenchimento do usuário e não por inconsistências ou incompatibilidades entre as informações dos demonstrativos contábeis e as repassadas pelo FNS e pela STN/MF.

Esse tipo de crítica tem como regra a resolução do problema sem a necessidade de disponibilizar o Inibidor, pois são campos no Sistema que se referem unicamente a dados cadastrais dos entes federados, porém de preenchimento obrigatório.

O trabalho da equipe do Núcleo Técnico do Siops contribui para difundir a necessidade e a importância da transmissão tempestiva dos dados. Uma de suas principais atividades-fim é o gerenciamento das informações veiculadas em sua página eletrônica, sendo um dos propósitos a manutenção da confiabilidade e da qualidade do Sistema, permitindo que o usuário tenha acesso aos dados disponibilizados.

Ressalta-se, mais uma vez, que para dar suporte aos entes no processo de preenchimento do Sistema, a equipe do Núcleo Técnico do Siops desempenha trabalho de orientação. Esta tarefa é realizada por meio de atendimento individual, com o uso de *Call Center*, que atende desde questões simples de informática (orientação sobre como fazer o *download* do sistema a partir da internet) até dúvidas contábeis mais complexas, além de usar o Inibidor de Críticas, quando indicado. A partir de 2013, em decorrência do aumento de solicitações de informações, o atendimento aos operadores do Siops também está sendo feito por meio do Disque Saúde – 136. Com isso, ampliou-se a capacidade de atendimento simultâneo aos usuários.

É importante ressaltar que o uso de críticas visa manter um padrão mínimo de qualidade dos dados enviados. Porém, como o sistema é declaratório, cabe ao ente a responsabilidade legal pelos dados declarados.

3.2 O conceito de ações e serviços públicos de Saúde

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) define o conceito de saúde em seu artigo 196, o qual estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Com este artigo, fica definida a universalidade e a integralidade da atenção em saúde, sendo atribuída às três esferas de governo (União, estados, Distrito Federal e municípios) a regulamentação, a fiscalização e o controle das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

A regra constitucional criou ainda o Sistema Único de Saúde (SUS), em parágrafo único, disposto no artigo 198, por meio do qual "O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes". Posteriormente, com a publicação da Emenda Constitucional nº 29/2000, este parágrafo foi renumerado como 1º, do inciso III, pois a nova norma trouxe conceitos expressivos acerca do financiamento do SUS.

Antes da referida Constituição, não existia vinculação financeira para os gastos e o financiamento do setor Saúde. A aprovação da EC nº 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000c), estabeleceu a participação mínima de cada esfera de governo no custeio das ASPS. Assim, o acompanhamento dos gastos próprios dos entes federados coloca-se como uma necessidade devido à determinação legal, tornando-se indispensável a regulamentação, por meio de Lei Complementar, dos conceitos de Ações e Serviços Públicos em Saúde, bem como a definição das fontes de recursos que deveriam financiar a Saúde no Brasil.

Essa regulamentação foi promulgada pela Presidência da República em dezembro de 2012, com a publicação da LC nº 141. O texto foi o resultado de uma década de articulações e negociações envolvendo setores do governo, parlamentares e representantes da sociedade civil. Tendo como foco contribuir para a materialização do previsto pela EC nº 29/2000, a nova LC passou, assim, a também incorporar a base legal normatizadora do trabalho do Siops.

Um dos aspectos importantes contemplados pela regra – a definição das ASPS – será detalhado a seguir, recuperando, inclusive, como o mesmo tema foi abordado pela Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde.

3.2.1 A definição para ASPS do Conselho Nacional de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), após ampla discussão, regulamentou os parâmetros básicos para a normatização do conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde, mediante a Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003 (BRASIL, 2003). Assim, não só o Núcleo Técnico do Siops, mas outras instâncias federais, como a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), a utilizaram para verificar os gastos em ASPS.

A Resolução CNS nº 322/2003 estipula – nas suas quinta e sexta diretrizes – os gastos que são considerados ASPS, que atendia o "vazio normativo" existente até a publicação da LC nº 141/2012. Já, em sua sétima diretriz, define os gastos que não são considerados como Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Na quinta diretriz são emanados os critérios gerais do conceito de despesas com ASPS:

> São aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:
>
> I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
>
> II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
>
> III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.
>
> § Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no *caput*, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º do ADCT.

Essa diretriz tem importância crucial, pois muitos entes incluem na função saúde, gastos de determinadas categorias do funcionalismo público e/ou outros que não se enquadram no conceito de saúde preconizado pela quinta diretriz da resolução. Importante observar que, em muitos casos, esses valores são significativos, podendo determinar se o ente está ou não aplicando o percentual mínimo em saúde. Verifica-se, portanto, a necessidade de um detalhamento maior para evitar dúvidas no momento da classificação das despesas.

Nesse sentido, a sexta diretriz da Resolução CNS nº 322/2003 especifica a definição de ASPS, de forma detalhada, considerando que seriam tidos como gastos realizados nestas Ações e Serviços os relacionados aos campos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

a) Ações administrativas realizadas pelos órgãos de Saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens a seguir.
b) Assistência à saúde em todos os níveis de complexidade.
c) Assistência farmacêutica.
d) Atenção à saúde dos povos indígenas.
e) Atenção especial aos portadores de deficiência.
f) Capacitação de recursos humanos do SUS.

g) Educação para a saúde.
h) Pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS.
i) Produção, compra e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos.
j) Saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos distritos sanitários especiais indígenas (Dsei), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde.
k) Saúde do trabalhador.
l) Serviços de Saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de Saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
m) Vigilância epidemiológica e controle de doenças.
n) Vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS.
o) Vigilância sanitária.

No caso da União, ainda são consideradas as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde, financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas com essa finalidade, no exercício em que ocorrerem. No caso dos estados, Distrito Federal e municípios, pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas para custear ASPS, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

De forma complementar, na sétima diretriz da Resolução CNS nº 322/2003, é indicado o que não é considerado ASPS:

a) Ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das Ações e Serviços Públicos de Saúde referidos na sexta diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS.
b) Ações e Serviços Públicos de Saúde custeados com recursos, que não os especificados na base de cálculo, definidos na primeira diretriz.
c) Assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada).
d) Limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo).
e) Merenda escolar.
f) Pagamento de aposentadorias e pensões.

g) Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais.
h) Saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da sexta diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados.

3.2.2 A definição para ASPS da Lei Complementar nº 141/2012

Já no artigo 2º, da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012b), o tema volta a ser tratado. Assim, para fins de apuração da aplicação dos recursos, são consideradas como despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde aquelas voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- Sejam destinadas às ações e serviços públicos de Saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.
- Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos planos de Saúde de cada ente da Federação.
- Sejam de responsabilidade específica do setor da Saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Além de atender aos critérios estabelecidos, de acordo com a LC nº 141/2012, as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde realizadas pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de Saúde. Para tanto, a regra considera como ASPS as seguintes atividades:

a) Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das Ações e Serviços Públicos de Saúde.
b) Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais.
c) Capacitação do pessoal de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
d) Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS.
e) Gestão do sistema público de Saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de Saúde.

f) Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de Saúde.
g) Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.
h) Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de Saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos.
i) Remuneração do pessoal ativo da área de Saúde em atividade nas ações de que tratam este artigo, incluindo os encargos sociais.
j) Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta lei complementar.
k) Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos.
l) Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária.

Por outro lado, a LC nº 141/2012 reforça que não constituem ASPS as despesas decorrentes das atividades a seguir:

a) Ações de Assistência Social.
b) Ações e serviços públicos de Saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida na Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da Saúde.
c) Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal.
d) Limpeza urbana e remoção de resíduos.
e) Merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS.
f) Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de Saúde.
g) Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da Saúde;
h) Pagamento de pessoal ativo da área de Saúde quando em atividade alheia à referida área.
i) Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais.
j) Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade.

Para facilitar a visualização, nos quadros a seguir, confrontamos as duas legislações dando destaque aos itens abordados em cada uma e que ajudam o gestor e o cidadão a entender exatamente o que pode e o que não pode ser incluído na lista de Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Quadro 13 – Ações e serviços públicos para a Saúde (comparativo entre a Resolução CNS nº 322/2003 e a LC nº 141/2012)

Item	Resolução CNS nº 322/2003	Lei Complementar nº141/2012
Administração do SUS	Sexta Diretriz, XV.	Inclui investimento na rede física e ações de apoio administrativo. Art. 3º, IX e XI.
Assistência à saúde (*todos os níveis de complexidade*)	Sexta Diretriz, VI.	Atenção integral e universal. Art. 3º, II.
Assistência farmacêutica	Sexta Diretriz, VII.	–
Assistência terapêutica	–	Art. 3º, II.
Atenção à saúde dos povos indígenas	Sexta Diretriz, VIII.	Abrange também o saneamento básico de comunidades remanescentes de quilombos. Art. 3º, VII.
Capacitação de RH	Sexta Diretriz, IX.	E do pessoal de Saúde do SUS. Art. 3º, III.
Educação para a saúde	Sexta Diretriz, IV.	–
Gestão do sistema público de Saúde	–	E operação de unidades prestadoras de serviços públicos de Saúde. Art. 3º, XII.
Pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde (*por entidade do SUS*)	Sexta Diretriz, X.	E controle de qualidade. Art. 3, IV.
Portadores de deficiência	Sexta Diretriz, XIV.	–
Produção, aquisição e distribuição de insumos	Medicamentos, imunobiológicos, sangue, hemoderivados e equipamentos. Sexta Diretriz, XI.	Imunobiológicos, sangue, hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos. Art. 3º, V.
Remuneração do pessoal ativo da área de Saúde	–	Inclui os encargos sociais. Art. 3º, X.
Saneamento básico e ambiental	Desde que associado ao controle de vetores e outras especificações a critério do Conselho Nacional de Saúde. Sexta Diretriz, XII.	Desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde e de acordo com as determinações da Lei Complementar. Art. 3º, VI e VIII.
Saúde do trabalhador	Sexta Diretriz, V.	–

continua

conclusão

Item	Resolução CNS nº 322/2003	Lei Complementar nº141/2012
Saúde nas penitenciárias	Desde que firmado o Termo de Cooperação específico entre órgãos da Saúde e responsáveis pelo serviço. Sexta Diretriz, XIII.	–
Vigilância epidemiológica e controle de doenças	Sexta Diretriz, I.	Art. 3º, I.
Vigilância nutricional	Controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e segurança alimentar. Sexta Diretriz, III.	Trata somente das deficiências nutricionais. Art. 3º, II.
Vigilância sanitária	Sexta Diretriz, II.	Art. 3º, I.

Fonte: Brasil (2003), Brasil (2012).

Quadro 14 – Não são ações e serviços públicos para a Saúde (comparativo entre a Resolução CNS nº 322/2003 e a LC nº 141/2012)

Item	Resolução CNS nº 322/2003	Lei Complementar nº 141/2012
Ações de assistência social	Não diretamente relacionadas ao SUS e não realizadas pelos gestores da Saúde. Sétima Diretriz, VII.	Art. 4º, VIII.
Ações e serviços públicos de Saúde custeados com outros recursos	Recursos não especificados na base de cálculo definida pela diretriz. Sétima Diretriz, VIII.	Recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida pela Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da Saúde. Art. 4º, X.
Assistência à saúde não universal (clientela fechada)	Sétima Diretriz, II.	Art. 4º, III.
Limpeza urbana e remoção de resíduos (lixo)	Sétima Diretriz, V.	Art. 4º, VI.
Merenda escolar	Sétima Diretriz, III.	E outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, com ressalva no inciso II do art. 3º. Art. 4º, IV.
Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de Saúde	–	Art. 4º, IX.
Pagamentos de aposentadorias e pensões	Sétima Diretriz, I.	Inclusive de servidores da Saúde. Art. 4º, I.

continua

conclusão

Item	Resolução CNS nº 322/2003	Lei Complementar nº 141/2012
Pessoal ativo da área de Saúde quando em atividade alheia à referida área	–	Art. 4º, II.
Preservação e correção do meio ambiente	Realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais. Sétima Diretriz, VI	Realizada pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais. Art.4º, VII.
Saneamento básico	Com recursos de taxas e tarifas do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que executado pelo Ministério da Saúde e entes vinculados. Sétima Diretriz, IV.	Art. 4º, V.

Fonte: Brasil (2003), Brasil (2012).

Nos próximos itens, dedicaremos atenção ao detalhamento dos processos de análises de balanços estaduais e municipais, atividades-chaves para o cumprimento da missão do Siops. Serão abordados aspectos como a metodologia inerente ao trabalho e as fórmulas empregadas.

3.3 Análise dos balanços estaduais

A análise de balanços gerais tem como objetivo principal apresentar os dados relativos às receitas vinculadas e despesas em ASPS dos entes federados, referentes ao exercício financeiro analisado e ao percentual mínimo aplicado em ASPS comparando as informações de três fontes:

- Balanços Gerais.
- Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) e
- Siops.

Os objetivos específicos da análise são:

- Observar o grau de adesão dos entes federados ao conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde estabelecido na Resolução CNS nº 322/2003(Brasil, 2003) e atualmente com base na LC nº 141/2012.
- Qualificar o tipo de despesa que está sendo considerada pelos entes federados como Ações e Serviços Públicos de Saúde.

- Quantificar as diferenças nos montantes de aplicação de recursos próprios em ASPS, pelos entes federados, utilizando-se dos dados publicados pelos entes federados nas diferentes fontes.

Na análise de balanços gerais, são avaliadas as contas de receitas e despesas constantes no Balanço Geral do Estado (BGE), com a finalidade de auferir o montante de receitas e despesas necessárias ao cálculo do percentual mínimo de recursos próprios mínimos aplicados em ASPS.

A equipe do Núcleo Técnico do Siops realiza a análise dos balanços estaduais desde 2000. Porém, com a publicação da LC nº 141/2012, a continuidade do estudo sofreu mudança em seu processo e passou a ser denominada análise de consistência de dados, conforme Portaria MS/GM nº 53, de 16 de janeiro de 2013.

3.3.1 Metodologia de análise de balanço

A metodologia utilizada pelo Núcleo Técnico do Siops para proceder à análise baseou-se nas definições até então estabelecidas pela Resolução CNS nº 322/2003 (BRASIL, 2003), entre as quais, constam:

- **Despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS):** observar os critérios estabelecidos na sexta e na sétima diretrizes da Resolução CNS nº 322/2003(Brasil, 2003).

