

## BREVES COMENTÁRIOS A RESPEITO DO RATEIO DE RECURSOS DA LC QUE REGULAMENTA A EC 29/2000

No dia 31 de outubro 2007 foi votado na Câmara Federal o PLP 001/2003, que regulamenta a EC 29/2000.

A discussão maior voltou-se para o percentual que a União deverá destinar à saúde anualmente (vinculação de recursos da União).

Contudo, regulamentação de outro tema importante, os critérios de rateio dos recursos da União para estados e municípios e dos estados para os municípios não foi muito debatido e agora, com o texto quase pronto para ser encaminhado para a sanção presidencial (falta votar no Senado), não podemos deixar de chamar a atenção para dois artigos que se referem ao rateio dos recursos da União para os demais entes federados.

Até os dias de hoje, os critérios de rateio dos recursos da União para estados e Municípios estão disciplinados no art. 35 da Lei 8.080/90 e no art. 3º da Lei 8.142/90. Com a edição num futuro próximo da LC, os critérios passarão a ser os ali estabelecidos.

Lembro, por oportuno, que o art. 35 da Lei 8.080/90 nunca foi implementado por não ter sido, ao longo de 18 anos, regulamentado. O art. 3º da Lei 8.142/90 estabeleceu que enquanto não fosse regulamentado aquele dispositivo legal, o critério de rateio dos recursos seria exclusivamente pelo quociente populacional dividindo-se o montante de recursos a ser transferido pela população, depois atribuindo-se este *per capita* segundo a população de municípios e estados.

Os critérios sempre foram dados por portaria ministerial; a lei nunca foi cumprida.

Muitas discussões se travaram ao longo desses anos sobre essa questão, sem contudo, o MS ter alterado a sua sistemática de divisão de recursos por projetos e programas federais, regulados no mínimo detalhe.

Pretendia-se que com a nova LC essa questão fosse solucionada, trazendo critérios claros que dependessem muito pouco de regulamentação por decreto.

Mas isso não aconteceu; muito pelo contrário, os critérios são mais genéricos ainda, e fatalmente, dependerão de regulamentação. (Abordei esse assunto em recente matéria publicada no *Jornal "O Globo"*, do dia 24 de setembro de 2007, acentuando o risco que se corria de não ter esses critérios definidos com clareza na LC; por diversas vezes, ao ver o PLP 001/2003, alertei sobre esse ponto).

Os critérios de rateio estão disciplinados no art. 17 da LC votada e devem ser interpretados em conjunto com o disposto no art. 24, § 4º, que trata do controle dos recursos transferidos.

Vejamos.

*"Art. 17. O rateio dos recursos da União aos Estados, ao Distrito Federal e 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 epidemiológicas, demográficas, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços públicos de saúde".*

*" § 1º. O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do Art. 9º da Lei nº 8.080/90, 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, Distrito Federal e Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde".*

*"§ 2º. O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do Art. 9º da Lei nº 8.080/90, 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 e na prestação de serviços pela rede conveniada e contratada do Sistema Único de Saúde, bem como o efetivamente realizado".*

Os montantes a serem transferidos aos municípios anualmente deverão ser aqueles apurados de acordo com *metodologia* pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o § 1º do art. 17.

Com a redação atual do art. 17, caput, fica evidente a necessidade de regulamentação da norma, uma vez que essa, realmente, não será auto-aplicável por trazer critérios genéricos de divisão dos recursos federais.

A metodologia a ser adotada para a aplicação dos critérios previstos no caput do art. 17 deve ser objeto de consenso na comissão intergestores tripartite e aprovada no Conselho Nacional de Saúde.

A redação do § 1º do art. 17 ao remeter para a comissão intergestores tripartite a incumbência de definir a metodologia para a apuração dos montantes a ser transferidos, delegando-lhe atribuições reguladoras de âmbito nacional, veio a facilitar essa definição, que não dependerá de decreto presidencial. Isso salvou os municípios de passarem mais 18 anos esperando um decreto, que no caso da Lei 8.080/90, nunca foi editado. Além do mais, essa comissão precisa, urgentemente, de nova configuração para não se manter subordinada ao Ministério da Saúde; até como sentam-se à mesa os entes federados para as discussões, a hierarquia, a subordinação dos demais entes federados (estados e municípios) em relação ao Ministério da Saúde é evidente.

Se se prevalecer a redação do art. 17 e seu § 1º, será desse colegiado interfederativo o papel de definir a **metodologia** para o cálculo dos *montante* dos recursos da União, com base nos critérios definidos no caput do art. 17, quais sejam: *epidemiologia, demografia, aspectos sócio-econômico-territorial e capacidade de oferta de ações e serviços de saúde.*

O § 2º que deveria apenas disciplinar a necessidade de a União informar aos conselhos de saúde e aos tribunais de contas o montante dos recursos a serem transferidos, acrescentou outros critérios para o cálculo e ao invés de clarear as coisas, impôs uma enorme confusão, uma vez que vinculou a apuração desses montantes ao Plano Nacional de Saúde, ao termo de compromisso de gestão e à prestação de serviços pela rede conveniada e contratada, e pior ainda, acrescentou um “efetivamente realizado”. (além do mais, não disse se essa rede é privada ou pública, uma vez que nos dias de hoje há uma rede pública conveniada e contratada, como acontece com as OSs, principalmente as paulistas; a regra é de onde o legislador não especificou não cabe ao interprete fazê-lo).