- **Receitas próprias:** são as Receitas de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais, que compreendem a soma das receitas de: impostos, dívida ativa de impostos, multas e juros de mora de impostos, multas e juros de mora da dívida ativa de impostos e das receitas de transferências constitucionais e legais, menos as transferências constitucionais concedidas aos municípios.

Ressalta-se que o cálculo é indireto, subtraindo-se das despesas totais com saúde os seguintes itens:

- Receita de transferências do SUS.

- Receita de operações de créditos e de outras fontes.

Esta operação ocorre, pois os Balanços Gerais dos Estados (BGE) não possuem demonstrativo detalhado por fonte de recursos à Saúde (aberto por natureza de despesas). Cumpre ainda salientar que cabe aos Tribunais de Contas dos Estados (TCE) o controle, a fiscalização e a auditoria para o aferimento e a garantia da fidedignidade das informações declaradas pelos estados, Distrito Federal e municípios nos balanços gerais.

A Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 (BRASIL, 1964), dedica capítulo inteiro sobre a divulgação dos Balanços Gerais e demonstrativos adicionais. O artigo 101 dispõe que:

> Os resultados gerais do exercício serão demonstrados no Balanço Orçamentário, no Balanço Financeiro, no Balanço Patrimonial, na Demonstração das Variações Patrimoniais, segundo os Anexos números 12, 13, 14 e 15 e os quadros demonstrativos constantes dos Anexos números 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16 e 17.

Os anexos 6, 7, 8, 9 e 10 do Balanço Geral, conforme a Lei nº 4.320/1964, são solicitados aos estados e municípios. Obtêm-se, então, os seguintes dados:

Quadro 15 – Lista de informações de balanço exigidas de estados e de municípios

Anexo 6	Detalhamento do programa de trabalho e subprograma.
Anexo 7	Demonstrativo de funções, programas e subprogramas por projetos e atividades.
Anexo 8	Demonstrativo da despesa por funções, programas e subprogramas conforme o vínculo com os recursos.
Anexo 9	Demonstrativo da despesa por órgão e funções.
Anexo 10	Comparativo da despesa orçada com a arrecadada.

Fonte: Brasil (1964).

Durante o processo de análise de balanços estaduais, realizado pelo Núcleo Técnico do Siops, verificou-se que os dados contidos nos Balanços Gerais não apresentam uniformidade.

São observadas divergências na contabilização de receitas e despesas. Destaca-se que a Lei nº 4.320/1964 define o detalhamento de despesas apenas até o nível de elemento, fato que dificulta uma melhor análise devido ao não detalhamento de determinadas receitas e despesas demonstradas nos balanços gerais, editados conforme o que preconiza a legislação vigente.

Também alguns entes não apresentam suficientes informações sobre as transferências aos municípios, bem como dos gastos em cada função, principalmente a Função 10 – Saúde. Além disso, é possível fazer os seguintes comentários:

- Alguns estados não classificam corretamente as contas ou não as detalham de maneira adequada.
- A apresentação dos dados dos Balanços Gerais é realizada sem uniformidade e/ou a apresentação de algumas contas acontece de forma "fechada", ou seja, apenas a conta sintética, não detalhando as contas analíticas.
- Em relação às receitas vinculadas, base de cálculo do percentual mínimo de aplicação em ASPS estabelecido pela legislação, observa-se que alguns entes reduziam seu montante, por meio da exclusão de valores referentes a repasses ao Fundeb, ou de valores referentes à parcela de impostos para criação de fundos específicos.

- Observa-se, ainda, a inclusão de despesas em ASPS que estão em dissonância com a Resolução CNS nº 322/2003 (BRASIL, 2003), o que demonstra a não adesão de parte dos entes ao preconizado.

- Verifica-se também o não detalhamento de valores recebidos a título de transferências do SUS.

A análise de balanço é feita considerando os valores, em reais, de receita vinculada e de despesa própria em Ações e Serviços Públicos de Saúde, obtidas a partir das três fontes, conforme descrição a seguir:

Quadro 16 – Fluxo de análise dos balanços orçamentários executados pelo Siops

Primeira Análise	Feita utilizando-se o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), publicado pelo Balanço Geral do Estado (BGE), no ano.	– Receita vinculada declarada no demonstrativo RREO (a). – Despesa própria com ações e serviços públicos de Saúde declarada no demonstrativo RREO (b). – Percentual aplicado resultante da divisão da despesa própria (b) pela receita vinculada (a) multiplicada por 100.
Segunda Análise	Análise de BGE efetuada pelo Núcleo Técnico do Siops, em conformidade com as diretrizes da Resolução CNS nº 322/2003 e com a EC nº 29/2000.	– Receita vinculada (a). – Despesa própria com ações e serviços públicos de Saúde (b). – Percentual aplicado resultante da divisão da despesa própria (b) pela receita vinculada (a) multiplicada por 100.
Terceira Análise	Dados transmitidos ao Siops pelos estados.	– Receita vinculada declarada ao Siops (a). – Despesa própria com ações e serviços públicos de Saúde declarada ao Siops (b). – Percentual aplicado resultante da divisão da despesa própria (b) pela receita vinculada (a) multiplicada por 100.

Fonte: Elaboração própria.

Da análise efetuada pela equipe responsável pelo Siops, observou-se que tanto a composição da receita vinculada como a das despesas realizadas em Ações e Serviços Públicos de Saúde com recursos próprios com vistas a aferir o percentual de aplicação preconizado pela EC nº 29/2000 (BRASIL, 2000c) não seguem, em sua totalidade, as normas adotadas pelo Ministério da Saúde, questão que deve se resolver com a LC nº 141/2012.

3.3.1.1 O Cálculo da receita e da despesa

O detalhamento do cálculo da receita também seguia a referida resolução, em sua quarta diretriz, que estabelece o percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de Saúde em relação às receitas vinculadas, de que trata o art. 198, § 2º da Consti-

tuição Federal (BRASIL, 1988) e o art. 77 do ADCT, a partir das seguintes bases de cálculo para as receitas:

Quadro 17– Total das receitas de impostos de natureza estadual – Receita Total (RT)

ICMS, IPVA, ITCMD
(+) Receitas de transferências da União:
Quota-Parte do FPE
Cota-Parte do IPI Exportação
Transferências da Lei Complementar nº 87/1996 (Lei Kandir)
(+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
(+) Outras receitas correntes:
Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos
Multas e Juros de Mora
Correção Monetária
(-) Transferências financeiras constitucionais e legais a municípios:
ICMS (25%), IPVA (50%), IPI Exportação (25%)
(=) Base de Cálculo Estadual = Receita Total **= RT**

Fonte: Elaboração própria.

Já o detalhamento do cálculo da despesa é realizado conforme se segue:

Quadro 18 – Despesa total com Saúde (função 10 – anexos 7 ou 8)

(-) Aposentadorias e Pensões – Inativos
(-) Contribuição Patronal – Repasse ao RPPS
(-) Clientela Fechada e outros gastos que não atendem à Resolução CNS nº 322 (BRASIL, 2003)
Despesa total com Ações e Serviços Públicos de Saúde
(-) Transferências de Recursos do SUS
Transferências da União
Transferências de outros estados
Transferências de municípios
Outras receitas do SUS
Remuneração de Depósitos Bancários Vinculados à Saúde
(-) Operações de Crédito
= Despesa Própria com Saúde = DP ASPS

Fonte: Elaboração própria.

A demonstração matemática do cálculo do percentual próprio aplicado em ASPS é:

$$\% \text{ Recursos próprios c/ASPS} = \frac{\text{DP ASPS}}{\text{RT}}$$

Após a realização das análises de balanço pelo Núcleo Técnico do Siops, elaborava-se nota técnica contendo os resultados da análise de todos os estados. Esse documento era discutido, inicialmente, na Câmara Técnica do Siops, sendo publicado apenas após sua aprovação. A última nota técnica foi aprovada na 54ª Reunião da CT/Siops, realizada em

6 de abril de 2010. Ela refere-se aos balanços dos estados do ano de 2008. A seguir, um extrato desta nota técnica:

Nota técnica nº 19 / 2010 – Siops /DESD/SE/MS de 06.04.2010

A presente nota técnica divulga o resultado da análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, referente ao exercício de 2008, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios gastos com ações e serviços públicos de Saúde, de acordo com o estabelecido pela EC nº 29/2000 e pela Resolução nº 322/2003 do CNS, e foi apresentada na 54ª reunião da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops (CT/Siops) realizada no dia 2 de fevereiro de 2010.

Entre os 27 estados que enviaram os dados ao Siops Anual de 2008, 23 declararam estar aplicando o mínimo de 12% em gastos com ações e serviços públicos de Saúde, enquanto quatro afirmam aplicar menos que o mínimo constitucional, sendo eles: ES, PR, RS, MT.

Ao se proceder a análise dos balanços estaduais, de acordo com o preconizado pela EC nº 29/2000 e Resolução nº 322/2003 do CNS, o total de estados que atingem o percentual de 12% se reduz para 14. Essas divergências podem ser ocasionadas por diversas considerações relevantes.

Os quadros a seguir apresentam maior detalhamento sobre os valores analisados, segundo as fontes, e sobre o percentual de aplicação de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde em cada estado.

Quadro 19 – Síntese de dados transmitidos ao Siops em 19/1/2010

UF	Quadro 1 – Relatório Resumido de Execução Orçamentária – Publicado pelo BGE– Exercício 2008			Quadro 2 – [1]Análise de balanços efetuada em conformidade com as diretrizes da Resolução CNS nº 322/03 e EC nº 29/00 – Exercício 2008			Quadro 3 – Dados Transmitidos ao Siops pelos estados – Exercício 2008 [1]			
Cód	(A)	(B)	(C) = (B/A) x100	(A)	(B)	(C) = (B/A) x100	(A)	(B)	(C) = (B/A) x100	Diferença Percentual
	Receita Vinculada	Despesa Própria	Percentual	Receita Vinculada	Despesa Própria	Percentual	Receita Vinculada	Despesa Própria	Percentual	(Quadros 2 e 3)
RO	2.757.621.575,00	356.250.792,00	12,92%	2.757.621.574,88	336.264.365,55	12,19%	2.757.621.574,88	352.549.360,91	12,78%	-0,59%
AC	2.044.141.479,33	293.091.171,88	14,34%	2.044.119.566,38	311.279.569,20	15,23%	2.044.141.479,33	293.033.712,64	14,34%	0,89%
AM	5.120.598.170,86	1.103.182.189,07	21,54%	5.132.854.651,45	1.097.795.987,13	21,39%	5.132.852.928,07	986.238.432,30	19,21%	2,17%
RR	1.451.621.483,85	218.248.089,56	15,03%	1.451.748.294,38	210.850.323,28	14,52%	1.453.479.124,71	217.269.766,42	14,95%	-0,42%
PA	660.532.900,00	81.834.100,00	12,39%	6.580.815.767,18	797.917.960,63	12,12%	6.580.815.767,18	840.188.084,98	12,77%	-0,64%
AP*				1.950.326.465,53	255.825.486,95	13,12%	1.951.527.491,24	271.446.611,48	13,91%	-0,79%
TO	2.943.697.447,10	405.814.986,80	13,79%	2.942.772.898,88	401.167.842,15	13,63%	2.941.137.205,34	405.579.089,06	13,79%	-0,16%
MA	5.400.981.239,19	662.717.006,31	12,27%	5.577.854.033,61	550.875.234,66	9,88%	5.405.066.195,09	651.935.450,51	12,06%	-2,19%
PI	2.685.431.383,59	357.984.869,41	13,33%	3.243.807.285,45	292.405.577,32	9,01%	3.249.041.419,38	395.126.608,38	12,16%	-3,15%
CE	6.808.445.000,00	942.088.000,00	13,84%	7.459.221.628,02	719.011.899,52	9,64%	7.516.342.801,01	1.079.417.373,26	14,36%	-4,72%
RN	3.935.335.889,91	652.891.026,64	16,59%	3.935.168.925,26	699.119.142,93	17,77%	3.937.995.025,07	649.766.539,88	16,50%	1,27%
PB	3.670.102.000,00	507.104.000,00	13,82%	3.947.544.428,30	444.288.433,46	11,25%	3.931.324.202,38	490.983.938,61	12,49%	-1,23%
PE	8.477.300.007,04	1.267.017.047,36	14,95%	8.556.490.185,58	1.158.452.599,14	13,54%	8.557.511.573,01	1.182.347.096,50	13,82%	-0,28%
AL	3.368.384.233,39	414.092.304,00	12,29%	3.394.804.232,54	365.765.608,76	10,77%	3.368.384.233,39	411.069.434,74	12,20%	-1,43%
SE	3.141.513.800,24	388.090.101,96	12,35%	3.168.737.296,46	382.518.571,58	12,07%	3.174.860.147,09	403.239.336,48	12,70%	-0,63%
BA	12.247.924.593,16	1.572.385.316,49	12,84%	12.480.550.540,31	1.525.905.925,33	12,23%	12.249.876.469,89	1.563.872.879,97	12,77%	-0,54%
MG	22.656.646.420,01	2.971.535.592,98	13,12%	22.653.773.353,49	1.958.745.433,08	8,65%	22.913.153.720,25	2.794.207.087,79	12,19%	-3,55%
ES	5.342.600.105,68	671.077.585,28	12,56%	6.554.184.969,91	680.704.978,55	10,39%	6.553.007.811,01	671.073.898,73	10,24%	0,15%
RJ	15.975.386.000,00	2.205.525.000,00	13,81%	18.745.704.028,43	2.014.630.701,86	10,75%	17.465.189.530,78	2.205.943.823,14	12,63%	-1,88%
SP	65.853.553.548,61	8.075.938.068,34	12,26%	65.374.023.180,01	8.131.779.833,95	12,44%	65.374.254.985,58	8.801.885.304,70	13,46%	-1,02%
PR	10.004.416.019,76	1.216.974.303,74	12,16%	12.036.500.153,40	1.184.482.465,05	9,84%	12.047.695.145,66	1.179.542.076,65	9,79%	0,05%
SC	7.553.737.000,00	942.317.000,00	12,47%	7.562.140.052,53	887.465.375,05	11,74%	7.553.737.035,12	942.316.470,57	12,47%	-0,74%
RS	14.123.286.000,00	1.749.212.000,00	12,39%	14.123.267.685,64	616.815.634,78	4,37%	14.124.191.323,17	921.813.779,26	6,53%	-2,16%
MS	4.060.930.925,56	537.619.154,14	13,24%	4.056.735.707,31	497.141.672,09	12,25%	4.078.834.124,41	529.451.391,72	12,98%	-0,73%
MT	4.292.766.728,55	531.702.724,55	12,39%	4.697.065.606,01	528.981.101,57	11,26%	4.729.441.243,67	531.702.724,55	11,24%	0,02%
GO	5.623.081.000,00	700.682.000,00	12,46%	6.926.074.057,29	658.528.203,13	9,51%	6.142.341.683,00	790.563.044,00	12,87%	-3,36%
DF	7.589.179.958,35	1.328.974.470,86	17,51%	7.556.335.076,26	1.218.165.372,95	16,12%	7.597.232.493,20	1.328.974.470,86	17,49%	-1,37%
Total	227.789.214.909,18	30.154.348.901,37	13,24%	244.910.241.644,47	27.926.885.299,65	11,40%	242.831.056.732,91	30.891.537.788,09	12,72%	-1,32%

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentaria dos Estados, Balanços Gerais dos Estados (BGE) e dados declarados ao Siops.

* Estado que até o momento não publicou o RREO

[1] Dados colhidos no sistema Siops em 19/1/2010.

Quadro 20 – Análise da receita dos BGEs 2008 (Região Norte)

Análise da Receita dos BGEs 2008				
	Análise BGEs (Quadro 2, Anexo 1)	Transmitidos ao Siops (Quadro 3, Anexo 1)	Diferenças [1]	Considerações [2]
RO	2.757.621.574,88	2.757.621.574,88	–	Não houve divergência entre os valores declarados e analisados.
AC	2.044.119.566,38	2.044.141.479,33	21.912,95	As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais constitucionais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
AM	5.132.854.651,45	5.132.852.928,07	(1.723,38)	As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais constitucionais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE). Não declara os valores das receitas de atualização monetária de impostos e da dívida ativa/R$ 5.118,14.
RR	1.451.748.294,38	1.453.479.124,71	1.730.830,33	As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais constitucionais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE). Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 2.698.288,77 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 840.648,21.
PA	6.580.815.767,18	6.580.815.767,18	–	Não houve divergência entre os valores declarados e analisados.
AP	1.950.326.465,53	1.951.527.491,24	1.201.025,72	As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais constitucionais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE). Declara um valor menor em outras receitas correntes/R$ 5.766.106,90 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 6.131.582,99.
TO	2.942.772.898,88	2.941.137.205,34	(1.635.693,54)	As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais constitucionais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE). O valor das receitas de impostos/R$ 1.057.548.612,41 (ICMS, IPVA, ITCMD, IRRF) é superior ao declarado no Siops/R$ 1.055.137.573,24. Declara um valor menor em outras receitas correntes/R$ 16.414.406,25 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/ R$ 16.416.240,36.

Fonte: Elaboração própria.

[1] Diferença entre a receita vinculada declarada e a análise do Balanço Geral do Estado (BGE), de acordo com a Ec nº 29 e a Res. nº 332/03 do CNS.

[2] Descrição qualitativa da análise do Balanço Geral do Estado (BGE) em relação à receita vinculada.

Quadro 21 – Análise da receita dos BGEs 2008 (Região Nordeste)

Análise da Receita dos BGEs 2008				
	Análise BGEs (Quadro 2, Anexo 1)	Transmitidos ao Siops (Quadro 3, Anexo 1)	Diferenças [1]	Considerações [2]
MA	5.577.854.033,61	5.405.066.195,09	(172.787.838,52)	O valor do ICMS/R$ 2.243.570.978,91 no Balanço Geral do Estado (BGE) é inferior ao declarado no Siops/R$ 2.434.133.421,78. As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE). Declara um valor menor em outras receitas correntes/ R$ 15.610.356,94 (multas, juros e atualização monetária de impostos e sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 22.135.500,82, salienta-se que os devidos valores estão registrados de forma sintética no Balanço Geral do Estado (BGE), portanto, não há o detalhamento devido.
PI	3.243.807.285,45	3.249.041.419,38	5.234.133,93	As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE). Declara um valor menor em outras receitas correntes/R$ 3.734.585,75 (multas, juros e atualização monetária de impostos e sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 11.594.100,98.
CE	7.459.221.628,02	7.516.342.801,01	57.121.172,99	Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 83.921.338,89 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 83.828.118,31. As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
RN	3.935.168.925,26	3.937.995.025,07	2.826.099,82	As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
PB	3.947.544.428,30	3.931.324.202,38	(16.220.225,92)	As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE). Declara um valor menor em outras receitas correntes/R$ 19.712.677,15 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 41.504.558,37.
PE	8.556.490.185,58	8.557.511.573,01	1.021.387,43	O valor das receitas de impostos/R$ 6.860.423.817,4 (ICMS, IPVA, ITCMD, IRRF) é inferior ao declarado no Siops/R$ 6.861.374.477,19. Tal diferença /R$ 920.659,78 aparece na rubrica "outros impostos", conta exclusiva para o Distrito Federal. Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 114.685.586,80 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 114.584.859,15.
AL	3.394.804.232,54	3.368.384.233,39	(26.419.999,15)	O valor do ICMS no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 1.591.845.078,07 é superior ao declarado no Siops/R$ 1.556.467.214,99. As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
SE	3.168.737.296,46	3.174.860.147,09	6.122.850,63	Declara um valor superior em outras receitas correntes/R$ 20.145.783,06 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 13.635.862,27. As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
BA	12.480.550.540,31	12.249.876.469,89	(230.674.070,42)	O valor do ICMS registrado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 9.558.038.503,21 é superior ao declarado ao Siops/R$ 9.253.008.287,52. Declara um valor superior em outras receitas correntes/R$ 123.609.340,91 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 122.003.172,08. O valor das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).

Fonte: Elaboração própria.

[1] Diferença entre a receita vinculada declarada e a análise do Balanço Geral do Estado (BGE), de acordo com a Ec nº 29 e a Res. n º 332/03 do CNS.

[2] Descrição qualitativa da análise do Balanço Geral do Estado (BGE) em relação à receita vinculada.

Quadro 22 – Análise da receita dos BGEs 2008 (Regiões Sudeste e Sul)

Análise da Receita dos BGEs 2008				
	Análise BGEs (Quadro 2, Anexo 1)	Transmitidos ao Siops (Quadro 3, Anexo 1)	Diferenças [1]	Considerações [2]
MG	22.653.773.353,49	22.913.153.720,25	259.380.366,76	Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 921.665.478,40 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 905.455.430,53. As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
ES	6.554.184.969,91	6.553.007.811,01	(1.177.158,90)	O valor das receitas de impostos/R$ 7.455.228.722,72 (ICMS, IPVA, ITCMD, IRRF) é superior ao declarado no Siops/R$ 7.453.798.687,83. Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 80.248.554,35 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 79.995.678,36.
RJ	18.745.704.028,43	17.465.189.530,78	(1.280.514.497,65)	Nas distribuições de transferências constitucionais e legais a municípios declara um valor maior/(R$ 6.472.193.128,80), ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 5.186.561,523,39. Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 261.134.727,44 (multas, juros e atualização monetária de impostos e sua dívida ativa) em relação ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 256.017.619,68.
SP	65.374.023.180,01	65.374.254.985,58	231.805,57	Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 1.014.082.762,60 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 1.013.850.957,03.
PR	12.036.500.153,40	12.047.695.145,66	11.194.992,26	Declara um valor menor em outras receitas correntes/R$ 202.858.410,13 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/ 203.827.317,08. Divergência entre o declarado e o analisado nas transferência constitucionais e legais a municipios, o estado declara um valor de R$ 3.609.037.729,77, já o analisado é de R$ 3.621.201.628,98.
SC	7.562.140.052,53	7.553.737.035,12	(8.403.017,41)	Declara um valor menor em outras receitas correntes/R$ 104.458.248,94 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/ 109.073.243,79. As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE). O Valor de impostos (ICMS, IPVA, ITCMD, IRRF) no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 8.917.209.134,28, é superior ao declarado no Siops/R$ 8.913.421.111,72.
RS	14.123.267.685,64	14.124.191.323,17	923.637,53	Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 325.736.708,83 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/ 324.811.842,13. O valor das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).

Fonte: Elaboração própria.

[1] Diferença entre a receita vinculada declarada e a análise do Balanço Geral do Estado (BGE), de acordo com a Ec nº 29 e a Res. n º 332/03 do CNS.

[2] Descrição qualitativa da análise do Balanço Geral do Estado (BGE) em relação à receita vinculada.

Quadro 23 – Análise da receita dos BGEs 2008 (Região Centro-Oeste)

Análise da Receita dos BGEs 2008				
	Análise BGEs (Quadro 2, Anexo 1)	Transmitidos ao Siops (Quadro 3, Anexo 1)	Diferenças [1]	Considerações [2]
MS	4.056.735.707,31	4.078.834.124,41	22.098.417,10	O valor do ICMS registrado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 4.031.050.163,94 é superior ao declarado no Siops/R$ 4.060.806.913,25. As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
MT	4.697.065.606,01	4.729.441.243,67	32.375.637,66	Declara um valor maior em outras receitas correntes/R$ 141.602.024,59 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/ R$ 141.601.816,65. As distribuições das transferências constitucionais e legais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
GO	6.926.074.057,29	6.142.341.683,00	(783.732.374,29)	O Valor de impostos (ICMS, IPVA, ITCMD, IRRF) no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 7.162.334.268,20 é superior ao declarado no Siops/R$ 6.269.088.430,00. Declara um valor menor em outras receitas correntes/R$ 15.552.577,00 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 187.527.511,67. A distribuição das receitas legais e constitucionais a municípios foram calculadas pelos percentuais, devido ao não detalhamento destas contas no Balanço Geral do Estado (BGE).
DF	7.556.335.076,26	7.597.232.493,20	40.897.416,94	O valor do ICMS/R$ 4.055.878.025,69 declarado é superior ao registrado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 4.021.028.252,98. Declara um valor menor em outras receitas correntes/R$ 88.806.700,77 (multas, juros e atualização monetária de impostos e de sua dívida ativa) ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$142.546.496,86. Outros Impostos exclusivo do DF (IPI, IPTU, ISS) declarado ao Siops/R$ 1.256.500.986,94 maiores que os registrado no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 1.196.713.547,62.

Fonte: Elaboração própria.

[1] Diferença entre a receita vinculada declarada e a análise do Balanço Geral do Estado (BGE), de acordo com a Ec nº 29 e a Res. nº 332/03 do CNS.

[2] Descrição qualitativa da análise do Balanço Geral do Estado (BGE) em relação à receita vinculada.

Quadro 24 – Análise da despesa dos BGEs 2008 (Região Norte)

Análise da Receita dos BGEs 2008				
	Análise BGEs (Quadro 2, Anexo 1)	Transmitidos ao Siops (Quadro 3, Anexo 1)	Diferenças [1]	Considerações [2]
RO	336.264.365,55	352.549.360,91	(16.284.995,36)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (segurança e humanização do sistema penitenciário/R$ 509.153,52; operações especiais/R$ 8.646.557,41), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.
AC	311.279.569,20	293.033.712,64	18.245.856,56	O total de despesa com saúde declarado é inferior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (manutenção de residência médica/R$ 2.499,00; divulgação e publicação de atos do Estado do Acre/R$ 647.137,60; programa integrado de desenvolvimento sustentável do Estado do Acre – BNDES III/R$ 390.021,11), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 100.703.750,58 informadas ao Siops são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 79.980.095,38.
AM	1.097.795.987,13	986.238.432,30	111.557.554,83	Declara um valor de R$ 118.849.417,10 em restos a pagar sem disponibilidade financeira. Transferências do SUS/R$ 303.057.599,57, informado ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 303.509.519,01.
RR	210.850.323,28	217.269.766,42	(6.419.443,14)	Declara um valor de R$ 963.840,76 em restos a pagar sem disponibilidade financeira. Transferências de recursos do SUS/R$ 26.695.969,37 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 34.079.253,27.
PA	797.917.960,63	840.188.084,98	(42.270.124,35)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (qualidade social do serviço público/R$ 131.954.649,09; valorização do servidor público/R$ 59.904.316,68; água para todos/R$ 1.818.524,39), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências do SUS/R$ 312.876.963,24 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 326.215.975,96.
AP	255.825.486,95	271.446.611,48	(15.621.124,53)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Transferências de recuros do SUS/R$ 54.872.753,10 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 61.444.683,56. Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Previdência do Regime Estatutário/ R$10.896.979,25), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.
TO	401.167.842,15	405.579.089,06	(4.411.246,91)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (alimentação para adolescentes socioeducandos/R$ 396.965,62; Desenvolvimento de pós-graduação na área de Medicina Tropical/R$ 203.527,02), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 147.105.949,04 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 151.586.460,17.

Fonte: Elaboração própria.

[1]Diferença entre o valor declarado em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) e a análise do Balanço Geral do Estado (BGE) de acordo com a Ec nº 29 e a Res. nº 322/03 do CNS.

[2] Análise qualitativa do Balanço Geral do Estado (BGE) sobre os gastos com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), tendo como critério a Ec nº 29/00 e a Res. nº 322/03 do CNS.