Desse modo, para se estabelecer os montantes dos recursos da União a serem destinados aos estados e municípios deve-se:

1. observar critérios referentes a epidemiologia, a demografia, as condições sócio-econômica, ao território e à capacidade de oferta de serviços do ente federado;
2. a **metodologia** para se chegar a esses **montantes anuais de recursos**, tomando-se por base os critérios do item 1, deverá ser

- definido pela comissão intergestores e aprovado no conselho;
3. a metodologia para apuração dos valores deve observar, além dos critérios do item 1, o Plano Nacional de Saúde, os termos de compromissos de gestão, a prestação de serviços da rede conveniada e contratada e o *efetivamente realizado*.

O que isso significa? Que os recursos a serem transferidos devem estar previstos no Plano Nacional de Saúde, nos termos de compromissos de gestão firmados, nos valores da rede conveniada e contratada e em tudo o que *efetivamente foi realizado* (serviços realizados).

***O efetivamente foi realizado:*** o que significa? Realizado por quem? Quais serviços realizados? Todos os serviços do município? Mas os serviços dos municípios também são financiados com recursos próprios e do estado. O efetivamente realizado significa o que foi feito com os recursos das transferências?

***Os valores da rede contratada e conveniada:*** que valores são esses? Os do ano anterior e os previstos para aquele ano? A rede contratada e conveniada é integralmente e nacionalmente financiada com recursos da União para poder servir de base para a apuração do montante dos recursos a serem transferidos anualmente? Não há recursos próprios dos demais entes federados?

***Os valores consignados em termos de compromissos firmados entre a União e os Municípios:*** seriam os já existentes? E as necessárias modificações e aditamentos serão valorados? Esses termos de compromissos de gestão são quaisquer tipos de compromisso, como o contrato, convênio ou é um instrumento jurídico específico? Esses valores já não estão previstos nos planos de saúde?

***Os valores previstos no Plano de Saúde Nacional:*** o plano de saúde nacional já deverá prever os valores das transferências? Ou esses valores serão apurados, conforme disposto no § 1º, pela comissão intergestores, anualmente? Se for apurado anualmente, deverá haver um valor total mencionado no plano de saúde nacional que é plurianual?

A redação do § 2º poderá ensejar interpretações diversas e será palco de indefinições.

Se a lei sair com essas imperfeições – que poderão ser corrigidas no Senado, uma vez que ainda será votada naquela Casa – teremos problemas pela frente, principalmente no tocante à auditoria e até mesmo com o Poder Judiciário que poderá ter as mais diversas interpretações porque o texto da lei que é confuso.

E se se combinar o disposto no § 4º do art. 24 da Lei Complementar com o disposto e seus no art. 17 parágrafos, claro está que a União poderá transferir recursos para *objetos específicos* na saúde (projetos e programas), não havendo nenhuma obrigatoriedade de transferir determinada parcela para atividades genéricas ou como tem sido reivindicado pelo CONASEMS, *SUS ÚNICO, CAIXA ÚNICO*. Jamais haverá caixa único se o MS continuar a realizar as transferências por ‘caixinhas’.

Lembro, antes de comentar o § 4º do art. 24, por relevante, que esta lei somente regulamenta as transferências **obrigatórias; as voluntárias** estão submetidas a outras normas próprias de convênios, acordos e demais instrumentos congêneres.

“Art. 24º. (...)”

“§ 4º. Os órgãos de controle interno e externo, quando detectarem que os recursos federais transferidos a estados, Distrito Federal e municípios e os estaduais transferidos aos municípios, estiverem sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta lei **ou em objeto de saúde diverso do originalmente previsto**, determinarão que sejam entregues ao fundo de saúde da esfera de governo a que foram destinados, para cumprimento do objetivo da transferência, devidamente atualizados por índice oficial, sem prejuízo de sanções por improbidade administrativa”. (grifo nosso).

A redação do § 4º do art. 24 permite sejam repassados recursos (transferências obrigatórias interfederativas) para serem aplicados em determinados objeto da saúde. Se a União transferir recursos para uma determinada atividade, programa ou projeto e esse recursos for utilizado em atividade de saúde diversa (as famosas “caixinhas” ou seja, “recursos carimbados”) haverá a obrigatoriedade de o ente recebedor do recurso devolvê-lo ao seu próprio fundo de saúde (recursos do tesouro) para ser aplicado naquela atividade. Isso tudo sem prejuízo das sanções por improbidade administrativa.

No tocante à improbidade administrativa, teríamos que refletir se é aplicável o disposto no art. 11, da Lei 8.429/92, assim expresso no caso de aplicação diversa, mesmo na saúde:

*“Art. 11. Constitui ato de improbidade administrativa que atenta contra os princípios da administração pública qualquer ação ou omissão que viole os deveres de honestidade, imparcialidade, legalidade, e lealdade às instituições, e notadamente:*

*I - praticar ato visando fim proibido em lei ou regulamento ou diverso daquele previsto, na regra de competência;”*

Há que se levar em conta que, se o Ministério da Saúde ao regulamentar, como o faz constantemente, a forma de repasse de recursos para os municípios e vedar a aplicação de determinado recurso em atividade de saúde diversa da prevista em regulamento próprio, poderia ser alegado que houve improbidade administrativa, conforme tipificado no inciso I, do art. 11, independentemente de o município ter depositado tal parcela no fundo de saúde?

Finalmente, chamo também a atenção para o disposto no § 2º do art. 24 que apenas menciona o TCU esquecendo-se de que também os demais TCs devem fazer essa fiscalização; não somente a fiscalização dos mínimos vinculados, como também, a fiscalização das transferências interfederativas.

Essas dúvidas são bastante preocupantes e acho que a regulamentação dos critérios de repasse de recursos da União para estados e municípios ficou muito pior do que antes.

Gestores municipais continuarão a ser gerentes de programas e projetos federais, sujeitos a penalidade se pretender ser de fato dirigente único do SUS em seu território.

**Lenir Santos**

**1º de novembro de 2007**