Quadro 25 – Análise da despesa dos BGEs 2008 (Região Nordeste)

Análise da Receita dos BGEs 2008				
	Análise BGEs (Quadro 2, Anexo 1)	Transmitidos ao Siops (Quadro 3, Anexo 1)	Diferenças [1]	Considerações [2]
MA	550.875.234,66	651.935.450,51	(101.060.215,85)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Transferências de recursos do SUS/R$ 253.361.456,72 informadas ao Siops são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 165.335.568,28. Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Previdência Básica/R$ 4.869,21; Previdência do Regime Estatutário/R$ 8.556.673,99), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.
PI	292.405.577,32	395.126.608,38	(102.721.031,06)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (gastos com saúde e valorização do servidor/ R$ 98.278.472,71; melhoria do sistema prisional/R$ 193.335,99; saneamento básico/R$ 11.083.357,86; educação R$ 83.819,18), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de Recuros do SUS/R$ 157.290.693,44 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 218.631.310,07.
CE	719.011.899,52	1.079.417.373,26	(360.405.473,74)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Saúde do servidor/R$ 38.393.991,40; gasto com residência médica/ R$ 5.646.039,26), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. O valor das transferências de recursos do SUS/ R$302.370.603,76 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 744.231.768,19.
RN	699.119.142,93	649.766.539,88	49.352.603,05	O total de despesa com saúde declarado é inferior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Polícia Militar/R$ 2.952.528,75; Central de Abastecimento S/A/R$ 3.783.728,32), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 220.336.275,29 informadas ao Siops são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/ R$ 184.238.368,13.
PB	444.288.433,46	490.983.938,61	(46.695.505,15)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Casa Civil do Governador/R$ 7.891.822,70; Polícia Militar/R$ 11.644.960,20; Secr. de Turismo e Des. Econômico/R$ 287.926,63; Secr. do Est. da Ed. e Cultura/R$ 5.393.894,31; Secr. Est. da Seg. e Defesa Social/R$ 19.729,42; Secr. Est. de Infraestrurua/R$ 6.004.866,45), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.
PE	1.158.452.599,14	1.182.347.096,50	(23.894.497,36)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (assistência aos servidores /R$ 248.893.037,98; conservação das unidades de ensino da UFPE/R$ 1.385.980,98; assistência social/R$ 3.419.623,62), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 1.089.693.762,48 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 791.930.338,63.

continua

conclusão

AL	**365.765.608,76**	**411.069.434,74**	**(45.303.825,98)**	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (ensino superior: administração e fortalecimento de ensino superior/R$ 875.338,50; servidor público: manutenção das atividades do orgão e assistência médica-hospitalar, odontológica/R$ 29.514.440,29; Reforma Agrária: manutenção das atividades do orgão/R$ 4.240.177,95), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 147.612.890,28 informados ao Siops, são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 132.087.816,35.
SE	**382.518.571,58**	**403.239.336,48**	**(20.720.764,90)**	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Inst. Prom. Assist. Saúde Serv. Estadual Sergipe /R$45.268.406,37; Hospital da Polícia Militar R$/5.182.821,47; manutenção do programa de residência médica R$/248.317,45), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 105.659.938,18 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 121.586.802,05.
BA	**1.525.905.925,33**	**1.563.872.879,97**	**(37.966.954,64)**	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (alimentação para adolescentes socioeducandos/ R$ 396.965,62; desenvolvimento de pós-graduação na área de Medicina Tropical/R$ 203.527,02) conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 767.598.755,57 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 737.856.351,79.

Fonte: Elaboração própria.

[1]Diferença entre o valor declarado em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) e a análise do Balanço Geral do Estado (BGE) de acordo com a Ec nº 29 e a Res. nº 322/03 do CNS.

[2] Análise qualitativa do Balanço Geral do Estado (BGE) sobre os gastos com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), tendo como critério a Ec nº 29/00 e a Res. nº 322/03 do CNS.

Quadro 26 – Análise da despesa dos BGEs 2008 (regiões Sudeste e Sul)

Análise da Receita dos BGEs 2008				
	Análise BGEs (Qadro 2, Anexo 1)	Transmitidos ao Siops (Quadro 3, Anexo 1)	Diferenças [1]	Considerações [2]
MG	1.958.745.433,08	2.794.207.087,79	(835.461.654,71)	Total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Polícia Militar do Estado de Minas Gerais/R$ 16.984.077,37; Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Minas Gerais (CBMMG)/R$ 142.742,06; Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais/R$ 485.360.521,37; Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais/R$ 201.044.422,85; Fundo de Apoio Habitacional da Assembleia Legislativa/R$ 17.079.660,07; Polícia Civil do Estado de Minas Gerais/R$ 171.762,59; Universidade Estadual de Montes Claros/R$ 20.391.058,27), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 1.177.206.516,66 informadas ao Siops são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 903.417.167,02.
ES	680.704.978,55	671.073.898,73	9.631.079,82	O total de despesa com saúde declarado é inferior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gasto com clientela fechada e/ou acesso não universal (Previdência do regime estatutário/R$ 794.709,59), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 356.781,10 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 358.176.246,06.
RJ	2.014.630.701,86	2.205.943.823,14	(191.313.121,28)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Transferências do SUS/R$ 734.146.279,84, informado ao Siops, são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 682.248,870,65. Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Previdência Social dos Servidores Estatutários do ERJ/R$ 94.954.032,71; Execução Penal Estruturada/R$ 2.766.037,45; Prevenção de advers.e Prestação de Socorro pela Defesa Civil e CBM/R$ 179.319.711,12), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.
SP	8.131.779.833,95	8.801.885.304,70	(670.105.470,75)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Transferências do SUS/R$ 3.492.983.919,30 informadas ao Siops são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 3.363.334.496,11. Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (saneamento básico urbano/R$ 26.915.987,38; Inst. Ass. Med. Servidores Público (IAMSP)/R$ 493.055.242,07; Secretaria de Segurança/R$ 160.045.363,48; Ass. Integral ao Adolescente e Intergração/R$ 6.594.174,10; Secretária de Gestão Pública/R$ 70.093.887,00; Secretaria de Adm. Penitenciária/R$ 3.708.989,82), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.
PR	1.184.482.465,05	1.179.542.076,65	4.940.388,40	O total de despesa com saúde declarado é inferior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Transferências do SUS/R$ 719.205.916,19 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 786.694.464,85. Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Previdência do Regime Estatutário/R$ 127.311.389,46; Corpo de Bombeiros/R$ 20.880.580,95; Gestão do Sist. de Saúde dos Serv. do Paraná/ R$93.502.328,18; Promoção e Exe. da Defesa Sanitária Vegetal/R$ 514.570,60; Diversificação da Agropecuária e Fortalecimento do Agronegócio Familiar/R$ 581.029,51; Recursos Hidrícos e Saneamento Ambiental/R$ 4.710.212,29; Leite das Crianças/R$ 81.827.549,19; Encargos com Pensões Especiais/R$ 11.735.545,71), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.
SC	887.465.375,05	942.316.470,57	(54.851.095,52)	O total de despesa com saúde declarado é inferior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Gabinete do secretário – Manutenção do Hospital de Custódia/R$ 14.848,99; Fundo Penitenciário do Estado de Santa Catarina/R$ 540.566,34; Fundo de Melhoria da Polícia Militar/R$ 70.975,90; Fundo do Plano de Saúde dos Servidores Públicos Estaduais/R$ 191.529.649,20), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 449.987.286,94 informadas ao Siops são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 445.987.286,94.
RS	616.815.634,78	921.813.779,26	(304.998.144,48)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (gestão da saúde do servidor publico estadual/R$ 701.515.433,73; saneamento básico básico urbano/R$ 780.910,99; programa estadual de prevenção da violência 2.369.374,60), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 1.372.640.649,01 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 685.175.359,11.

Fonte: Elaboração própria.

[1]Diferença entre o valor declarado em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS) e a análise do Balanço Geral do Estado (BGE) de acordo com a Ec nº 29 e a Res. nº 322/03 do CNS.

[2] Análise qualitativa do Balanço Geral do Estado (BGE) sobre os gastos com Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), tendo como critério a Ec nº 29/00 e a Res. nº 322/03 do CNS.

Quadro 27 – Análise da despesa dos BGEs 2008 (Região Centro-Oeste)

Análise da Receita dos BGEs 2008				
	Análise BGEs (Quadro 2, Anexo 1)	Transmitidos ao Siops (Quadro 3, Anexo 1)	Diferenças [1]	Considerações [2]
MS	497.141.672,09	529.451.391,72	(32.309.719,63)	O total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (parcelamento da dívida da saúde com o INSS/R$ 28.933,18), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 175.617.479,48 informadas ao Siops são superiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 115.979.949,95.
MT	528.981.101,57	531.702.724,55	(2.721.622,98)	Total de despesa com saúde declarado é inferior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Transferências do SUS/ R$191.297.300,25, informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 192.727.960,22. Gasto com clientela fechada e/ou acesso não universal (Instituto de Ass. à Saúde dos Servidores/R$ 68.483.151,69), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.
GO	658.528.203,13	790.563.044,00	(132.034.840,87)	Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado de Goiás/R$ 515.299.742,00; Fundo de Previdência Estadual/R$ 35.519.163,36; Programa de Aperfeiçoamento do (Ipasgo)/R$ 220.000,00), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03. Transferências de recursos do SUS/R$ 178.957.092,00 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 185.973.423,41.
DF	1.218.165.372,95	1.328.974.470,86	(110.809.097,91)	Total de despesa com saúde declarado é superior ao analisado no Balanço Geral do Estado (BGE). Transferências do SUS/R$301.402.977,97 informadas ao Siops são inferiores às registradas no Balanço Geral do Estado (BGE)/R$ 368.984.954,19. Gastos com clientela fechada e/ou acesso não universal (Fundo de Assist. à Saúde da CLDF/R$ 13.437.173,75; Fundo de Saúde da Polícia Militar/R$ 64.250,00; Fundo de Saúde do Corpo de Bombeiros/R$ 6.869.570,53; Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ R$ 2.135.990,00; Inst. de Ass. ao Servidores do DF/R$ 5.751.948,08; Concessão de bolsas de estudo a residentes da rede hospitalar do DF/R$ 21.999.519,32), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03.

Fonte: Elaboração própria.

[1] Diferença entre a receita vinculada declarada e a análise do Balanço Geral do Estado (BGE), de acordo com a Ec nº 29 e a Res. n º 332/03 do CNS.

[2] Descrição qualitativa da análise do Balanço Geral do Estado (BGE) em relação à receita vinculada.

3.3.2 A apresentação de questionamentos

Após a elaboração da nota técnica com os resultados da análise de balanços gerais estaduais para determinado exercício, era facultado aos estados a apresentação de questionamento, dentro de prazo estipulado nas reuniões da CTSiops. Durante a 54ª reunião da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops, por exemplo, foi facultado aos estados que enviassem seus questionamentos sobre os valores de receita e de despesa apresentados em nota técnica e a documentação contábil comprobatória. A intenção era que os dados fossem reavaliados pelo Núcleo Técnico do Siops. Assim o fizeram: Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Mato Grosso e Paraná.

Após a reavaliação dos dados, mediante o questionamento realizado por estes cinco estados, verificou-se que o Espírito Santo teve seus percentuais de recursos próprios gastos em ASPS alterados, após a análise da documentação legal enviada. Quanto à Bahia não houve modificação do percentual calculado. Com relação às outras três unidades da Federação (MG, MT e PR), constatou-se que os questionamentos não encontravam respaldo na legislação.

Salientou-se, entretanto, que estes questionamentos poderiam ser reapresentados à Câmara Técnica do Siops se o Estado estivesse interessado em discutir o assunto. Assim, o colegiado desta câmara poderia acatar ou não os argumentos oferecidos. Portanto, para o exercício de 2008, após a análise e a resposta aos ofícios, por meio de notas técnicas, procedeu-se a alteração do percentual do Estado do Espírito Santo, que foi apenas um centésimo de percentual para menos, de 10,39% para 10,38%.

3.4 Análise dos balanços municipais

A análise de balanços gerais de municípios segue as mesmas considerações iniciais sobre a análise de balanços de estados. A base de cálculo da receita própria municipal está descrita no quadro que segue.

Quadro 28 – Base de cálculo da receita própria municipal

TOTAL DAS RECEITAS DE IMPOSTOS MUNICIPAIS
ISS, IPTU, ITBI
(+) Receitas de transferências da União
Quota-Parte do FPM Quota-Parte do ITR Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/1996 (Lei Kandir)
(+) Imposto de renda retido na fonte (IRRF)
(+) Receitas de transferências do Estado

continua

conclusão

Quota-Parte do ICMS Quota-Parte do IPVA Quota-Parte do IPI – Exportação
(+) Outras receitas correntes
Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária
(=) Base de Cálculo Municipal = Receita total própria

Fonte: Elaboração própria.

Para analisar os dados referentes às despesas, utiliza-se o valor total de despesa (constante no Anexo 9 do Balanço Geral do Município, na Função 10 – Saúde). Verificam-se, nos anexos de 6 a 8, os valores lançados nas despesas que não se enquadram em gastos em ASPS, conforme a sétima diretriz da Resolução CNS nº 322/2003 (Brasil, 2003). A relação entre as despesas e a receita resulta no total de gasto com Saúde do município pelas fontes Siops e análise de balanço.

Na análise de balanços gerais municipais, o cálculo do percentual mínimo aplicado em ASPS também é realizado pelo cálculo tradicional. Trata-se de um cálculo indireto uma vez que os balanços não possuem demonstrativos de despesa detalhados por fonte de recursos à Saúde.

Assim, do valor de despesa total com ASPS, considerando-se todas as fontes de recursos, são subtraídos: os recursos recebidos de transferências de SUS e as receitas de operações de crédito. Porém, no cálculo tradicional realizado na análise de balanço, os valores de restos a pagar inscritos sem disponibilidade financeira e os montantes de restos a pagar cancelados não são deduzidos da despesa total com ASPS porque não há esta informação nos balanços gerais.

O quadro a seguir demonstra a diferença de metodologia caso se dispusesse, nos balanços, de informação da despesa em saúde realizada apenas com recursos próprios.

Quadro 29 – Comparativo de cálculo de recursos próprios em ASPS (método tradicional x método por fonte)

CÁLCULO DO PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS EM ASPS (Método tradicional)
Despesa Total com Ações e Serviços de Saúde (I)
(-) Transferências de Recursos do SUS (II)
(-) Receita de Operações de Crédito (III)
(-) RPs inscritos no exercício financeiro sem disponibilidade financeira (IV)
(-) RPs com disponibilidade financeira no exercício anterior e cancelados no exercício atual (V)
= Despesa com Recursos Próprios (VI = I-II-III-IV-V)
Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (VI/Receitas próprias)

CÁLCULO DO PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS EM ASPS (Método por fonte)
Despesa Total com Saúde (I)
Fonte: Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais
(-) RPs inscritos no exercício financeiro sem disponibilidade financeira (II) (-) RPs com disponibilidade financeira no exercício anterior e cancelados no exercício atual (III) = Despesa com Recursos Próprios por Fonte (IV) % de Recursos Próprios aplicados em Saúde por Fonte = DS (iv)/RT

Fonte: Elaboração própria.

Após compreender a dinâmica relacionada à análise das informações e dados remetidos pelos entes federados ao Siops, no próximo capítulo veremos como está o nível de adesão dos municípios, dos estados e do Distrito Federal à ferramenta. Tais números ressaltam a aceitação por parte do próprio gestor, tendo em vista que a importância atribuída ao acompanhamento desses investimentos em Saúde seja feito com transparência e confiabilidade.

Situação de Transmissão de Dados por Estados, Municípios e Região

4

4.1 Mapeamento por municípios da situação de entrega dos dados

A situação de entrega dos dados e informações refere-se ao seu envio pelos entes federados (estados, Distrito Federal e municípios), por meio do Siops, relativos à periodicidade semestral e anual, conforme executado até 2012. No período de 2000 a 2010, houve pendências, mas as metas – em grande parte – foram atingidas.

Com isso, foram mantidos em nível elevado os índices de entrega (acima de 95%), como pode ser visualizado nos quadros e tabelas a seguir. Ressalta-se, novamente, que a partir de 2013 esta lógica mudará para se adaptar às regras que tornaram a periodicidade de envio dos dados menor. De acordo com a LC nº 141/2012 (BRASIL, 2012b), ele deverá ser bimestral.

Os dois próximos quadros demonstram a situação de entrega de municípios por estado e por região. Os dados foram retirados do Siops em janeiro de 2011. O Quadro 30 refere-se ao período de 2000 a 2005 e o Quadro 31 aos anos de 2006 a 2010. Analisando-se o primeiro, verifica-se que todos os municípios entregaram os dados referentes ao período de 2000 a 2004, com desempenho anual de 100%.

Já em 2005 se constata que apenas dois municípios não o fizeram. A situação definida como "sem balanço" resulta de alterações e mudanças na administração municipal, quando a equipe anterior não providenciou a elaboração do balanço geral ficando a sucessora impossibilitada de efetuar a referida transmissão por falta de dados confiáveis. Este *status* é conferido pelo Núcleo Técnico do Siops quando do recebimento de documentação comprobatória da impossibilidade de envio dos dados.

O Quadro 31, relativo ao período de 2006 a 2010, indica que as pendências para cada ano foram as seguintes: em 2006, restaram 4 pendências; em 2007, foram 12; em 2008, foram constatadas 25; e, em 2009, houve 71. No total, foram contabilizadas 112 pendências de entrega no período. Os quadros mencionados anteriormente estão disponíveis para consulta nas páginas que se seguem.

4.1.1 Mapeamento por estados da situação de entrega dos dados

Em relação ao envio de dados ao Siops por estados e DF, as 27 unidades da Federação fizeram o envio das informações ao longo do período de 2000 a 2010, ou seja, houve 100% de desempenho.

IMPORTANTE

A data de levantamento de dados no Siops é sempre relevante na medida em que os entes federados podem – a qualquer tempo – retransmitir dados para efetuar correções ou transmiti-los quando não o fizeram para exercícios passados. O quantitativo de entes que transmitiram dados, bem como o montante de recursos financeiros, pode ser alterado ao longo do tempo.

Quadro 30 – Situação de entrega dos municípios – Brasil, 2000 a 2005

Região/UF	Ano-Base 2000				Ano-Base 2001				Ano-Base 2002		Ano-Base 2003		Ano-Base 2004		Ano-Base 2005	
	Total	Recebidos	Não Recebidos	% Não Recebidos	Total	Recebidos	Não Recebidos	% Não Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos
NORTE	**449**	**449**	**0**	**0**	**449**	**449**	**0**	**0**	**449**	**449**	**449**	**449**	**449**	**449**	**449**	**447**
Rondônia	52	52	0	0	52	52	0	0	52	52	52	52	52	52	52	52
Acre	22	22	0	0	22	22	0	0	22	22	22	22	22	22	22	22
Amazonas	62	62	0	0	62	62	0	0	62	62	62	62	62	62	62	62
Roraima	15	15	0	0	15	15	0	0	15	15	15	15	15	15	15	15
Pará	143	143	0	0	143	143	0	0	143	143	143	143	143	143	143	141
Amapá	16	16	0	0	16	16	0	0	16	16	16	16	16	16	16	16
Tocantins	139	139	0	0	139	139	0	0	139	139	139	139	139	139	139	139
NORDESTE	**1.786**	**1.786**	**0**	**0**	**1791**	**1.791**	**0**	**0**	**1.791**	**1.791**	**1.791**	**1.791**	**1.791**	**1.791**	**1.792**	**1.792**
Maranhão	217	217	0	0	217	217	0	0	217	217	217	217	217	217	217	217
Piauí	221	221	0	0	222	222	0	0	222	222	222	222	222	222	223	223
Ceará	184	184	0	0	184	184	0	0	184	184	184	184	184	184	184	184
Rio G. do Norte	166	166	0	0	167	167	0	0	167	167	167	167	167	167	167	167
Paraíba	223	223	0	0	223	223	0	0	223	223	223	223	223	223	223	223
Pernambuco	184	184	0	0	184	184	0	0	184	184	184	184	184	184	184	184
Alagoas	101	101	0	0	102	102	0	0	102	102	102	102	102	102	102	102
Sergipe	75	75	0	0	75	75	0	0	75	75	75	75	75	75	75	75
Bahia	415	415	0	0	417	417	0	0	417	417	417	417	417	417	417	417

continua

conclusão

Região/UF	Ano-Base 2000				Ano-Base 2001				Ano-Base 2002		Ano-Base 2003		Ano-Base 2004		Ano-Base 2005	
	Total	Recebidos	Não Recebidos	% Não Recebidos	Total	Recebidos	Não Recebidos	% Não Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos
SUDESTE	**1.666**	**1.666**	**0**	**0**	**1.668**	**1.668**	**0**	**0**	**1.668**	**1.668**	**1.668**	**1.668**	**1.668**	**1.668**	**1.668**	**1.668**
Minas Gerais	853	853	0	0	853	853	0	0	853	853	853	853	853	853	853	853
Espírito Santo	77	77	0	0	78	78	0	0	78	78	78	78	78	78	78	78
Rio de Janeiro	91	91	0	0	92	92	0	0	92	92	92	92	92	92	92	92
São Paulo	645	645	0	0	645	645	0	0	645	645	645	645	645	645	645	645
SUL	**1.159**	**1.159**	**0**	**0**	**1.189**	**1.189**	**0**	**0**	**1.189**	**1.189**	**1.189**	**1.189**	**1.188**	**1.188**	**1.188**	**1.188**
Paraná	399	399	0	0	399	399	0	0	399	399	399	399	399	399	399	399
Santa Catarina	293	293	0	0	293	293	0	0	293	293	293	293	293	293	293	293
Rio G. do Sul	467	467	0	0	497	497	0	0	497	497	497	497	496	496	496	496
CENTRO-OESTE	**445**	**445**	**0**	**0**	**462**	**462**	**0**	**0**	**462**	**462**	**462**	**462**	**462**	**462**	**465**	**465**
Mato G. do Sul	77	77	0	0	77	77	0	0	77	77	77	77	77	77	78	78
Mato Grosso	126	126	0	0	139	139	0	0	139	139	139	139	139	139	141	141
Goiás	242	242	0	0	246	246	0	0	246	246	246	246	246	246	246	246
BRASIL	**5.505**	**5.505**	**0**	**0**	**5.559**	**5.559**	**0**	**0**	**5.559**	**5.559**	**5.559**	**5.559**	**5.558**	**5.558**	**5.562**	**5.560**
Sem Balanço	**168**				**49**				**51**		**105**		**149**		**13**	
****Total não recebido**	**168**				**49**				**51**		**105**		**149**		**15**	

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops/Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento/Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde. Data do levantamento: 21 de janeiro de 2011. <http://
Siops.datasus.gov.br>.
* Recebidos = transmitidos + sem balanço (SB).
** Total não recebido = não recebido + sem balanço (SB).

Quadro 31 – Situação de entrega dos municípios – Brasil, 2006 a 2010

Região/UF	Ano-Base 2006		Ano-Base 2007		Ano-Base 2008		Ano-Base 2009			Ano-Base 2010				
	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Não Recebidos	Total	Recebidos	% Recebidos	Não Recebidos	% Não Recebidos
NORTE	**449**	**447**	**449**	**446**	**449**	**445**	**449**	**435**	**14**	**449**	**0**	**0**	**449**	**100**
Rondônia	52	52	52	52	52	52	52	52	0	52	0	0	52	100
Acre	22	22	22	22	22	22	22	21	1	22	0	0	22	100
Amazonas	62	62	62	62	62	62	62	61	1	62	0	0	62	100
Roraima	15	15	15	15	15	15	15	15	0	15	0	0	15	100
Pará	143	141	143	140	143	139	143	131	12	143	0	0	143	100
Amapá	16	16	16	16	16	16	16	16	0	16	0	0	16	100
Tocantins	139	139	139	139	139	139	139	139	0	139	0	0	139	100
NORDESTE	**1.792**	**1.790**	**1.792**	**1.787**	**1.792**	**1.776**	**1.793**	**1.751**	**42**	**1.793**	**0**	**0**	**1.793**	**100**
Maranhão	217	216	217	216	217	215	217	211	6	217	0	0	217	100
Piauí	223	223	223	223	223	216	224	205	19	224	0	0	224	100
Ceará	184	184	184	184	184	184	184	184	0	184	0	0	184	100
Rio G. do Norte	167	166	167	165	167	165	167	164	3	167	0	0	167	100
Paraíba	223	223	223	223	223	222	223	220	3	223	0	0	223	100
Pernambuco	184	184	184	184	184	184	184	183	1	184	0	0	184	100
Alagoas	102	102	102	100	102	100	102	98	4	102	0	0	102	100
Sergipe	75	75	75	75	75	75	75	75	0	75	0	0	75	100
Bahia	417	417	417	417	417	415	417	411	6	417	0	0	417	100

continua

conclusão

Região/UF	Ano-Base 2006		Ano-Base 2007		Ano-Base 2008		Ano-Base 2009			Ano-Base 2010				
	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Total	Recebidos	Não Recebidos	Total	Recebidos	% Recebidos	Não Recebidos	% Não Recebidos
SUDESTE	**1.668**	**1.668**	**1.668**	**1.667**	**1.668**	**1.667**	**1668**	**1.663**	**5**	**1.668**	**0**	**0**	**1.668**	**100**
Minas Gerais	853	853	853	853	853	853	853	851	2	853	0	0	853	100
Espírito Santo	78	78	78	78	78	78	78	78	0	78	0	0	78	100
Rio de Janeiro	92	92	92	92	92	92	92	92	0	92	0	0	92	100
São Paulo	645	645	645	644	645	644	645	642	3	645	0	0	645	100
SUL	**1.188**	**1.188**	**1.188**	**1.187**	**1.188**	**1.186**	**1.188**	**1.182**	**6**	**1.188**	**0**	**0**	**1.188**	**100**
Paraná	399	399	399	398	399	397	399	393	6	399	0	0	399	100
Santa Catarina	293	293	293	293	293	293	293	293	0	293	0	0	293	100
Rio G. do Sul	496	496	496	496	496	496	496	496	0	496	0	0	496	100
CENTRO-OESTE	**465**	**465**	**465**	**463**	**465**	**463**	**465**	**461**	**4**	**465**	**0**	**0**	**465**	**100**
Mato G. do Sul	78	78	78	78	78	78	78	78	0	78	0	0	78	100
Mato Grosso	141	141	141	141	141	141	141	140	1	141	0	0	141	100
Goiás	246	246	246	244	246	244	246	243	3	246	0	0	246	100
BRASIL	**5.562**	**5.558**	**5.562**	**5.550**	**5.562**	**5.537**	**5.563**	**5.492**	**71**	**5.563**	**0**	**0**	**5.563**	**100**
Sem Balanço	**14**		**21**		**46**		**4**			**0**				
****Total não recebido**	**18**		**33**		**71**		**75**			**5.563**				

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)/Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento/Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde. Data do levantamento: 21 de janeiro de 2011.

* Recebidos = transmitidos + sem balanço (SB).

** Total não recebido = não recebido + sem balanço (SB).

Homenagem e Conclusão

5

5.1 Os construtores de nossa história

Uma história se constrói a partir da colaboração de homens e mulheres. São eles os agentes e os responsáveis pelas tomadas de decisões e pelas escolhas que criam os fatos. Com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em (Siops) não foi diferente. Nascido do desejo de fortalecer os mecanismos de controle e de monitoramento das diferentes esferas de gestão e de financiamento da Saúde no Brasil, este projeto atravessou décadas fortalecido pelos ganhos que trouxe em termos de transparência e, principalmente, pela aposta de centenas de técnicos, gestores e visionários convencidos da possibilidade de construir um País melhor e mais justo.

Desde que a semente que levou à criação do Siops foi lançada, em 1992, o Brasil atravessou diferentes momentos de sua história política, econômica e social, deixando de ser uma promessa para o futuro e afirmando-se como uma Nação com alicerces fincados na democracia e com vocação ao desenvolvimento. Como um dos resultados da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como uma das mais importantes contribuições para tornar a assistência efetivamente universal e eliminar a desigualdade no campo social.

Ao longo dessa trajetória, o Siops somou esforços para que o SUS se tornasse viável e efetivo. Ambicioso em seu sonho de equidade e justiça, o Sistema Único de Saúde precisou contar com o olhar técnico daqueles preocupados com as condições para sua sustentabilidade, de forma específica no que se refere ao seu financiamento.

No entanto, para que estes propósitos fossem viabilizados, o SUS e o Siops contaram com o apoio e o empenho de gerações de gestores e especialistas que garantiram as condições e o espaço político para que o trabalho fosse executado. Desde então, foram cerca de 20 anos de história, divididos em seis mandatos presidenciais, pelos quais se sucederam 14 ministros da Saúde e suas equipes.

Neste capítulo, nas próximas páginas, recuperamos e homenageamos aqueles que, em diferentes períodos, ocuparam cargos em órgãos e instituições e que, de alguma forma, como gestores, foram responsáveis pelos avanços e pelas conquistas alcançadas pelo SUS e pelo Siops. Eles compõem a nossa árvore genealógica e são corresponsáveis pela trajetória apresentada até momento.

No entanto, projetos deste porte não são feitos apenas por gestores federais, mas por pesquisadores, especialistas, agentes administrativos, técnicos em informática,

analistas e uma infinidade de outros profissionais que dedicaram tempo e acreditaram na missão com a qual estavam comprometidos. Além destes, houve dezenas de conselheiros de Saúde, governadores, prefeitos, secretários municipais e estaduais de Saúde e parlamentares que também fizeram sua parte. Apesar de não terem os nomes citados, a eles seguem nossa homenagem.

Quadro 32 – Presidentes da República e ministros da Saúde (que estiveram no cargo desde o início do processo que levou à criação do Siops)

Ministro	Período no cargo		Presidencia da República
Adid Jatene	12 de fevereiro de 1992	2 de outubro de 1992	Fernando Collor de Melo
	8 de outubro de 1992	29 de dezembro de 1992	
Jamil Haddad	29 de dezembro de 1992	18 de agosto de 1993	Itamar Franco
Saulo Moreira	19 de agosto de 1993	30 de agosto de 1993	
Henrique Santillo	30 de agosto de 1993	1 de janeiro de 1995	
Adib Jatene	1 de janeiro de 1995	6 de novembro de 1996	Fernando Henrique Cardoso
José Carlos Seixas	6 de novembro de 1996	13 de dezembro de 1996	
Carlos Albuquerque	13 de dezembro de 1996	31 de março de 1998	
José Serra	31 de março de 1998	20 de fevereiro de 2002	
Barjas Negri	21 de fevereiro de 2002	31 de dezembro de 2002	
Humberto Sérgio Costa Lima	1 de janeiro de 2003	8 de julho de 2005	Luiz Inácio Lula da Silva
José Saraiva Felipe	8 de julho de 2005	31 de março de 2006	
Agenos Álvares	31 de março de 2006	16 de março de 2007	
José Gomes Temporão	16 de março de 2007	31 de dezembro de 2010	
Alexandre Padilha	1 de janeiro de 2011	Até o momento	Dilma Rousseff

Fonte: Wikipedia..., 2012a; Wikipedia..., 2012b

Quadro 33 – Presidentes do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Coordenador	Período no cargo	
Alceni Ângelo Guerra	15/3/1990	23/1/1992
José Goldemberg	24/1/1992	12/2/1992
Adib Domingos Jatene	13/2/1992	1°/10/1992
Jamil Haddad	8/10/1992	18/8/1993
Saulo Pinto Moreira	19/8/1993	29/8/1993
Henrique Antônio Santillo	30/8/1993	31/12/1994

continua

conclusão

Coordenador	Período no cargo	
Adib Domingos Jatene	1°/1/1995	6/11/1996
Carlos César de Albuquerque	13/12/1996	30/3/1998
José Serra	31/3/1998	20/2/2002
Barjas Negri	21/2/2002	31/12/2002
Humberto Sérgio Costa Lima	1°/1/2003	8/7/2005
José Saraiva Felipe	08/7/2005	31/3/2006
Francisco Batista Junior	08/11/2006	15/2/2011
Alexandre Rocha Santos Padilha	16/2/2011	Até o momento

Fonte: Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde.

Quadro 34 – Coordenadores da Comissão de Financiamento (Cofin/CNS)

Coordenador	Período no cargo	
Carlyle Guerra	2001	2003
Gerônimo Paludo	2004	2005
Ana Cristhina de Oliveira Brasil	2006	2008
Fernando Luiz Eliotério	2008	Até o momento

Fonte: Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde.

Quadro 35 – Diretores do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento

Coordenador	Período no cargo	
Elias Antonio Jorge	2003	Março de 2011
Adail de Almeida Rollo	2011	Fevereiro de 2013
Cristina Demartini Gontijo	2013	Até o momento

Fonte: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) /Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde.

Quadro 36 – Coordenadores-Gerais de Economia da Saúde

Coordenador	Período no cargo	
Vania Lacerda Macedo	2003	2007
Ricardo Vidal de Abreu	2007	2009
Fabiola Sulpino Vieira	2009	Até o momento

Fonte: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) /Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde.

Quadro 37 – Coordenadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

Coordenador	Período no cargo	
Ana Cecilia Faveret	1999	2001
Hugo Vocurca Teixeira	2001	2002
Carmem Priscila Bocchi	2003	2005
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides	2005	2006
Clementina Corah Lucas Prado	2006	2009
Rita de Cássia Alencar da Silva	2009	2010
Luciene Maria Leite de Lira	2010	Até o momento

Fonte: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) /Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde.

Quadro 38 – Gerentes do Siops do DATASUS

Coordenador	Período no cargo	
Cláudia Risso de Araujo Lima	1999	2004
Roberto Luiz Albernaz Paiva	2004	2006
Mario Jorge Alvarenga Maués	2006	2008
Plauto Ricardo de Sá e Benevides	2008	2012
Luiz Menezes Veiga Neto	2012	Até o momento

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/Ministério da Saúde.

Conclusão

Com esta publicação o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) oferecem aos gestores, especialistas e interessados no controle social detalhes sobre o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Como ressaltado, trata-se de uma poderosa ferramenta para identificar as necessidades de investimentos e assegurar o compromisso real de garantir a materialização do SUS, segundo os princípios e as diretrizes da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Por uma exigência estabelecida no artigo 198 da Constituição Federal, relativa à regra de financiamento do SUS por estados, Distrito Federal e municípios, segundo a qual os entes federados devem aplicar um percentual de receitas próprias em Ações e Serviços Públicos de Saúde, o Siops foi estruturado de forma a captar dados de receitas totais e despesas em Saúde.

Para cumprir com o objetivo de acompanhar o financiamento do SUS, foi necessário utilizar-se de linguagem comum a todos os entes federados. Assim, o Siops é baseado nos dispositivos das normas orçamentárias e contábeis publicadas pelos órgãos responsáveis pela normatização contábil do setor público, quais sejam: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP) e da Secretaria de Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF).

Desta forma, os dados captados pelo Siops permitem visualizar a execução orçamentária dos entes, atualmente em periodicidade bimestral, e conhecer informações importantes relativas à autonomia financeira deles. A opção pelo federalismo, com forte tendência municipalista dada pela Constituição de 1988, transferiu competências e recursos da esfera federal para estados, Distrito Federal e municípios, com vistas a aumentar o poder local. A fim de proporcionar recursos financeiros para que, de fato, os entes pudessem fazer jus às novas responsabilidades, foi estabelecida a obrigação de arrecadação de tributos para cada esfera de governo e a regra de repartição entre eles, a fim de que, mesmo os menores municípios, pudessem possuir recursos próprios, independentemente de sua capacidade de arrecadação local.

Assim, o conceito de recursos próprios agrega os impostos localmente arrecadados e a parcela de impostos arrecadada por outras esferas de governo, que constitui as transferências constitucionais e legais. Pela análise dos dados coletados pelo Siops e dos indicadores, é possível conhecer o montante de recursos financeiros de que dispõem os entes e o tipo de despesa realizada na Saúde. O êxito deste projeto, que atualmente torna possível a consolidação dos dados de receitas e despesas dos 26 estados, Distrito Federal e de 5.564

municípios, é de importância capital para a transparência na gestão pública e para a defesa do direito cidadão à assistência em saúde de forma universal, integral e com equidade.

No documento, ficou evidente a preocupação dos gestores e técnicos do Siops para que os dados fornecidos, e em consequência os relatórios criados, primem pela confiabilidade. Neste aspecto, a tecnologia – por meio de rigorosos critérios de alimentação do Sistema e pelos filtros para atestar a consistência dos dados – tem sido fundamental. Por outro lado, esse cuidado só ganha forma graças ao compromisso de milhares de gestores – em diferentes esferas – em também fazer sua parte.

Por isso, o Siops tem condições de fazer o acompanhamento dos valores aplicados pelos entes federados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (Asps), o que não é possível por meio de nenhum outro Sistema de informação. Inclusive, os dados consolidados pelo Siops são utilizados para a apuração da Conta-Satélite de Saúde do Brasil, na qual são mensurados os fluxos de produção, de consumo, de renda e de financiamento do setor de Saúde na economia nacional.

São estes os números que a Organização Mundial da Saúde (OMS) emprega para elaborar a ficha técnica sobre o Brasil em seus relatórios. Em resumo, como salientado ao longo do texto, a mensuração desses valores só é possível para o gasto público no Brasil pela existência do Siops, sendo ele fundamental para as contas nacionais em Saúde, porque:

- É um sistema informatizado e disponível na internet que padroniza e sistematiza os dados de despesas com ASPS dos estados, Distrito Federal e municípios, incluindo, a partir de 2013, também da União.

- Seu detalhamento contábil permite a desagregação das receitas e despesas, o que é essencial, por exemplo, para quantificar o gasto total com medicamentos realizado pelas esferas de governo.

Espera-se que esta publicação cumpra seu papel didático e ao mesmo tempo de resgate histórico sobre o processo que levou à criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), permitindo aos leitores conhecer um pouco mais sobre esta ferramenta, bem como sua lógica administrativa, suas bases legais e fluxos de coleta de dados e informações.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias. Brasília, 2000c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000b. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996**. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/ Lcp87.htm>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Lei nº 11.768, de 14 de agosto de 2008**. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2009 e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/L11768.htm>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm>. Acesso em: 24 fev. 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Conta-Satélite de Saúde do Brasil: 2007 – 2009**. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/conta_satelite_saude_2007_2009.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Fazenda; Ministério do Planejamento. **Portaria Interministerial nº 163, de 4 de maio de 2001**. Dispõe sobre normas gerais de consolidação das contas públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://www. Tesouro.fazenda.gov.br/hp/

downloads/Portaria_Interm_163_2001_Atualizada_2010_25ago2010.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Instrução Normativa nº 1, de 4 de maio de 2001**. Disciplina o cumprimento das exigências para transferências voluntárias, constantes da Lei Complementar nº 101/2000, institui o Cadastro Único dessas exigências - CAUC e dá outras providências. Brasília, 2001b. Disponível em: <http://www. Tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/IN_1_01_CAUC.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Instrução Normativa nº 1, de 17 de outubro de 2005**. Disciplina o cumprimento das exigências para transferências voluntárias, previstas na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2005, institui cadastro único e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <http://www. Tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/IN1_05.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Portaria nº 109, de 8 de março de 2002**. Dispõe sobre formulários de dados contábeis de estados e municípios, entre outras providências. Brasília, 2002c. Disponível em: <http://www. Tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade / Portaria109.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Portaria nº 560, de 14 de dezembro de 2001**. Institui o Manual de Elaboração do Relatório Resumido da Execução Orçamentária. Brasília, 2001b. Disponível em: <http:// www. Tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/Portaria560.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.047, de 5 de novembro de 2002**. Determina diretrizes operacionais para a aplicação da emenda constitucional nº 29, de 2000, da base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 nov. 2002b, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde. **Recomendação CT/Siops nº 1/2006**. Ata da Trigésima Segunda Reunião, jun. 2006.

_____. **Recomendação CT/Siops nº 1/2012**. Ampliação da representação dos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops – NEASiops. Brasília, 2012c. Ata da Sexagésima Oitava Reunião, 4 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 74, de 2 de setembro de 1993**. Brasília, 1993. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ resolucoes/1993/Reso074.doc>. Acesso em: 6 jun. 2013.

_____. **Resolução nº 316, de 4 de abril de 2002**. Brasília, 2002a. Disponível em: < http:// conselho.saude.gov.br/resolucoes/2002/Reso316.doc>. Acesso em: 6 jun. 2013.

_____. **Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003**. Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2003. Disponível em: <http://Siops.datasus.gov.br/legislacao.php>. Acesso em: 24 fev. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da República. **Portaria Interministerial nº 529, de 30 de abril de 1999**. Designa equipe para desenvolver o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Brasília, 1999a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/14135-529.html>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Portaria Conjunta nº 1.163, 11 de outubro de 2000**. Trata da implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops. 2000c. Disponível em: <http://Siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20Siops%201163.htm>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004**. Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops. Brasília, 2004. Disponível em: <http://Siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria_446.PDF>. Acesso em: 24 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde**: Emenda Constitucional n.º 29/2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d. 36 p. Cadernos de Economia da Saúde; v. 1 / Série J. Cadernos; n. 4.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999**. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que trata o inciso I, do § 1º, do art. 2º, e § 2º, do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; estabelece conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais e dá outras providências. Brasília, 1999b. Disponível em: <http://Siops.datasus.gov.br/Documentacao/port_42.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Senado Federal. **Resolução nº 40, de 2001**. Dispõe sobre os limites globais para o montante da dívida pública consolidada e da dívida pública mobiliária dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em atendimento ao disposto no art. 52, VI e IX, da Constituição Federal. Brasília, 2001c. Disponível em: <http://www. Tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/estados/Resolucao_do_Senado_nao_consolidada.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

_____. **Resolução nº 43, de 2001**. Dispõe sobre as operações de crédito interno e externo dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, inclusive concessão de garantias, seus limites e condições de autorização, e dá outras providências. Brasília, 2001d. Disponível em: <http://www. Tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/estados/Resolucao_do_Senado_2_nao_consolidada.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2011.

GOLÇALVES, R. F. et al. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, dez. 2009.

JORGE, Elias**. Histórico do financiamento do SUS**: entrevista [ago. 2011]. Entrevista concedida a Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento/ Coordenação Geral de Programas e Projetos em Economia da Saúde.

LIMA, C. R. A.; CARVALHO, M. S.; SCHRAMM, J. M. A. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais: um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, set. 2006.

SILVA, K. S. B. et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 26, n. 2, p. 373-382, fev. 2010.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M.G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

THE ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION DEVELOPMENT. **Social expenditure**. Aggregated data, OECD Social Expenditure Statistics (database). Disponível em: <http://www.oecd.org/document/35/0,3746,en_2649_201185_46547235_1_1_1_1,00.html#health>. Acesso em: 24 Feb. 2011.

WIKIPEDIA A ENCLOPÉDIA LIVRE. Lista de ministros da Saúde do Brasil. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_ministros_da_Sa%C3%BAde_do_Brasil>. Acesso em: 12 dez. 2012a.

WIKIPEDIA A ENCLOPÉDIA LIVRE. Lista de presidentes do Brasil. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_presidentes_do_Brasil>. Acesso em: 12 dez. 2012b.

Anexo A – Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea *e* do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 34.....
....."
"VII–.....
....."
"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 35.....
....."
"III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;" (NR)

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 156....."
"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)
"I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)
"II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel." (AC)[*]
"....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 160....."

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 167.....

....."

"IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

"....."

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art. 198.....

....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

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

"I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I – os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I – no caso da União:" (AC)

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

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

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º." (AC)

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

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

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

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo." (AC)

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

Mesa da Câmara dos Deputados	Mesa do Senado Federal
Deputado Michel Temer	Senador Antonio Carlos Magalhães
Presidente	Presidente
Deputado Heráclito Fortes	Senador Geraldo Melo
1° Vice-Presidente	1° Vice-Presidente
Deputado Severino Cavalcanti	Senador Ademir Andrade
2° Vice-Presidente	2° Vice-Presidente
Deputado Ubiratan Aguiar	Senador Ronaldo Cunha Lima
1° Secretário	1° Secretário
Deputado Nelson Trad	Senador Carlos Patrocínio
2° Secretário	2° Secretário
Deputado Jaques Wagner	Senador Nabor Júnior
3° Secretário	3° Secretário
Deputado Efraim Morais	
4° Secretário	

[*]

AC = Acréscimo.

Anexo B – Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no artigo 87, II, da Constituição da República Federativa do Brasil e no artigo 1º, Anexos I e II, da Estrutura Regimental aprovada pelo Decreto Federal 3.496 de 1º de junho de 2000, e o **Procurador-Geral da República**,

Considerando a necessidade de fortalecimento e implementação final do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops;

Considerando a necessidade de articulação entre o Siops e outros sistemas de informação em Saúde;

Considerando a necessidade de assegurar maior publicidade e transparência às informações geradas pelo Siops;

Considerando a necessidade de ampliação da interlocução do Siops com outros órgãos e entidades que lidam com orçamentos públicos em saúde, bem como com gestores do Sistema Único de Saúde-SUS nos âmbitos estadual e municipal;

Considerando que o projeto para implantação do Siops, de que trata a Portaria Interministerial Ministério da Saúde e Ministério Público Federal n.º 529 de 30 de abril de 1999, encontra-se concluído;

Considerando a necessidade de institucionalização do Siops no âmbito do Ministério da Saúde, RESOLVEM:

Art. 1º – O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops será implementado sob a supervisão da Secretaria Executiva e da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS.

Art. 2º – Caberá ao Departamento de Projetos de Investimentos – DPI da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, por meio de Coordenação-Geral específica:

I – coordenar nacionalmente o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde;

II – aperfeiçoar os instrumentos de coleta de informações sobre orçamentos públicos em saúde;

III – zelar pelas informações geradas pelo Siops;

IV – ampliar o número de adesões ao sistema;

V – garantir a publicidade e transparência das informações do Siops;

VI – articular o Siops com outros sistemas de informações de gastos públicos em saúde;

VII – organizar e analisar as informações geridas pelo Sistema visando a instrumentalização dos gestores na elaboração orçamentária do setor saúde;

VIII – instalar a Câmara Técnica de Orientação e Avaliação de que tratam os artigos 3 e 4 desta Portaria;

IX – aprovar o regimento interno da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação;

X – resolver os casos omissos.

Parágrafo Único: Caberá ao Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde a aprovação das questões relacionadas nesse artigo.

Art. 3º – O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops contará com o auxílio de uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, composta pelos seguintes

membros:

I – um representante indicado pela Secretaria Executiva SE - do Ministério da Saúde/MS;

II – um representante indicado pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS;

III – um representante indicado pela Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS;

IV – dois representantes indicados pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS/MS, sendo um deles o Coordenador da Câmara;

V – um representante indicado pelo DATASUS/SE/MS

VI – um representante indicado pela Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão;

VII – um representante dos Secretários Estaduais de Saúde, indicado pelo CONASS;

VIII – um representante dos Secretários Municipais de Saúde, indicado pelo CONASEMS;

IX – um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde;

X – um representante indicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;

XI – um representante indicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.

Art. 4º – Compete à Câmara Técnica de Orientação e Avaliação:

I – propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações;

II – sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo Siops;

III – auxiliar na ampliação do número de adesões ao Siops;

IV – propor a articulação entre o Siops e outros sistemas de informação em Saúde;

V – propor a articulação entre o Siops e outros sistemas de orçamentos e gastos públicos;

VI – formular propostas de articulação entre as informações geradas pelo Siops e metodologias existentes sobre Sistemas de Contas Nacionais em Saúde;

VII – analisar as informações geradas pelo sistema, subsidiando com relatórios o planejamento e gestão do SUS, visando o aperfeiçoamento das políticas de financiamento da saúde e a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência dos gastos públicos em saúde;

VIII – subsidiar a elaboração de Projeto de Lei Complementar de regulamentação da Emenda Constitucional que vinculou recursos à Saúde e propor mecanismos de acompanhamento da vinculação de recursos;

IX – elaborar proposta de regimento interno para seu funcionamento.

Art. 5° – A Câmara contará, para o desempenho de suas atribuições, com o suporte do Departamento de Projetos de Investimentos – DPI, da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS, podendo, quando necessário, solicitar apoio de outras estruturas do Ministério da Saúde.

Art. 6° – Poderão ser constituídos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops, com funções de, dentre outras:

I – estimular a adesão de Municípios ao Siops, proporcionando-lhes apoio técnico necessário para que informem o Sistema;

II – zelar pelas informações dos Estados ao Sistema, inclusive no que se refere à confiabilidade das mesmas;

III – analisar as informações geradas pelo sistema, subsidiando os processos de planejamento e gestão do SUS no Estado;

IV– contribuir para o controle social sobre as políticas de financiamento da saúde.

Art. 8° – Os Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops deverão considerar a participação de:

I – representante da Secretaria Estadual de Saúde;

II – representante das Secretarias Municipais de Saúde, indicado pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS;

III – representante de associação ou federação estadual de Municípios;

IV – representante do Ministério Público.

Art. 9° – Os Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops contarão com o apoio da representação estadual do DATASUS/SE/MS.

Art. 10 – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Portaria Interministerial Ministério da Saúde e Ministério Público Federal n.° 529 de 30 de abril de 1999.

BARJAS NEGRI
Ministro de Estado da Saúde
Interino

GERALDO BRINDEIRO
Procurador-Geral da República

Portaria publicada no D.O.U. n° 203, de 20 de outubro de 2000, Seção I, pp. 27-28.

Anexo C – Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004

O **MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, e o **PROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA** no uso de suas atribuições, legais e constitucionais, e Considerando a Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000, que implementou o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops;

Considerando a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003 e o Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, que aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo de cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde;

Considerando as competências da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE;

Considerando a necessidade de reestruturação da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops;

Considerando a conveniência de articulação do Siops com outros órgãos federais e demais entidades de administração e controle das Finanças Públicas; e

Considerando a ampliação da interlocução do Siops com os gestores do SUS nos âmbitos estadual e municipal;

RESOLVEM:

Art.1º Implementar o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops sob a supervisão da Secretaria-Executiva e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, ambas do Ministério da Saúde.

Art. 2º Caberá ao Departamento de Economia da Saúde – DES, da SCTIE:

I – coordenar nacionalmente o Siops;

II – aperfeiçoar os instrumentos de coleta de informações sobre orçamentos públicos em saúde;

III – zelar pelas informações geradas pelo Siops;

IV – ampliar o número de adesões ao sistema;

V – garantir a publicidade e transparência das informações do Siops;

VI – articular o Siops com outros sistemas de informações de gastos públicos em saúde; e

VII – organizar e analisar as informações geridas pelo Sistema visando instrumentar os gestores na elaboração orçamentária do setor saúde.

Art. 3º O Siops contará com o auxílio de uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação – CT/Siops, composta de dezenove (19) membros, integrada por um representante de cada instituição, a seguir identificada:

I – Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde – SE/MS;

II – Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS;

III – Secretaria de Gestão Participativa – SGP/MS;

IV – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS;

V – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGT/MS;

VI – Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS;

VII – Fundo Nacional de Saúde – FNS;

VIII – Departamento de Informática do SUS – DATASUS/SE/MS;
IX – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, pelo Ministério Público Federal;
X – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS;
XI – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
XII – Conselho Nacional de Saúde – CNS;
XIII – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;
XIV – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA;
XV – Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda;
XVI – Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil – ATRICON;
XVII – Conselho Federal de Contabilidade – CFC, e
XVIII – Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES.

§ 1º A designação de membro da CT/Siops ocorrerá com a sua indicação, pela instituição que representar, dispensada qualquer outra formalidade.

§ 2º Sem prejuízo de sua representação prevista neste artigo, a SCTIE indicará, ainda, o Coordenador da CT/Siops.

§ 3º Caberá ao DES/SCTIE instalar a CT/Siops, aprovar seu regimento e resolver-lhe os casos omissos.

Art. 4º Incumbe à CT/Siops:

I – propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações;

II – sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo Siops;

III – auxiliar na ampliação do número de adesões ao Siops;

IV – propor a articulação entre o Siops e outros sistemas de informação em Saúde;

V – propor a articulação entre o Siops e outros sistemas de orçamentos e gastos públicos;

VI – formular propostas de articulação entre as informações geradas pelo Siops e metodologias existentes sobre Sistemas de Contas Nacionais em Saúde;

VII – analisar as informações geradas pelo sistema, subsidiando com relatórios o planejamento e gestão do SUS, visando ao aperfeiçoamento das políticas de financiamento da saúde e a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência dos gastos públicos em saúde;

VIII – subsidiar a elaboração de Projeto de Lei Complementar de regulamentação da Emenda Constitucional que vinculou recursos à Saúde e propor mecanismos para acompanhar seu cumprimento; e

IX – elaborar proposta de regimento interno para seu funcionamento.

§ 1º No início de cada ano, a Câmara reunir-se-á para elaboração e aprovação do calendário de reuniões para o período.

§ 2º O intervalo entre as reuniões ordinárias da Câmara não poderá ser superior a dois meses, podendo ocorrer, a qualquer tempo, reuniões extraordinárias.

Art. 5º A Câmara contará, para o desempenho de suas atribuições, com suporte do DE/SCTIE, podendo, quando necessário, solicitar apoio de outras estruturas do Ministério da Saúde.

Art. 6º Poderão ser constituídos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops, com funções, dentre outras, de:

I – estimular a adesão de Municípios ao Siops, proporcionando-lhes apoio técnico necessário para que alimentem o Sistema;

II – zelar pelas informações dos Estados ao Sistema, inclusive no que se refere à sua confiabilidade;

III – analisar as informações geradas pelo Sistema, subsidiando os processos de planejamento e gestão do SUS no Estado; e

IV – contribuir para o controle social sobre as políticas de financiamento da saúde.

Art.7º Os Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops deverão considerar preferencialmente a participação de um representante de cada uma das seguintes instituições:

I – Secretaria Estadual de Saúde;

II – Secretarias Municipais de Saúde, indicado pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS;

III – associação ou federação estadual de Municípios;

IV – Ministério Público Estadual;

V – Conselho Estadual de Saúde; e

VI – DATASUS/SE/MS, no Estado.

Art.8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 1.163, de 11 de outubro de 2000, publicada no DOU nº 203, de 20 de outubro de 2000, seção 1, págs. 27 e 28.

HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde

CLAUDIO LEMOS FONTELES
Procurador-Geral da República

DOU 52 PG- 52/53 SEÇ- 1 DE 17.03.04

Anexo D – Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 322, DE 08 DE MAIO DE 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e conforme estabelecido no artigo 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, **Considerando:**

• que o mesmo referendou a aprovação da Resolução nº 316, aprovada pelo Plenário do CNS em sua 118ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de abril de 2002, passando a mesma constituir-se na Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003;

• a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000, vinculando os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde;

• serem os dispositivos da Emenda Constitucional nº 29 autoaplicáveis;

• a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal;

• a necessidade de haver ampla discussão pública para a elaboração da Lei Complementar prevista no § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, de forma a disciplinar os dispositivos da Emenda Constitucional nº 29;

• os esforços envidados pelos gestores do SUS, com a realização de amplas discussões e debates sobre a implementação da Emenda Constitucional nº 29, com o intuito de promover a aplicação uniforme e harmônica dos ditames constitucionais;

• as discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON, resultando na elaboração do documento ***"Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29"***; e

• os subsídios colhidos nos seminários sobre a ***"Operacionalização da Emenda Constitucional 29"***, realizados em setembro e dezembro de 2001, com a participação de representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

RESOLVE:

I – Aprovar as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000:

DA BASE DE CÁLCULO PARA DEFINIÇÃO DOS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS EM SAÚDE

Primeira Diretriz: A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I – Para a União, até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

II – Para os Estados:

- **Total das receitas de impostos de natureza estadual:**

ICMS, IPVA, ITCMD

- **(+) Receitas de transferências da União:**

Quota-Parte do FPE
Cota-Parte do IPI – Exportação
Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

- **(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF**
- **(+) Outras receitas correntes:**

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

- **(-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios:**

ICMS (25%),
IPVA (50%),
IPI – Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III – Para os Municípios:

- **Total das receitas de impostos municipais:**

ISS, IPTU, ITBI

- **(+) Receitas de transferências da União:**

Quota-Parte do FPM
Quota-Parte do ITR
Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

- **(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF**
- **(+) Receitas de transferências do Estado:**

Quota-Parte do ICMS
Quota-Parte do IPVA
Quota-Parte do IPI – Exportação

- **(+) Outras receitas correntes:**

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

IV – Para o Distrito Federal:

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI – exportação (75%)	Quota-parte IPI – exportação (25%)
Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

DOS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS EM SAÚDE

Segunda Diretriz: Para a União, a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, b, do ADCT, deverá ser observado o seguinte:

I – a expressão "o valor apurado no ano anterior", previsto no art. 77, II, b, do ADCT, é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior;

II – em cada ano, até 2004, o valor apurado deverá ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária (a ser identificada no ano em que se executa o orçamento).

Terceira Diretriz: Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no art. 77, do ADCT.

§ 1º Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido não superior a sete por cento deverão aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subsequentes, conforme o quadro abaixo.

Percentuais Mínimos de Vinculação		
Ano	**Estados**	**Municípios**
2000	**7%**	**7%**
2001	**8%**	**8,6%**
2002	**9%**	**10,2%**
2003	**10%**	**11,8%**
2004	**12%**	**15%**

§ 2º Os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional deverá ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 deverá ser, no mínimo, o previsto no art. 77 do ADCT.

Quarta Diretriz: O montante mínimo de recursos a serem aplicados em saúde pelo Distrito Federal deverá ser definido pelo somatório (i) do percentual de vinculação correspondente aos Estados aplicado sobre a base estadual definida na primeira diretriz com (ii) o percentual de vinculação correspondente aos Municípios aplicado sobre a base municipal definida na primeira diretriz, seguindo a regra de progressão prevista no artigo 77 da ADCT, conforme abaixo demonstrado:

Ano	Montante Mínimo de Vinculação
2000	**0,07 × Base Estadual + 0,070 × Base Municipal**
2001	**0,08 × Base Estadual + 0,086 × Base Municipal**
2002	**0,09 × Base Estadual + 0,102 × Base Municipal**
2003	**0,10 × Base Estadual + 0,118 × Base Municipal**
2004	**0,12 × Base Estadual + 0,150 × Base Municipal**

Parágrafo Único: Aplica-se ao Distrito Federal o disposto no § 2º da Terceira Diretriz.

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

§ Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I – vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II – vigilância sanitária;

III – vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV – educação para a saúde;

V – saúde do trabalhador;

VI – assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII – assistência farmacêutica;

VIII – atenção à saúde dos povos indígenas;

IX – capacitação de recursos humanos do SUS;

X – pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI – produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII – saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

XIII – serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.

XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

§ 1° No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2° No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1°.01.2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC n° 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

I – pagamento de aposentadorias e pensões;

II – assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III – merenda escolar;

IV – saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V – limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII – ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

§ 1° No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2° No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

DOS INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

Oitava diretriz: Os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde – Siops serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo Único: Os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, poderão, a qualquer tempo, solicitar, aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema, retificações nos dados registrados pelo Siops.

Nona Diretriz: O Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops, criado pela Portaria Interministerial nº 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, divulgará as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Décima Diretriz: Na hipótese de descumprimento da EC n° 29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC n° 29 no exercício anterior. Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.

HUMBERTO COSTA
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 322, de 08 de maio de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA
Ministro de Estado da Saúde

Anexo E – Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012

Mensagem de veto Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

I – o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II – percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III – critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV – normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

CAPÍTULO II
DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III – sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no *caput*, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio

dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3° Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6° da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2° desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 4° Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3°;

V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII – ações de assistência social;

IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

CAPÍTULO III
DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
Seção I
Dos Recursos Mínimos

Art. 5° A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1° (VETADO).

§ 2° Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o *caput* não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3° (VETADO).

§ 4° (VETADO).

§ 5° (VETADO).

Art. 6° Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do *caput* do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7° Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do *caput* e o § 3° do art. 159, todos da Constituição Federal.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8° O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9° Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2° do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3° do art. 5° e nos arts. 6° e 7°, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos

forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Seção II

Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1° (VETADO).

§ 2° Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3° (VETADO).

§ 4° A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6° a 8° será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1° (VETADO).

§ 2° (VETADO).

§ 3° As instituições financeiras referidas no § 3° do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2° deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4° (VETADO).

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações

e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do *caput* do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do *caput* do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de

Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no *caput* deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção V

Disposições Gerais

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no *caput* não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I – à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II – à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I – as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II – as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para

fins do mínimo na forma do inciso II do *caput* e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2° Na hipótese prevista no § 1°, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3° Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1° de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4° Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3°:

I – Na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6° e 7°;

II – (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

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 n° 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1° 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 Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2° 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.

§ 2° Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1°, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3° Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4° A medida prevista no *caput* será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5° Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3° do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3° desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I – à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II – à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 5° a 7°.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1° O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico,

demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

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

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

§ 4° Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

CAPÍTULO IV
DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Seção I

Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I – comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II – Relatório de Gestão do SUS;

III – avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o *caput* serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

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

de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3° do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III – oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 1° A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2° Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3° Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4° O Relatório de que trata o *caput* será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5° O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o *caput*.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

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

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

I – à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II – ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III – à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV – às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V – à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

VI – à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1° O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I – obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II – processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III – disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV – realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V – previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI – integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2° Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no *caput* a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3° 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.

§ 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

CAPÍTULO V
DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico

de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2° A cooperação financeira consiste na entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei n° 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei n° 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei n° 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 47. Revogam-se o § 1° do art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei n° 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191° da Independência e 124° da República.

DILMA ROUSSEFF
José Eduardo Cardozo
Guido Mantega
Alexandre Rocha Santos Padilha
Eva Maria Cella Dal Chiavon
Luís Inácio Lucena Adams

Perguntas e Respostas

Para facilitar a compreensão sobre o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), seus fluxos e processos, identificamos algumas das dúvidas mais comuns sobre o assunto e as respondemos com a ajuda do material preparado e de técnicos especialistas. Esperamos que este documento possa ser útil no esclarecimento sobre o trabalho realizado por este mecanismo de fiscalização, monitoramento e controle das contas públicas na área da Saúde.

1) **O que é o Siops?**

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) é um banco de dados, disponibilizado pela internet, alimentado pelos próprios estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, por meio do preenchimento de dados em *software* desenvolvido pelo DATASUS.

2) **Qual o objetivo do Siops?**

O Siops tem por objetivo apurar as receitas totais e as despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). O seu preenchimento de dados é de natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, criadas e mantidas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Esse processo também busca se manter em conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definida em portarias, pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF[1].

3) **Quais são os instrumentos de formalização do sistema?**

No âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde foi institucionalizado, com a publicação da Portaria Conjunta MS/Procuradoria-Geral da República nº 1.163, de 11 de outubro de 2000. Posteriormente, essa medida foi retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004 (BRASIL, 2004). Atualmente, o Siops é coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESD), vinculado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, nos termos do artigo 11 do Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009.

4) **Quem pode alimentar o banco de dados do Siops?**

Para executar esta tarefa, a pessoa deve ter sido designada formalmente pela instância de gestão a qual representa como o responsável pela divulgação das informações às quais se refere. Todos os dados declarados são de inteira responsabilidade do chefe

1 A partir de 2002, o Siops passou a adotar uma codificação que se baseia na Portaria Interministerial nº 163, de 4 de maio de 2001 (BRASIL, 2001a) para as despesas e as receitas, complementada pela Portaria nº 303, de 28 de abril de 2005, da Secretaria do Tesouro Nacional/MF para as receitas (Manual das Receitas Públicas).

do Poder Executivo da esfera de gestão de abrangência avaliada e acompanhada pelo Sistema. É este gestor que designa um "Usuário Responsável" pela alimentação do Siops com dados da sua unidade da Federação ou do seu município. Para tanto, é encaminhado ao Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESD) – do Núcleo Técnico do Siops – um documento oficial denominado "Comunicação de Usuário". No texto assinado pelo chefe do Poder Executivo, sendo exigido o reconhecimento da firma em cartório, fica expressa a indicação da pessoa que fará a alimentação do Sistema. Após essa comunicação e a autenticação do novo do usuário, ele poderá cumprir suas tarefas.

5) **Quem são os usuários do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde?**

Qualquer cidadão pode acompanhar os balanços financeiros do Distrito Federal, dos 26 estados e dos 5.563 municípios brasileiros por meio do Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Trata-se de um instrumento de acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Constitui ainda a ferramenta responsável pela divulgação das informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000. Os principais órgãos que utilizam estas informações são: Assembleias Legislativas; Câmara dos Deputados; Câmara Legislativa do Distrito Federal; Câmaras Municipais; Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS); Ministério Público Federal e Estadual; Senado Federal; Tribunais de Contas da União, dos estados e dos municípios.

6) **O Siops tem interação com outros sistemas governamentais?**

Sim. O Siops interage e fornece dados para outros sistemas informatizados, visando à consolidação de informações de instrumentos de fiscalização e de controle associados à Lei de Responsabilidade Fiscal. Os principais sistemas para integração ao Siops são o Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação do Ministério da Fazenda (SISTN/MF) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (Siope), conforme demandado pela Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO de 2009 (Lei nº 11.768 de 14 de agosto de 2008), que o determinou em seu artigo 41. Além desses sistemas, o Siops também é utilizado pelo Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS), sob gestão do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Ministério da Saúde. Outra ferramenta que compartilha dados com o Siops é o Cadastro Único de Convênio (Cauc). Ele é um subsistema criado no âmbito do Sistema Integrado de Administração Financeira do governo federal (Siafi) que acompanha a entrega de documentação administrativa, financeira e contábil produzida pelos entes federados, inclusive quanto ao cumprimento de percentuais de investimento em Saúde.

7) **Quais os cuidados para se manter a qualidade dos dados inseridos?**

Os dados transmitidos ficam registrados metodicamente no banco de dados do Siops, que os formata e os organiza de tal forma a permitir o acesso a eles por meio de relatórios. Estes documentos, que são produzidos pela demanda de usuários cadastrados e autorizados, trazem informações com base nos diferentes parâmetros. A sistematização dos dados é fundamental para sua coerência, confiabilidade e qualidade, bem como para seu adequado monitoramento e gerenciamento a partir do momento que são operacionalizados e declarados no Siops. O Sistema é programado e alimentado internamente com as informações

referentes aos respectivos repasses constitucionais realizados pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN/MF) e pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Essas instituições são legalmente competentes para realizarem as transferências dos recursos vinculados à Saúde estabelecidos em legislações específicas. Assim, são confrontadas as informações declaradas pelo ente federativo com aquelas contidas na base dos sistemas da STN/MF e do FNS.

8) **Quais os meios de controle para verificação da validade do informante?**

Para evitar equívocos cometidos até pelos usuários autenticados e cadastrados, os técnicos do Siops desenvolveram vários "filtros de consistência" que foram integrados à plataforma ao longo dos anos. Estes filtros fazem o controle automático da inserção de dados, inclusive emitindo alertas para eventuais problemas no preenchimento dos formulários. Caso os equívocos não sejam devidamente corrigidos, os mecanismos implantados impedem o usuário de concluir as operações iniciadas. Com isso, fica garantida a padronização e a qualidade das informações prestadas, que compõem a base de dados do Siops. O passo a passo para o uso do Siops consta do Manual de Preenchimento, disponível para *download* na internet. O documento auxilia os novos usuários com informações detalhadas. Em caso de dúvidas, a equipe do Núcleo Técnico oferece atendimento por telefone, *e-mail* ou pelo *link* "Ajuda", com respostas às principais dúvidas dos usuários.

9) **O que são Ações e Serviços Públicos de Saúde?**

A Resolução CNS nº 322/2003 estipula como Ações e Serviços Públicos de Saúde aqueles que implicam gastos com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiados pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n° 8.080/90, relacionados a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios: a) sejam destinados às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; b) estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; e c) sejam de responsabilidade específica do setor de Saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde. Além de atender aos critérios estabelecidos, as despesas com Ações e Serviços Púbicos de Saúde, realizadas pelos estados, Distrito Federal e municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde.

10) **Qual o tipo de informação disponível no Siops?**

Os dados informados são organizados e disponibilizados na internet, no endereço <http://Siops.datasus.gov.br> sob a forma de diversos tipos de consultas e relatórios:

- Dados informados de receitas e despesas com saúde, detalhados de acordo com o plano de contas da STN/MF.
- Indicadores que relacionam receitas e despesas como o percentual da despesa financiada com recursos transferidos por outras esferas de governo e o percentual de recursos próprios aplicados em saúde (indicador da EC nº 29/2000).
- Variáveis relevantes, como as receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, a despesa total com saúde, a despesa com recursos

próprios, as receitas de transferências do Sistema Único de Saúde, despesa com pessoal, com medicamentos, entre outros dados.

- Demonstrativo de aplicação do limite mínimo estabelecido pela EC nº 29/2000 (desde 2002) previsto no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO – Anexo XVI), da LRF, de acordo com modelo publicado na Portaria nº 587, de 29/8/2005, da STN/MF.
- Estudos, legislações e documentos pertinentes ao assunto.

Um dos indicadores produzidos é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de Saúde, que demonstra a situação relativa à aplicação da Emenda Constitucional nº 29/2000, com base nos parâmetros definidos na Resolução 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (texto disponível no *site* do Siops – *link* da legislação), a qual foi aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, diante da não regulamentação da EC nº 29/2000 pelo Poder Legislativo.

11) **Qual a estrutura que compõe o Siops ?**

A implantação do Siops, enquanto sistema informacional alimentado por estados e municípios, resultou no estabelecimento de um fluxo de gestão compartilhada, com responsabilidades e ações descentralizadas para as esferas subnacionais. Em seu processo de institucionalização, entendeu-se como oportuna a necessidade de duas instâncias para apoio às atividades desenvolvidas pelo Núcleo Técnico do Siops. Em consequência desse entendimento, foram implantados a Câmara Técnica de Orientações e Avaliação e os Núcleos Estaduais de Apoios ao Siops. Além deles, o Siops conta com o apoio do Departamento de Projetos de Investimentos (DPI) para a execução direta de suas ações diárias de gerenciamento. Juntas, estas estruturas congregam um grupo de colaboradores que tem se empenhado desde a concepção do projeto em atividades voltadas ao seu aperfeiçoamento e à sua divulgação.

12) **Como a área de Saúde trata as chamadas transferências voluntárias?**

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº 101/2000) em seu artigo 25, §3º exclui as áreas de Saúde, Educação e Assistência Social da sanção de suspensão das transferências voluntárias, impostas aos gestores que não cumprirem os 13 itens para a concessão de transferências voluntárias. Em sentido similar, a Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002, que dispõe sobre o Cadastro Informativo dos créditos não quitados de órgãos e entidades federais (Cadin), em seu artigo 26, determina a suspensão da restrição para a transferência de recursos federais destinados à execução de ações sociais e ações em faixa de fronteira, em decorrência de inadimplência objeto de registro no Cadin e no Siafi.

13) **Qual o meio disponível ao declarante para informar eventuais divergências lançadas no Siops?**

No *site* do Siops, na área denominada de "Funcionalidades Restritas" é permitida ao gestor, ou à pessoa por ele autorizada, a inclusão de informações ou até mesmo os dados atinentes ao seu respectivo Tribunal de Contas, o que possibilita a justificativa de eventual diferença entre os dados informados no Siops (que tem por base conceitual a Resolução nº 322/2003 do CNS) e as contas atestadas por seu corte de contas.

ISBN 978-85-334-2064-9

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Américas

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA