

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o qual visa proporcionar acesso universal e integral à saúde para toda a população. No entanto, o seu financiamento adequado e sustentável tem sido uma questão crítica ao longo dos anos, com desafios relacionados com fontes seguras de financiamento, alocação de recursos, eficiência e equidade no acesso aos serviços de saúde¹.

O Brasil figura como um importante centro político-econômico, sendo uma potência em extensão territorial, recursos naturais e diversidade cultural. Apesar disso, sofre com as mazelas clássicas dos países em desenvolvimento, como a desigualdade social, a violência urbana e a má gestão dos recursos públicos. Até pouco tempo, as questões de saúde pública eram tratadas sem que houvesse uma estratégia do governo central no atendimento das demandas e a atuação do Estado, e restringiam-se a situações emergenciais, tais como nas epidemias de centros urbanos. Em 1988, com a Constituição Federal, houve no cenário brasileiro a garantia da saúde e de um sistema público, universal, integral, equânime e gratuito¹.

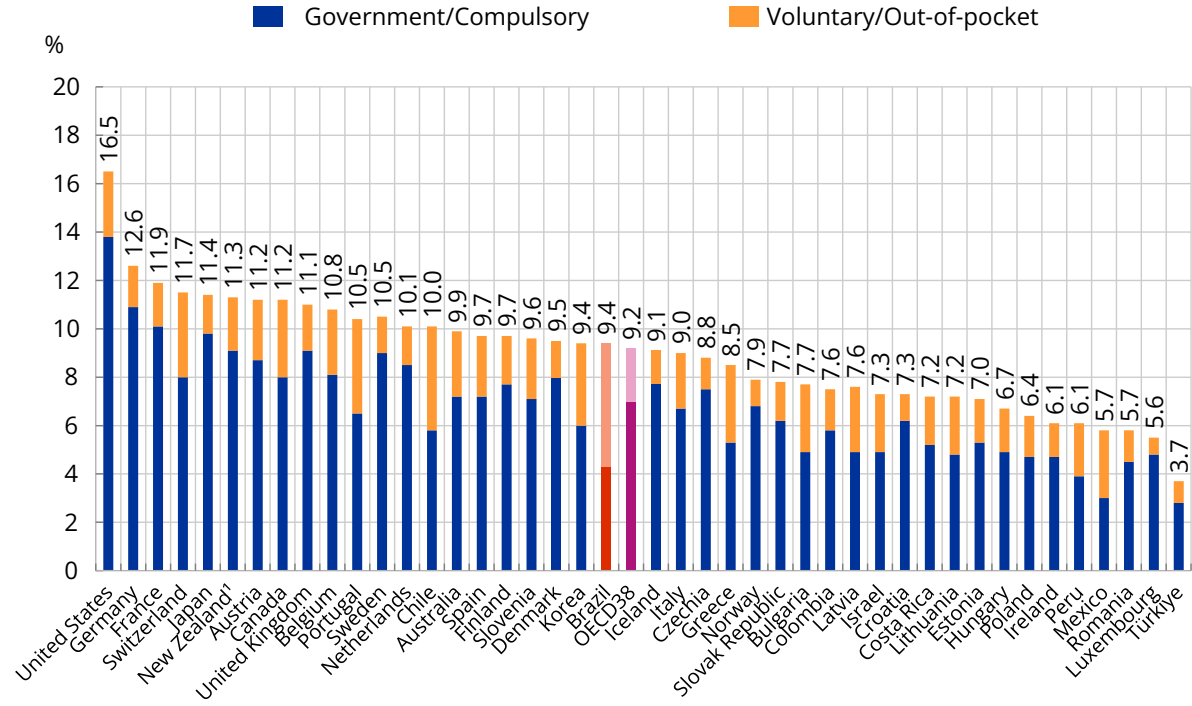
2.1 GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO

Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) para o ano de 2019 mostram que o gasto público em saúde brasileiro representa apenas 3,93% do Produto Interno Bruto (PIB), muito abaixo dos países desenvolvidos e até mesmo de alguns países emergentes. Gastos como o percentual do PIB expressam a dimensão do gasto com saúde no valor total da economia. No Brasil, a baixa participação pública reflete as limitações no financiamento do SUS, que enfrenta desafios para atender à população em um contexto de subfinanciamento.

O gasto privado brasileiro, por outro lado, é de 5,39% do PIB, um dos mais altos do gráfico 2.1 abaixo, indicando uma alta dependência de seguros de saúde privados e despesas diretas das famílias. Esse cenário evidencia desigualdades significativas no acesso à saúde e pressões financeiras sobre os indivíduos.

Comparativamente, países com sistemas de saúde universais e bem financiados, como a Alemanha, a França e os países nórdicos, possuem uma maior participação do gasto público, o que promove maior equidade e acesso. Em contrapartida, países como o Brasil, com um gasto público relativamente baixo e alta dependência de recursos privados, enfrentam desafios significativos para garantir acesso universal e reduzir desigualdades.

Gráfico 2.1. Gastos com saúde como proporção do PIB – OCDE e Brasil, 2022



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2024².

O gráfico 2.1 apresentado, com dados de 2022 extraídos da OCDE, revela as disparidades no financiamento da saúde entre diferentes países e como os sistemas de saúde são estruturados em termos de participação do setor público e privado.

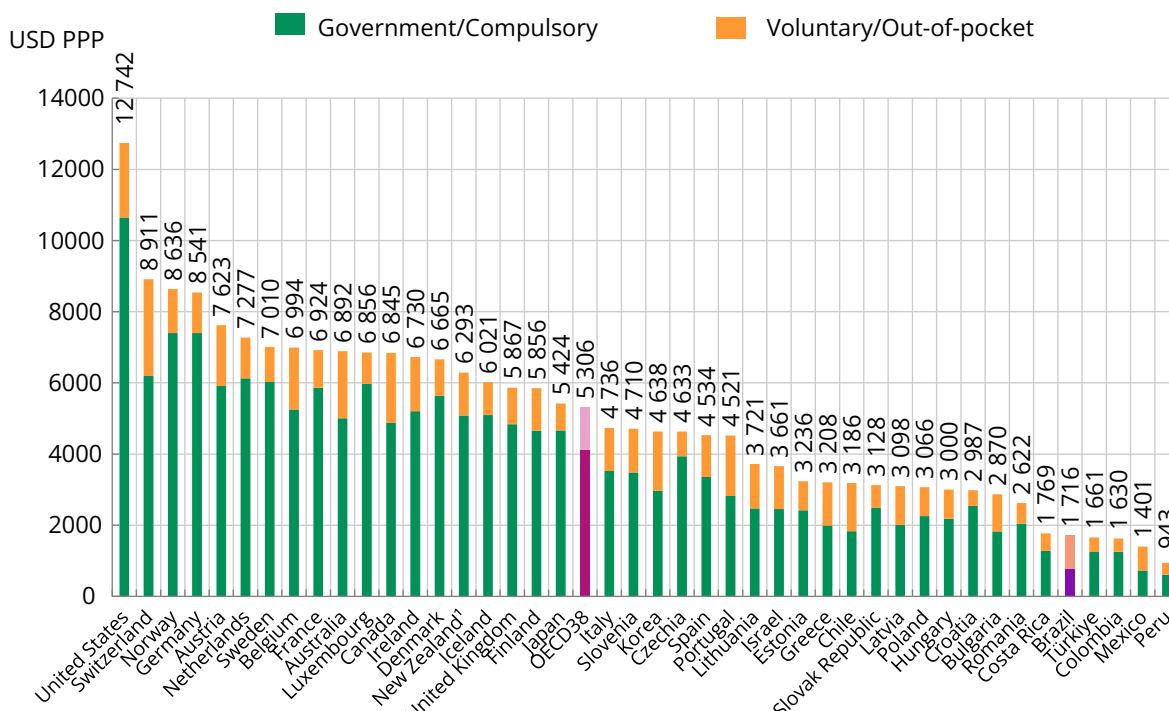
Em países como os Estados Unidos da América (EUA), a Alemanha e a França, os gastos públicos como proporção do PIB destacam-se entre os mais altos. Os EUA lideram esse *ranking* com 16,5%, um número que, apesar de expressivo, reflete o custo elevado do sistema norte-americano, que combina investimentos públicos substanciais com uma alta dependência de seguros privados e desembolsos diretos, evidenciados pelo gasto privado de 2,7% do PIB. A Alemanha e a França também possuem níveis elevados de

gasto público, com 10,9% e 10,1%, respectivamente, caracterizando sistemas universais sólidos e bem financiados, que minimizam a dependência do gasto privado.

Considerando inicialmente o gasto em saúde como proporção do PIB, observa-se que o Brasil destinou cerca de 9,4% do seu PIB ao setor em 2022, valor semelhante à média da OCDE. No entanto, essa paridade relativa oculta disparidades expressivas em termos absolutos e na composição do financiamento.

A análise dos dados de gasto per capita em saúde disponibilizados pela OCDE para o mesmo ano demonstra profundas assimetrias entre os países investigados, especialmente no que se refere à participação pública no financiamento e à capacidade de garantir cobertura universal com equidade.

Gráfico 2.2. Gasto per capita em saúde em 2022



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE 2024².

O Brasil apresenta um dos menores gastos totais per capita em saúde, com US\$ 1.716,10, valor que representa apenas cerca de um terço da média observada nos países da OCDE (US\$ 5.306,40)². Desse total, menos da metade (US\$ 778,80) provém de fontes

governamentais ou obrigatórias, configurando um padrão de financiamento que impõe elevada carga financeira às famílias, cujo gasto voluntário e direto (US\$ 937,30) supera o componente público. Tal estrutura contrasta fortemente com a de países com sistemas universais consolidados, como Reino Unido, França e Alemanha, nos quais a participação governamental ultrapassa 80% do total gasto, garantindo maior proteção contra o risco financeiro associado ao adoecimento. Ainda mais contrastante é a comparação com os EUA, cuja despesa pública per capita (US\$ 10.648,50) é mais de 13 vezes superior à brasileira, mesmo em um sistema com forte presença privada. Esses dados reiteram o subfinanciamento histórico do SUS e apontam para a urgência de reconfigurações no arranjo federativo, no espaço fiscal disponível e nas prioridades distributivas do Estado brasileiro, a fim de assegurar níveis mínimos de financiamento compatíveis com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade.

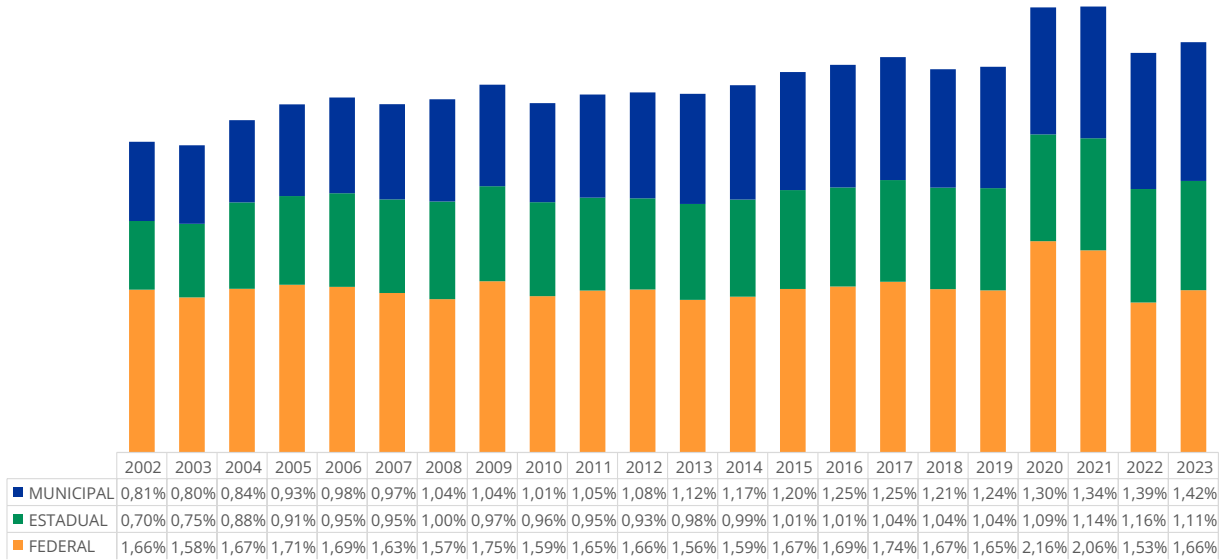
2.1.1 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NO BRASIL

O financiamento do SUS é composto por recursos provenientes dos impostos arrecadados pelas três esferas de governo, incluindo as transferências constitucionais destinadas aos estados, Distrito Federal e municípios. No entanto, esse financiamento tem se mostrado insuficiente para garantir a alocação de recursos financeiros adequados ao pleno funcionamento do sistema público.

Segundo Figueiredo et al.³, os recursos disponibilizados têm sido menores do que os necessários para atender às demandas de saúde da população, divergindo, inclusive, do patamar inicialmente previsto na concepção do SUS. Essa situação foi ainda mais agravada pela adoção de políticas de austeridade fiscal no País, que limitaram ainda mais a capacidade de financiamento do sistema³.

O Brasil, apesar de ter por mandato constitucional um sistema público de saúde de acesso universal, apresenta o gasto privado em saúde superior ao gasto público. Países com sistemas de saúde similares, ou seja, universais e públicos, gastam, em média, 8% do PIB.

Gráfico 2.3. Proporção do gasto em saúde pública no Brasil como proporção do PIB – Siops, 2002 a 2023



Fonte: Siops/MS – IBGE.

O gasto público em saúde em relação ao PIB no Brasil entre 2002 e 2023 revela perspectivas relevantes sobre a evolução do financiamento da saúde pelas esferas federal, estadual e municipal (gráfico 2.3). As médias dos percentuais no período evidenciam o peso diferenciado entre os níveis de governo na manutenção do SUS. No âmbito federal, a média foi de 1,69% do PIB, tendo a União como a principal fonte de financiamento público da saúde no Brasil. Por sua vez, os estados apresentaram uma média de 0,98% enquanto os municípios registraram uma média de 1,11%, destacando a crescente relevância das administrações municipais no custeio e na gestão dos serviços de saúde.

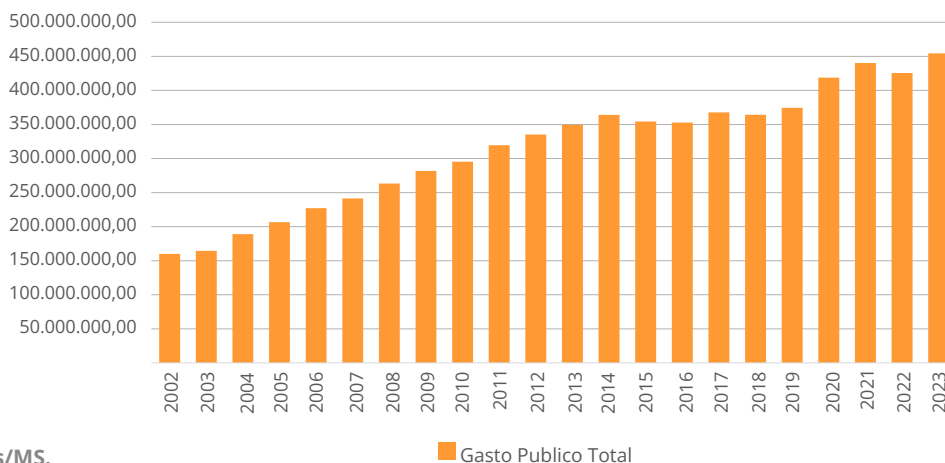
O comportamento do gasto ao longo do período mostra desempenhos distintos entre as esferas de governo. A participação federal permaneceu praticamente estável, registrando 1,66% tanto em 2002 quanto em 2023, o que indica uma ausência de crescimento proporcional ao PIB. Em contrapartida, os estados tiveram um aumento de 0,41 ponto percentual, passando de 0,70% em 2002 para 1,11% em 2023, evidenciando um maior envolvimento dos governos estaduais no financiamento da saúde. Os municípios, por sua vez, registraram o maior crescimento relativo, com um acréscimo de 0,61 ponto percentual, de 0,81% em 2002 para 1,42% em 2023, reforçando o protagonismo dos entes municipais no contexto da descentralização do SUS.

Esses dados indicam que, ao longo das últimas duas décadas, a carga do financiamento da saúde tem sido progressivamente deslocada para os estados e, sobretudo, para os municípios. Esse movimento suscita preocupações quanto à sustentabilidade fiscal dos entes subnacionais, especialmente em contextos de crise econômica ou de redução das transferências federais. Por outro lado, a estabilidade dos percentuais federais, embora significativa em termos absolutos, pode indicar limitações na ampliação da participação da União no financiamento proporcional às crescentes demandas de saúde no País.

Esse panorama apresenta fragilidade no pacto federativo no financiamento da saúde pública, considerando os desafios de equidade e sustentabilidade financeira que permeiam o sistema. Nesse sentido é essencial fortalecer a coordenação entre as esferas de governo e garantir a alocação de recursos de forma adequada às necessidades locais e regionais, assegurando a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde para a população brasileira.

O gráfico 2.4 registra a evolução do gasto público total no SUS. Considerando valores corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de 2023, é apresentada a evolução do gasto público total em saúde. No início do período, em 2002, o gasto público total corrigido foi de aproximadamente R\$ 160 bilhões, enquanto em 2023, atingiu R\$ 454 bilhões. Esse crescimento equivale a um aumento real de cerca de 184%, evidenciando uma expansão significativa no financiamento do SUS. No entanto, revela oscilações importantes no ritmo de crescimento ao longo do tempo, relativas às condições econômicas e às políticas adotadas em diferentes períodos.

Gráfico 2.4. Gasto público total em saúde – Brasil, 2002 – 2023. Em milhões de Reais (atualizados IPCA/2023)



Fonte: Siops/MS.

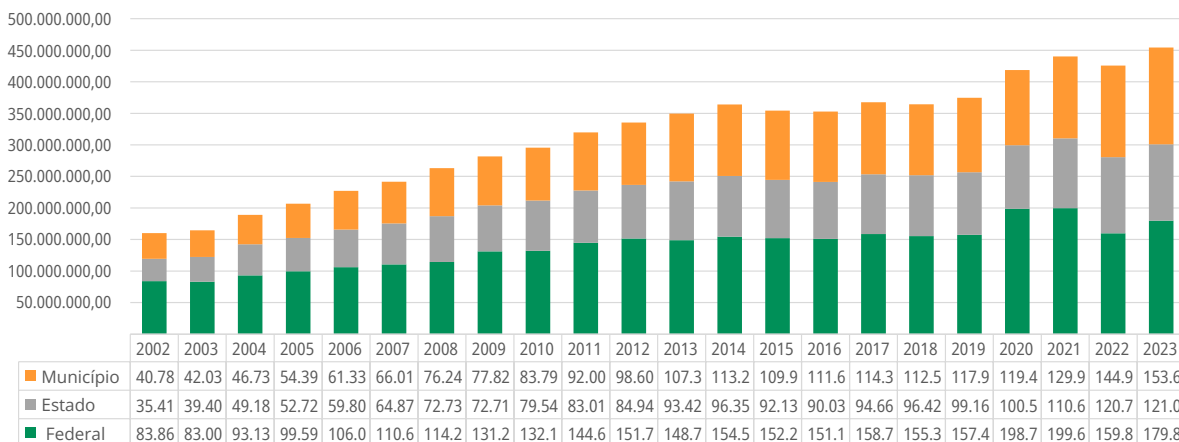
De 2002 a 2008, o gasto público total no País apresentou um crescimento constante, porém em ritmo moderado, sugerindo uma ampliação gradual da capacidade de financiamento do SUS nesse período. A partir de 2009, demonstrou aceleração do crescimento econômico e fortalecimento de políticas voltadas à saúde.

Entre 2015 e 2019, a série revela uma desaceleração no crescimento real dos gastos, reflexo das restrições fiscais impostas pela crise econômica e pelas políticas de austeridade adotadas no Brasil. Esse período coincide com a aprovação de medidas como o teto de gastos públicos – Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 15 de dezembro de 2016 –, que limitou o crescimento das despesas primárias, incluindo da saúde.

O ano de 2020 apresenta um salto expressivo nos gastos em função da pandemia da covid-19, que demandou recursos oriundos de créditos extraordinários para financiar ações emergenciais, como a compra de insumos médicos, equipamentos, vacinação, expansão de leitos hospitalares, entre outros. O gasto total corrigido atingiu R\$ 418 bilhões nesse ano, representando um dos maiores investimentos já registrados. Esse patamar elevado foi mantido em 2021 devido à continuidade das demandas relacionadas com a pandemia.

Após o pico observado em 2020 e 2021, os anos de 2022 e 2023 mostram uma queda do crescimento, porém ainda elevados. Em 2023, o gasto público total corrigido alcançou o maior valor da série, R\$ 454 bilhões. Embora o gasto público em saúde tenha crescido de maneira significativa em termos reais, parte desse crescimento foi impulsionada por eventos extraordinários, como a pandemia da covid-19.

Gráfico 2.5. Gasto público total com saúde – Brasil, 2002 a 2023. Em milhões de Reais (atualizados IPCA/2023)



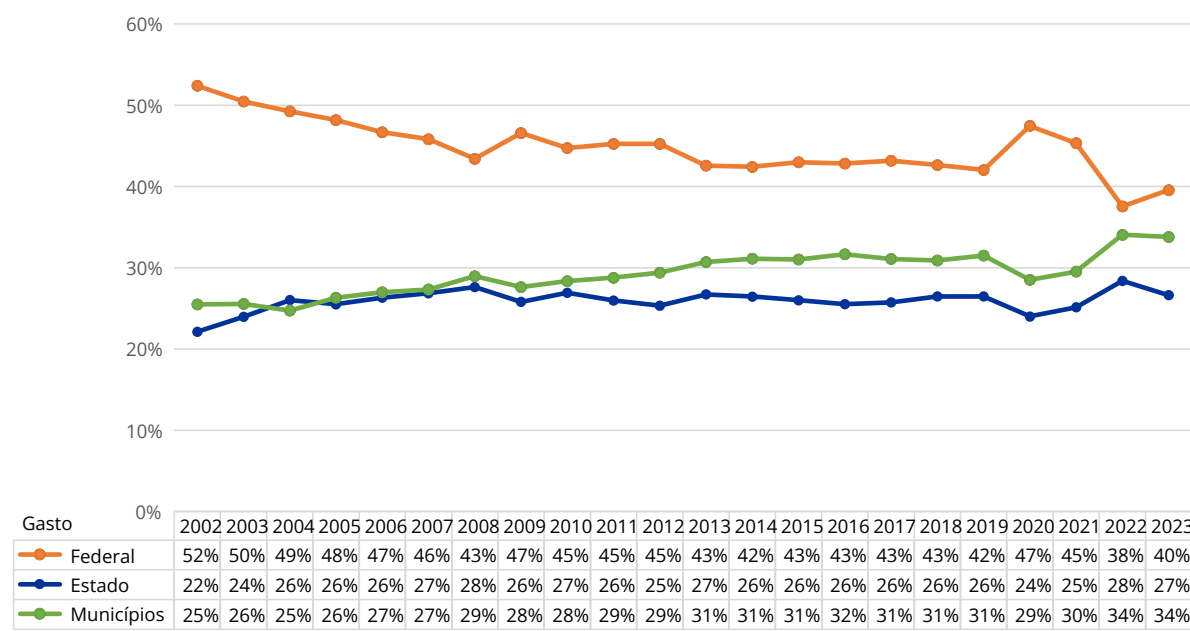
Fonte: Siops/MS.

Como observado no gráfico 2.5, entre 2002 e 2023, o gasto público total com saúde, descontada a inflação, cresceu de R\$ 160,07 bilhões para R\$ 454,46 bilhões, o que corresponde a um aumento de aproximadamente 184% ao longo do período. Esse crescimento reflete uma ampliação significativa dos investimentos em saúde pública no Brasil, porém, com variações importantes na contribuição relativa de cada esfera governamental.

2.1.1.1 COMPOSIÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

Considerando o crescimento real do investimento em saúde e as diversas alterações com relação a regra para valores mínimos aplicados pelo gestor federal, observa-se que a composição do gasto público ao longo das duas últimas décadas foi significativamente modificada, destacando o papel de protagonismo assumido pelos entes subnacionais no financiamento do SUS.

Gráfico 2.6. Composição do gasto com ações e serviços públicos de saúde, Brasil, 2002 – 2023



Fonte: elaboração própria com base em Siops, Siop, RAG MS (2023).

Os dados do gráfico 2.6 revelam mudanças significativas na composição desses gastos, evidenciando um processo de transferência de responsabilidade orçamentária da União para estados e, sobretudo, municípios.

No início do período analisado, em 2002, o governo federal tinha um papel predominante, com 52% da composição dos gastos em saúde. Contudo, ao longo dos anos, observa-se uma redução progressiva dessa participação. Em 2023, **a proporção dos gastos federais caiu para 40%, o que representa uma taxa de variação acumulada negativa de 23% ao longo de 21 anos**. A maior redução foi registrada no intervalo entre 2021 e 2022, quando a participação federal caiu de 45% para 38%. Apesar dessa redução abrupta, houve uma recuperação parcial no ano seguinte, com o retorno da participação federal ao patamar de 40% em 2023, coincidindo com a mudança da metodologia do piso federal definido pela LC nº 201, de 24 de outubro de 2023.

Os governos estaduais apresentaram uma tendência de financiamento mais estável, mas com um crescimento moderado ao longo do período. Em 2002, os estados respondiam por 22% da composição dos gastos em saúde, enquanto em 2023, essa proporção alcançou 27%. Essa evolução reflete um crescimento acumulado de 22,7% em duas décadas. Essa estabilidade relativa sugere que o peso orçamentário dos estados na saúde tem aumentado em um ritmo lento, sem oscilações expressivas.

Os municípios, por sua vez, registraram o crescimento mais expressivo na composição dos gastos públicos em saúde. Em 2002, os municípios representavam 25% da participação total, crescendo para 34% em 2023. Esse aumento reflete uma variação acumulada de 32% ao longo do período analisado, indicando uma ampliação significativa de suas responsabilidades financeiras no setor. O crescimento constante é indicativo da maior pressão orçamentária sobre os municípios, que enfrentam crescentes demandas por serviços de saúde localizados, muitas vezes sem o correspondente aumento em suas receitas.

Em termos gerais, os dados apontam para um processo de transferência de responsabilidade no financiamento da saúde pública no Brasil. Enquanto a participação federal experimentou uma redução constante, estados e municípios aumentaram gradualmente suas contribuições. Esse cenário reforça a necessidade de uma análise aprofundada sobre os mecanismos de transferências intergovernamentais, como as transferências FAF e as emendas parlamentares, que podem estar redistribuindo responsabilidades financeiras sem a garantia de equilíbrio nas receitas.

2.2 HISTÓRICO NORMATIVO DO FINANCIAMENTO DO SUS

O direito à saúde no Brasil alçou o *status* de garantia constitucional com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que também estabeleceu os meios para alcançá-lo, a partir da criação do SUS. No entanto, a sociedade brasileira, especialmente durante a

década originada em 1980, já havia adquirido a consciência de seu direito à saúde e – tanto aqueles milhões de pessoas ainda completamente à margem do mercado consumidor quanto as elites econômico-sociais – passou a reivindicar a garantia do direito à saúde⁴.

Entre os diferentes conceitos de saúde, ao longo da história, aquele adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi o que melhor compreendeu, de forma mais abrangente, a saúde como direito humano⁵. Assim, o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado em relação à sua promoção e proteção passou a ser objeto da OMS, que registou no preâmbulo de sua Constituição (1946) o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”⁶. No entanto, somente reivindicações da sociedade e de organismos internacionais não eram suficientes para garantir o direito à saúde, tornando fundamental o estabelecimento de meios concretos para alcançá-lo.

No caso brasileiro, o escopo e a abrangência da atual política de saúde encontram-se definidos nos arts. 196 a 200 da Constituição Federal. Medici (1994) aponta que, do ponto de vista dos interesses federativos, três questões se sobrepõem como relevantes: a) existência de comando único em cada esfera de governo; b) descentralização de forma que as ações de saúde passam a ser corresponsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, cabendo aos entes subnacionais a prestação dos serviços e a esfera federal a definição da política nacional de saúde, bem como de suas normas, regulamentos e regras gerais; c) financiamento das políticas de saúde de corresponsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios⁷.

Nesse contexto, o histórico de financiamento do SUS é marcado por uma constante evolução, desde a sua criação até os dias atuais. Apesar de os constituintes terem estabelecido a participação das três esferas de governo no financiamento do SUS e previsto fontes de receitas e a alocação de recursos mínimos pela União, esses preceitos constitucionais foram amplamente negligenciados ao longo da década de 1990. Essa negligência resultou, e ainda persiste, em dificuldades significativas para o financiamento do sistema público de saúde, que demanda recursos adequados para atender às necessidades da população, para a garantia do direito constitucional posto.

Até a instituição da garantia constitucional do direito à saúde no País, o financiamento federal da saúde se dava por meio de recursos advindos de até 30% do Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego. Após 1988, a primeira iniciativa constitucional que foi concretizada para garantir fontes seguras para financiar as ações e serviços em saúde do poder público foi a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 82, de 27 de março de 1995, que culminou na promulgação da EC nº 29, de 13 de setembro de 2000^{8,9}.

A PEC nº 82/1995, apresentada pelo Deputado Carlos Mosconi e outros parlamentares, tinha como principal objetivo assegurar uma fonte estável e específica de financiamento para o SUS. A proposta visava destinar os recursos provenientes das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro exclusivamente ao SUS, buscando mitigar a falta de previsibilidade e segurança financeira que caracterizavam o sistema na época. Na prática, isso significava uma garantia de que esses recursos, essenciais para o funcionamento do SUS, seriam direcionados diretamente para a área da saúde. A justificativa para a PEC nº 82/1995 destacava as dificuldades que o sistema enfrentava por não ter uma fonte de financiamento vinculada à arrecadação. Ao invés de contar com receitas vinculadas, o sistema dependia de repasses interministeriais, o que criava um ambiente de incertezas financeiras e dificultava o planejamento e a execução de políticas públicas de saúde. A proposta buscava, portanto, estabelecer uma destinação fixa para os recursos arrecadados, oferecendo mais segurança e autonomia para a gestão da saúde pública no País. Esse direcionamento específico visava impedir que os recursos fossem redirecionados para outras áreas, garantindo, assim, o cumprimento das obrigações do Estado com a saúde.

Durante a sua tramitação, ao ser apresentada à Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), a PEC foi analisada quanto à sua admissibilidade e constitucionalidade, sendo entendida como compatível com as cláusulas pétreas da Constituição, entre elas, a preservação da forma federativa de Estado e os direitos fundamentais. Assim, a CCJ recomendou a sua aprovação, com ajustes de redação. O relator da proposta, ao debater a questão da vinculação de receitas, argumentou que a PEC nº 82/1995 não violava o art. 167, inciso IV da Constituição Federal, o qual proíbe a vinculação de receitas de impostos a órgãos específicos. No entendimento do relator, a nova disposição representava uma exceção válida, justificada pela necessidade imperativa de garantir recursos para o SUS. A proposta também buscava especificar as contribuições direcionadas à saúde dentro do orçamento da seguridade social, dando mais transparência e clareza à alocação desses recursos.

A PEC nº 82/1995 também recebeu emendas, uma delas do relator. Tal emenda determinava que as receitas provenientes das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro seriam integralmente aplicadas no financiamento do SUS. Caso houvesse excedentes, esses seriam redirecionados ao orçamento da seguridade social conforme previsto no orçamento anual da saúde. O processo de tramitação da PEC nº 82/1995 contou com um amplo apoio parlamentar, evidenciado pela extensa lista de signatários representando diversos estados e partidos. Esse apoio facilitou sua tramitação nas duas casas legislativas. Após aprovação em dois turnos na Câmara dos Deputados, a proposta seguiu para o Senado, onde recebeu novos ajustes antes de ser definitivamente aprovada.

Nesses ajustes, as fontes de financiamento foram alteradas. O novo texto estabeleceu regras claras e permanentes para assegurar uma aplicação mínima de recursos públicos na saúde, determinando que União, estados, Distrito Federal e municípios destinassem percentuais fixos de suas receitas para o financiamento do SUS; assim como para fortalecer a gestão dessas receitas por meio dos fundos de saúde. Essa medida foi fundamental para criar uma base de recursos estável para o sistema público de saúde brasileiro.

Em 14 de setembro de 2000, a proposta, consolidando os objetivos originais da PEC nº 82/1995, foi finalmente promulgada como EC nº 29/2000 – por meio de alterações no corpo do art.198, o qual constitui o sistema único para as ASPS no País. Assim, ficou estabelecida a necessidade da criação de uma LC, reavaliada pelo menos a cada cinco anos, que estabelecesse percentuais mínimos de recursos próprios das três esferas de gestão do SUS, para serem aplicadas em ASPS, além de normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. A LC deveria, ainda, estabelecer os critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais, o que, de fato, ainda não aconteceu.

Por meio de Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), todavia, a EC nº 29/2000 estipulou que, até que a LC fosse publicada, a União deveria aplicar, no ano de 2000, o valor empenhado em ASPS do ano de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. Para os anos de 2000 a 2004, o valor mínimo dedicado à saúde seria o montante de gasto do ano anterior acrescido da variação nominal do PIB⁸.

No caso dos estados e do Distrito Federal, ficou estabelecido que o valor mínimo a ser destinado às ASPS seria de 12% das respectivas arrecadações de impostos próprios e das transferências recebidas para ASPS. Os municípios, por sua vez, ficaram obrigados a aplicar, no mínimo, 15% de sua receita proveniente de impostos e transferências nesse setor. Em ambos os casos, para os entes subnacionais que aplicaram, no ano de 1999, valores abaixo dos percentuais mínimos recém-definidos, foi estabelecido, para os anos de 2000 a 2004, um escalonamento de percentuais mínimos, que variavam de 7% a 12% para estados e de até 15% para municípios. Essas obrigações de aplicação mínima visavam garantir que o financiamento do SUS não dependesse exclusivamente das decisões orçamentárias anuais, criando uma proteção contra cortes arbitrários de recursos financeiros.

Quadro 2.1. Demonstrativo da base vinculada das arrecadações de impostos, para cumprimento do mínimo constitucional para saúde pública no Brasil, conforme EC nº 29/2000

	Municipais + DF	Estaduais + DF	União
Total das receitas de impostos	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS	Valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB
	Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA	
	Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis – ITBI	Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD	
(+) Receitas de transferências da União:	Quota-Parte do FPM	Quota-Parte do FPE	
	Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR	Cota-Parte do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI – Exportação	
	Quota-Parte da LC nº 87/96 (Lei Kandir)	Transferências da LC nº 87/1996 (Lei Kandir)	
	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF	Cota parte sobre o 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	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária	
Base Vinculada	15%	12%	

Fonte: elaboração própria com base na EC nº 29/20008.

A EC nº 29/2000 trouxe uma importante alteração nas fontes de financiamento do SUS. A partir dessa emenda, o financiamento do sistema passou a incluir diretamente o produto da arrecadação de impostos como fonte fundamental de seu financiamento. Esse mecanismo permitiu que os recursos destinados à saúde sejam diretamente aplicados em ASPs, reduzindo a dependência de negociações orçamentárias anuais e ampliando a

base de sustentação do financiamento da saúde pública. Essa inclusão de impostos como fonte direta de arrecadação fortaleceu o compromisso do Estado brasileiro com o SUS, buscando assegurar uma entrada de recursos mais previsível e regular.

Outro aspecto importante trazido pela EC nº 29/2000 foi a obrigatoriedade constitucional de criação de Fundos de Saúde em cada ente subnacional, sendo esses responsáveis pela aplicação e controle dos recursos destinados à área. A nova normativa também reforçou a fiscalização dos gastos pela sociedade civil, exigindo a atuação dos Conselhos de Saúde para garantir transparência e eficiência na gestão dos recursos. Essa medida buscou assegurar que os recursos não sejam utilizados para finalidades alheias à saúde, protegendo, assim, o orçamento destinado ao SUS. Essa proteção foi essencial para evitar que os governos usassem os recursos do sistema público de saúde para cobrir déficits de outras áreas, o que poderia comprometer a oferta e qualidade dos serviços públicos de saúde.

A EC nº 29/2000 representou, portanto, um marco na história do financiamento da saúde pública no Brasil, definindo um compromisso constitucional com o SUS, garantindo que uma parcela específica dos recursos públicos fosse destinada ao setor. Essa emenda trouxe previsibilidade ao orçamento da saúde e criou mecanismos de controle e transparência, fortalecendo a sustentabilidade financeira do SUS, além de promover uma gestão mais eficiente e transparente dos recursos destinados à saúde pública no País.

Atualmente, os estados, o Distrito Federal e os municípios seguem a regra estabelecida pela EC nº 29/2000. No entanto, como apontado no quadro 2.2, sucessivas alterações na regra do mínimo constitucional da União foram realizadas. Ao longo da última década, uma série de mudanças repercutiram na alocação de recursos federais, com inflexões e retrocessos para o financiamento do SUS¹⁰.

Quadro 2.2. Registro das sucessivas alterações dos pisos constitucionais para financiamento de ASPS pela União após a promulgação da EC nº 29/2000

Período	Norma		Método de cálculo do mínimo a ser aplicado em ASPS
A partir de 1988	CF/88	ADCT, art. 55	30% da Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego
2000	EC nº 29/2000	ADCT, art. 77, I, a	Valor empenhado em 1999 acrescido de, no mínimo, 5%
2001 - 2004	EC nº 29/2000	ADCT, art. 77, I, b	Valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB
2005 - 2011		ADCT, art. 77, § 4º	Manutenção da regra anterior
2012 - 2015	LC nº 141/2012	Art. 5º, caput e §2º	Manutenção da regra anterior, e em caso de variação negativa do PIB, sendo que o valor não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro
2016	EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016, escalonado até 15% em 2020
2017	EC nº 95/2016	ADCT, art. 110, I	15% da RCL em 2017 (receita realizada)
2018 - 2020	EC nº 95/2016 (Transitório)	ADCT, art. 110, II	15% da RCL em 2017, e nos anos seguintes, esse valor acrescido do IPCA (receita realizada de julho do ano anterior a junho do ano da elaboração orçamentária)
2021 - 2022	EC nº 113/2021 (Transitório)	ADCT, art. 107, § 12	15% da RCL em 2017, e nos anos seguintes, esse valor acrescido do IPCA (medido de janeiro a junho e estimado de julho a dezembro do ano da elaboração orçamentária)
2023	EC nº 126/2023 LC nº 200/2023 EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	15% da RCL do respectivo exercício financeiro (receita realizada)
	LC nº 201/2023	Art. 15	No exercício de 2023, será considerada a RCL estimada na Lei nº 14.535/2023.
2024 e seguintes	EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	15% da RCL do respectivo exercício financeiro (receita realizada)

Fonte: Constituição Federal, LC nº 141/2012, LC nº 200/2023 e nº 201/2023¹¹⁻¹⁴.

A EC nº 29/2000 tinha como objetivo dar estabilidade ao financiamento do setor de saúde, com recursos das três esferas de governo, a partir de percentuais de receitas definidos em lei. Em 2003, deu-se início à discussão no Congresso Nacional baseada no Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 01/2003, do deputado Roberto Gouveia (PT-SP), que visava definir quais seriam as ASPS para efeito do cômputo do mínimo constitucional a ser aplicado no SUS, bem como estabelecer a alocação de 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) da União para a saúde pública no País.

Em 2007, o PLC nº 01/2003 contou com várias emendas em seu texto original, incluindo o retorno às regras da EC nº 29/2000, relativas à participação mínima da União no financiamento do SUS, acrescido de percentuais da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A não prorrogação da CPMF dificultou o andamento do projeto no Senado, onde foi acoplado ao Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 156/2007, de autoria do senador Marconi Perillo (PSDB-GO).

Em abril de 2008, foi aprovado por unanimidade o PLS nº 121/2007, de autoria do senador Tião Viana (PT-AC), que previa a destinação de 10% das RCB para a saúde. Ao ser enviado à Câmara dos Deputados, foi aprovado em forma de substitutivo, como PLP nº 306/2008, em 21 de setembro de 2008, com o deputado Pepe Vargas (PT-RS) como relator. Nesse substitutivo, a Câmara rejeitou a proposta do Senado de destinar 10% da RCB da União e a criação da Contribuição Social para a Saúde (CSS), não resultando em acréscimo de recursos federais para o SUS. Retornado ao Senado, o substitutivo tramitou novamente como PLS nº 121/2007, e foi aprovado em 7 de dezembro de 2011, regulamentando a EC nº 29/2000 com as mesmas regras de vinculação de recursos¹⁵.

Ainda existia, todavia, a necessidade de regulamentar os dispositivos não autoaplicáveis, para garantir a correta execução pelos entes federados e a fiscalização pelos Tribunais de Contas. Dessa forma, após 12 anos de promulgada, a sua regulamentação foi materializada por meio da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regularizou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, estabelecendo os valores mínimos que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem aplicar anualmente no que ficou estabelecido como ASPS¹³. A LC nº 141/2012 estabeleceu a necessidade da criação de uma metodologia anual de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas das três esferas de governo, revogando dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993¹³. Todavia, a lei não estabeleceu uma nova vinculação de recursos federais para a saúde, frustrando a expectativa de ampliação de verbas para o setor. Por outro lado, a norma definiu o que pode ser considerado despesa em ASPS, valorizando o processo de planejamento e o controle social e estabelecendo a transferência regular e automática de recursos para custeio e investimentos por meio dos fundos de saúde¹⁵.

Quadro 2.3. Demonstrativo despesas consideradas como ações e serviços públicos de saúde de acordo com os arts. 2º e 3º da LC nº 141/2012

Despesas consideradas como ASPS

• 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.

• Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º 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 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.

XIII – custeio e investimento em hospitais universitários federais, inclusive por meio de entidade pública responsável por sua administração, desde que as despesas sejam aprovadas pelo Ministério da Saúde e estejam de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar. (Incluído pela Lei Complementar nº 209, de 2024)

Fonte: LC nº 141/2012¹³.

A primeira alteração do piso federal para a saúde ocorreu 15 anos após a promulgação da EC nº 29/2000, por meio da EC nº 86, de 17 de março de 2015¹⁶. Durante a sua tramitação, originada pela PEC nº 358, de 26 de novembro de 2013, a questão do financiamento da saúde foi um dos pontos centrais do debate. A proposta, que buscava inicialmente instituir o orçamento impositivo para emendas parlamentares individuais, ganhou uma nova dimensão com a inclusão de uma regra específica para a aplicação mínima de recursos da União em ASPS. A PEC nº 358/2013 previa inicialmente a obrigatoriedade da execução das emendas parlamentares, buscando dar ao Congresso Nacional maior controle sobre os recursos por ele alocados. No entanto, ao longo de sua tramitação, foi crescente o interesse em vincular uma parte desse orçamento impositivo à saúde, de forma a assegurar recursos adicionais para o SUS e, assim, um possível fortalecimento do financiamento do setor. Em meio a esses debates, o texto da PEC nº 358/2013 foi ampliado para incluir um novo piso federal em saúde, vinculado à RCL da União. Esse novo piso de financiamento estabeleceu que, a partir de 2016, a União deveria aplicar um percentual progressivo da RCL em saúde, começando com 13,2% e aumentando anualmente até alcançar 15% em 2020.

Além de fixar esse percentual crescente da RCL, a EC nº 86/2015 também especificou que 50% do valor das emendas individuais dos parlamentares deveria ser obrigatoriamente aplicado em ASPS, reforçando o financiamento do setor, por meio de uma complementação direta dos recursos. A inclusão de um novo piso para a saúde provocou mudanças significativas na alocação de recursos federais no SUS. Essas mudanças não podem ser consideradas uma conquista para a saúde pública, pois não garantiram parcelas crescentes do orçamento federal direcionada obrigatoriamente ao setor, uma vez que as emendas parlamentares passaram a ser contadas como valores que passaram a compor o piso da União, e não como recursos adicionais. Como resultado, os entes subnacionais foram obrigados, ao longo dos anos, a alocar cada vez mais recursos para financiamento da saúde em seus territórios.

As perdas no orçamento do Ministério da Saúde iniciaram no primeiro ano de vigência da EC nº 86/2015. Já em 2016, segundo dados disponibilizados pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) do Ministério da Saúde, o mínimo constitucional da União, previsto pela nova regra, para aplicação em ASPS era de R\$ 100 bilhões. Entretanto, pela regra anterior, considerando a despesa empenhada do exercício anterior e a variação do PIB, o valor do mínimo constitucional seria de R\$ 103,7 bilhões, ou seja, uma diminuição de recursos destinados à saúde de R\$ 3,7 bilhões em 2016.

Tabela 2.1. Mínimo Constitucional da União (2015 e 2016) para ASPS:
EC nº 29/2000 versus EC nº 86/2015

				Valores em milhões	
Regra		Valor ASPS 2015	Valor ASPS 2016	Incremento anual	Incremento anual (%)
EC 29	Valor empenhado ano anterior + variação PIB (regra antiga até 2015)	98.378,80	103.718,50	5.339,70	5,4%
EC 86	13,2% do RCL (regra nova)	-	100.247,47	1.868,67	1,9%

Fonte: SPO/MS^{8,16}.

A principal diferença entre as duas regras estava no método de ajuste. A EC nº 29/2000, ao utilizar a variação do PIB, permitia que o financiamento da saúde acompanhasse mais de perto o crescimento econômico do País, o que tende a refletir as necessidades crescentes de investimentos no setor, especialmente em cenários de expansão econômica. Por outro lado, a EC nº 86/2015, ao fixar um percentual da RCL, estabeleceu um piso, que, no entanto, transformou-se ao longo dos anos em um teto, que se limitou ao crescimento dos recursos, independentemente da expansão das demandas em ações e serviços de saúde.

Não muito tempo depois da promulgação da EC nº 86/2015, mais uma alteração. O cenário econômico e político instável na época e o *impeachment* da então Presidente Dilma Rousseff suscitaram novamente a modificação do piso federal por meio da PEC nº 241, de 15 de junho de 2016, transformada na EC nº 95, de 15 de dezembro de 2016, a chamada “PEC do Teto dos Gastos”¹⁷.

A EC nº 95/2016 introduziu o Novo Regime Fiscal, uma medida de controle orçamentário voltada a combater o desequilíbrio fiscal e estabilizar a dívida pública federal no Brasil. Essa EC prometia um conjunto de diretrizes que visava limitar o crescimento das despesas públicas primárias da União, corrigidas anualmente pelo índice oficial de inflação brasileira. Essa limitação pretendia reduzir o endividamento do Estado, promover a estabilidade econômica e restaurar a confiança dos investidores na economia brasileira.

O Novo Regime Fiscal introduzido pela EC nº 95/2016 estabeleceu um teto para o crescimento das despesas primárias da União, fixando como limite inicial o valor das despesas realizadas em 2016, ajustado pelo IPCA. Esse valor seria atualizado anualmente

com base na inflação acumulada do ano anterior, conforme índice do IPCA, e o regime permaneceria em vigor por 20 anos, com possibilidade de revisão a partir do décimo ano, mediante aprovação do Congresso Nacional¹⁸.

Um aspecto fundamental do regime era a individualização dos limites de despesas para cada Poder da União – Executivo, Legislativo e Judiciário – e para órgãos com autonomia administrativa e financeira, como o Tribunal de Contas da União (TCU), o Ministério Público e a Defensoria Pública. Com essa disposição, seria preservada a autonomia desses entes, evitando a centralização do controle financeiro nas mãos do Poder Executivo. Essa medida teria um potencial de permitir maior controle sobre os gastos públicos, estabelecendo uma responsabilidade fiscal distribuída e, ao mesmo tempo, descentralizada. Certas categorias de despesa foram excluídas do limite estabelecido pelo Novo Regime Fiscal, como as transferências constitucionais a estados e municípios, as despesas eleitorais, os créditos extraordinários e as capitalizações de empresas estatais não dependentes¹⁸. Essas exceções visavam proteger investimentos estratégicos e salvaguardar as obrigações constitucionais, que supostamente asseguravam que recursos essenciais para a execução de políticas públicas prioritárias não seriam prejudicados.

O contexto demonstrado pelo governo federal de deterioração fiscal, evidenciado pelo aumento da dívida pública, justificou, à época, a adoção do Novo Regime Fiscal. Segundo a justificação do projeto de lei, entre 2008 e 2015, as despesas primárias da União cresceram significativamente acima da inflação enquanto a receita avançou em ritmo consideravelmente mais lento. Esse desequilíbrio contribuiu para que a dívida pública atingisse 67,5% do PIB em 2016, com projeções de crescimento exponencial. Ao estabelecer limites rígidos para as despesas, a PEC nº 241/2016 buscou estancar o avanço da dívida pública e restaurar a estabilidade fiscal no País¹⁷.

A limitação das despesas, segundo o texto de justificção do projeto de lei, também tinha como propósito aprimorar a previsibilidade e fortalecer a confiança dos mercados na gestão fiscal brasileira. Com um controle rígido do crescimento dos gastos, esperou-se criar um ambiente mais estável para a economia, atraindo investimentos e possibilitando, em longo prazo, uma redução das taxas de juros. Essa diminuição do custo do financiamento da dívida pública poderia, por sua vez, incentivar um ciclo positivo de investimentos e recuperação econômica, resultando em benefícios significativos para o desenvolvimento do Brasil.

Outro ponto na proposta era a tentativa de reduzir a volatilidade dos gastos públicos. Ao desvincular o crescimento das despesas do ciclo econômico, a EC nº 95/2016 introduziu uma dinâmica anticíclica. Em períodos de expansão econômica, os gastos não

aumentariam desproporcionalmente, evitando pressões inflacionárias; nos períodos de recessão, o regime asseguraria que os cortes nas despesas seriam moderados, reduzindo o impacto negativo sobre a economia. A correção dos limites de despesas seria realizada com base na inflação estimada para o ano subsequente.

Assim, a promulgação da EC nº 95/2016 impôs o congelamento das despesas primárias do governo federal, a princípio, por duas décadas, em um cenário de fortalecimento da agenda neoliberal e implantação de políticas de austeridade. Na saúde, o teto de gastos determinou o congelamento, em termos reais, da aplicação mínima federal a partir de 2018, no patamar do ano anterior, com a desvinculação do gasto das receitas arrecadadas pela União, culminando com diminuição dos recursos disponíveis para o SUS¹⁰. Embora o regime preservasse as despesas mínimas obrigatórias com saúde e educação, as correções desses valores foram baseadas exclusivamente na inflação. Essa mudança limitou o potencial de expansão de recursos para esses setores em períodos de crescimento da arrecadação fiscal, o que restringiu investimentos adicionais em saúde e educação.

Estudos publicados à época demonstraram as perdas para o SUS durante os possíveis 20 anos de vigência da EC nº 95/2016. Nota técnica publicada no ano de 2016 por Conass e Conasems já demonstrava a preocupação das entidades de representação dos gestores estaduais e municipais da saúde sobre a proposta¹⁹.

Quadro 2.4. Impacto nas despesas com ASPS da União – EC nº 86/2015 versus PEC nº 241/2016 – previstas para os 20 anos de vigência

Ano	RCL	Gasto federal com saúde (ASPS)								Perda com a PEC 241	
		EC 86				PEC 241					
	R\$ bilhões	R\$ bilhões	R\$ bilhões (atualizado IPCA 2016)	Participação do PIB (%)	Participação na RCL (%)	R\$ bilhões	R\$ bilhões (atualizado IPCA 2016)	Participação do PIB (%)	Participação na RCL (%)	Em % do orçamento calculado pela EC 86	Em R\$ bilhões de 2016
2017	733,2	100,4	95,4	1,51	13,7	97,5	92,6	1,47	13,3	-3,0%	-2,82
2026	1.302,2	195,3	124,8	1,65	15,0	146,0	93,3	1,24	11,2	-25,3%	-31,55
2036	2.465,1	369,8	152,2	1,65	15,0	226,7	93,3	1,01	9,2	-38,7%	-58,89
				Perda estimada 2017- 2036							-654,04

Fonte: Nota sobre a PEC nº 241/2016 – Conasems/Conass¹⁹.

Segundo a Nota Técnica, os gestores manifestaram sua preocupação, visto que congelar por 20 anos recursos financeiros federais destinados ao SUS, que ano a ano cresce segundo as necessidades da população, era ignorar a regra constitucional que estabelece o direito à saúde garantido mediante políticas econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As medidas propostas uma vez implementadas poderiam estabelecer a retração de recursos financeiros no montante de R\$ 654,04 bilhões ao longo dos 20 anos previstos. Seria agravar ainda mais a asfixia financeira que o SUS atravessava, uma vez que o aumento do desinvestimento, do desemprego e da própria queda da renda forçaria ainda mais as pessoas a buscarem o SUS¹⁹. Além disso, era necessário considerar o crescimento natural da população, sua maior longevidade, bem como o aumento das doenças crônicas. As manifestações surtiram efeito: o congelamento proposto pela EC nº 95/2016 para o orçamento da saúde só teve início em 2018, tendo como base não o valor do piso de 2016, mas sim o valor do piso de 2017, já sob a égide da EC nº 86/2015 (15% da RCL), o que viabilizou um aumento do valor da base de cálculo em mais de R\$ 15 bilhões.

Em 2021, a EC nº 95/2016 foi novamente alterada pela EC nº 113, de 8 de dezembro de 2021²⁰. As críticas sobre a inviabilidade do teto de gastos em médio e longo prazo demonstraram a ineficiência em controlar o crescimento das despesas públicas. Essas mudanças foram vistas como uma forma de flexibilizar temporariamente o teto de gastos em resposta a situações excepcionais, como o aumento de despesas sociais e o pagamento de precatórios.

A EC nº 113/2021 introduziu alterações importantes para o teto de gastos, abrindo espaço fiscal no orçamento, especialmente com o intuito de viabilizar o pagamento de benefícios sociais e precatórios, além de estabelecer novas regras para a gestão das despesas públicas. Uma das principais mudanças foi a modificação do cálculo do limite do teto de gastos para o ano de 2022, passando a considerar a inflação acumulada de janeiro a dezembro de 2021 em vez do período de julho a junho como previa a regra original. A criação de um regime especial de pagamento de precatórios, com possibilidade de parcelamento e negociação de dívidas, também foi uma medida adotada para aliviar a pressão sobre o orçamento e, assim, o teto de gastos.

Dessa forma, a EC nº 113/2021 permitiu o aumento de recursos para programas sociais, como o piso federal para o SUS. Assim, a aplicação mínima de ASPS do gestor federal passou a ser o valor do mínimo do exercício imediatamente anterior, corrigido pelo IPCA realizado de janeiro a junho e estimado de julho a dezembro do ano de elaboração orçamentária.

Quadro 2.5. Demonstrativo do impacto da EC nº 113/21 no piso da União para financiamento ASPS para 2022 - R\$ bilhões

	EC nº 95/2016	EC nº 113/2021
Mínimo ASPS Federal	134,48	139,62
Incremento Estimado	5,45	

Fonte: elaboração própria com base em valores do PLOA 2022 SPO/SE/MS; Banco Central do Brasil; IBGE/ME.

Todavia, apenas um ano após a promulgação da EC nº 113/2021, foi promulgada a EC nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Conhecida como a “PEC da Transição”, definiu, entre outras coisas, que a regra do teto de gastos federal, criada pela EC nº 95/2016, seria substituída, até agosto de 2023, por um novo arcabouço de regras fiscais, por meio de envio de PLC ao Congresso Nacional²¹.

Além disso, a EC nº 126/2022 trouxe modificações à Constituição Federal com o objetivo de estabelecer novas diretrizes para as emendas individuais ao Projeto de Lei Orçamentária (Ploa) e de ajustar o ADCT, de modo a excluir determinadas despesas dos limites impostos pelo teto de gastos. Essa emenda também definiu regras específicas aplicáveis ao período de transição da Presidência da República na Lei Orçamentária de 2023.

Entre os principais pontos, a EC nº 126/2022 excluiu, do limite de gastos, despesas relacionadas com projetos socioambientais financiados por doações, além de despesas de instituições de ensino e inovação científica custeadas com receitas próprias ou provenientes de convênios. Adicionalmente, a emenda estabeleceu um acréscimo de R\$ 145 bilhões ao limite de despesas para o exercício financeiro de 2023, o que possibilitou um aumento na capacidade de investimento do governo em áreas estratégicas.

Outra diretriz importante trazida pela EC nº 126/2022 era a determinação de envio ao Congresso Nacional, até agosto de 2023, de um PCL que instituísse um Novo Regime Fiscal sustentável. Esse novo regime buscava substituir a regra do teto de gastos estabelecida pela EC nº 95/2016 com vistas a assegurar a estabilidade macroeconômica do País e, ao mesmo tempo, teria potencial de criar condições adequadas para o crescimento socioeconômico.

A regra do Teto de Gastos federal alterou os mínimos constitucionais destinados à ASPS, e em ações de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE). Antes do Novo Regime Fiscal introduzido com a EC nº 95/2016, a Constituição Federal determinava a aplicação mínima da União de 18% da Receita Resultante de Impostos (RRI) na Educação

(art. 212, CF) e de 15% da RCL na Saúde (art. 198, CF)¹¹. Com a revogação do Teto de Gastos federal introduzido pela EC nº 95/2016, voltam a valer os pisos antigos para Saúde e Educação (já que as modificações feitas pela EC nº 95/2016 estavam na parte “transitória” da Constituição, a ADCT)²¹.

Não obstante a mudança positiva por meio da EC nº 126/2022, ainda restava a regulamentação por meio de LC que foi materializada em 2023, por intermédio da LC nº 200, de 30 de agosto de 2023¹⁴. A LC nº 200/2023 instituiu o regime fiscal sustentável e, em resumo, revogou os arts. 106, 107, 109, 110, 111, 111-A, 112 e 114 do ADCT, que perfaziam o “Novo Regime Fiscal” instituído pela EC nº 95/2016.

No entanto, persistia o debate sobre o cumprimento do piso constitucional do ano de 2023. Embora a emenda do teto de gastos tenha sido revogada com a aprovação do novo arcabouço fiscal, com consequente retorno do piso federal em ASPS ao patamar de 15% da RCL da União, passaram a circular na mídia manifestações contrárias à manutenção das aplicações mínimas em saúde e em educação, sob a alegação de que constituem ameaças ao cumprimento da nova regra fiscal e ao financiamento de outras políticas públicas²². Por outro lado, mesmo com a redação da EC nº 86/2015, o governo federal afirmava que, somente a partir do exercício de 2024, a União estaria sob a égide da EC nº 86/2015.

Adicionalmente, o Congresso Nacional aprovou, no bojo da LC nº 201, de 24 de outubro de 2023, que trata de compensação financeira devida pela União aos demais entes da Federação, um dispositivo que alterou a forma de cálculo do piso federal em ASPS em 2023¹². O art. 15 dessa lei determinou que, em 2023, o cálculo da aplicação mínima de 15% da RCL passou a ser baseado na receita estimada na Lei Orçamentária Anual (LOA), e não na receita realizada durante o exercício financeiro como tradicionalmente era feito. Na LOA 2023, a RCL estimada foi de R\$ 1,14 trilhão enquanto a receita realizada nos últimos 12 meses, até agosto de 2023, alcançou R\$ 1,21 trilhão.

Nesse ínterim, o Relatório do TCU que acompanha o parecer prévio sobre a prestação de contas anual do Presidente da República do exercício de 2023 abordou a alteração nos regimes fiscais. Nele, destacou que o Ministro da Fazenda formulou uma consulta, registrada em 29 de setembro de 2023, sobre a aplicabilidade dos limites mínimos de custeio nas despesas com MDE e ASPS. Esses limites eram calculados conforme a regra geral estabelecida pela EC nº 95/2016, que utilizava o IPCA como fator de correção, com base na despesa paga em 2016. Em consonância com essa regra, a Lei nº 14.535/2023 (LOA 2023) aprovou o custeio de MDE e ASPS nos moldes da EC nº 95/2016²³.

O relatório ainda esclareceu, conforme a consulta, que “o caráter anual do ciclo do exercício orçamentário e financeiro impede que uma mudança intermediária no regime fiscal cause uma reprogramação abrupta dos custeios mínimos das ASPS e MDE”, concluindo que “o exercício de 2023 permanece submetido ao regime fiscal vigente à época da promulgação da Lei Orçamentária de 2023” e aponta o cumprimento do piso constitucional.

No entanto, mesmo com o cumprimento do piso constitucional atestado pelo TCU, especialistas apontam mais uma vez a redução do piso federal. Segundo Vieira et al.²², com base na RCL realizada, a aplicação mínima em ASPS seria de R\$ 181,1 bilhões, em comparação aos R\$ 170,8 bilhões calculados a partir da estimativa da LOA, resultando em uma diferença de R\$ 10,3 bilhões.

Segundo Pinto et al.²⁴, a União deveria priorizar a aplicação dos pisos no exercício de 2023 ainda que isso exigisse reestruturações emergenciais no orçamento. Muito há por ser feito em relação ao aprimoramento qualitativo dos pisos em saúde e educação, mas negar-lhes os recursos constitucionalmente vinculados é a forma mais abusiva de encerrá-los em um círculo vicioso de precarização fiscal, baixo apreço social pelos correspondentes serviços públicos, aumento da demanda pelos seus congêneres serviços privados e desvios que impedem a consecução dos respectivos planos setoriais²⁴.

Vale registrar que a LC nº 200/2023 reafirmou a importância dos pisos constitucionais para saúde e educação como pilares do financiamento público. Assim, o debate em torno da aplicação imediata dos novos limites orçamentários expõe os desafios do equilíbrio fiscal ante as demandas sociais, mas também demonstra que os direitos fundamentais, garantidos pela Constituição, não podem ser flexibilizados em nome de conveniências administrativas.

2.3 APLICAÇÃO DO MÍNIMO CONSTITUCIONAL PELOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Conforme mencionado, a LC nº 141/2012 regulamentou o piso constitucional, estabelecendo que os estados e o Distrito Federal devem destinar 12%, e os municípios, 15% de suas receitas próprias para ASPS. Segundo os dados (gráfico 2.2) extraídos na página do Ministério da Saúde dedicada ao Siops, observa-se que os entes subnacionais têm aumentado progressivamente os gastos em saúde, o que é refletido na aplicação dos percentuais mínimos exigidos pelo piso constitucional.

Tabela 2.2. Percentual de aplicação em ASPS nos municípios por faixa populacional

%R.Próprios em Saúde-EC 29 por Faixa Pop segundo Ano Período: 2012-2023								
Ano	Até 5.000 hab	De 5.001 a 10.000 hab	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	De 50.001 a 100.000 hab	De 100.001 a 200.000 hab	De 200.001 a 400.000 hab	Acima de 400.001
2012	19.64	20.75	21.1	21.43	21.91	22.05	22.77	20.99
2013	20.04	21.35	22.08	22.51	23.26	22.94	23.8	21.27
2014	20.77	22.16	22.98	23.37	24.09	24.28	25.01	21.83
2015	20.64	21.85	22.78	23.32	24.43	24.37	25.23	22.66
2016	20.22	21.61	22.54	22.87	24.62	24.84	25.48	24.48
2017	21.58	22.63	23.68	24.01	24.92	24.78	25.33	24.21
2018	20.39	21.63	22.39	22.78	23.91	23.69	24.73	22.55
2019	20.55	21.68	22.46	22.6	23.83	23.7	25.04	22.01
2020	21.56	22.59	23.52	23.61	24.41	24.43	25.47	23.22
2021	20.39	21.83	22.94	23.15	23.75	24.06	24.04	22.3
2022	20.67	22.32	23.17	23.69	24.03	24.28	24.83	23.02
2023	21.54	22.94	23.78	24.42	25.06	25.2	25.42	23.73

Fonte: Siops/MS, extraído em 7 de dezembro de 2024.

A tabela 2.2 demonstra que, entre 2012 e 2023, todos os grupos populacionais de municípios aplicaram médias percentuais de recursos próprios em saúde acima do piso constitucional de 15%. Os municípios menores, com até 5 mil habitantes, registraram crescimento de 19,64% em 2012 para 21,54% em 2023. Já os maiores, com mais de 400.001 habitantes, alcançaram 23,73% em 2023. O destaque foi para a faixa de 200.001 a 400.000 habitantes, que apresentou o maior percentual em 2023, com 25,42%. Apesar de oscilações pontuais em algumas faixas, os dados confirmam o cumprimento consistente do piso constitucional por todas as faixas populacionais ao longo do período.

Para os estados, conforme a tabela 2.3, os percentuais de aplicação do piso constitucional, mostram que grande parte dos estados brasileiros se manteve em conformidade com o piso constitucional de 12%, com algumas oscilações ao longo dos anos.

Tabela 2.3. Percentual aplicação estadual em ASPS

3.2 %R.Próprios em Saúde-EC 29 por Ano segundo UF Período: 2012-2023												
UF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Rondônia	12.13	14.28	13.52	14.53	12.89	14.69	13.01	13.02	13.76	13.25	14.23	15.66
Acre	16.31	16.64	17.32	15.37	14.25	15.05	14.23	13.07	14.57	13.2	15.64	15.59
Amazonas	21	22.87	22.21	20.78	22.32	17.81	19.44	16.34	20.62	18.57	20.01	19.3
Roraima	14.16	17.31	12.23	16.03	16.58	18.37	18.21	16.33	12.1	17.06	19.87	17.73
Pará	13.54	13.54	12.97	13.66	13.9	14.9	15.26	13.97	15.46	14.45	13.93	13.92
Amapá	12.54	15.57	13.39	14.08	16.7	12.45	12.93	13.28	19.44	17.75	15.4	19.39
Tocantins	18.48	20.68	21.47	19.17	17.95	18.03	16.46	16.79	15.6	16.51	17.4	18.2
Maranhão	12.45	12.43	13.62	13.49	12.31	14.08	14.46	14.37	15.11	15.67	14.67	15.1
Piauí	11.64	12.74	13.39	13.52	12.31	12.76	12.26	12.06	16.02	14.59	15.59	14.05
Ceará	13.77	13.83	15.76	14.25	13.8	14.65	15.45	13.43	16.54	15.68	16.99	16.44
Rio Grande do Norte	14.15	13.89	13.88	15.2	12.44	12.15	10.56	12.2	14.4	12.69	13.49	12.63
Paraíba	13.45	13.44	13.69	13	12.51	13.66	12.27	12.22	12.4	12.7	12.97	14.45
Pernambuco	15.74	14.96	16.58	16.23	15	16.35	15.35	14.98	16.58	17.21	18.82	17.6
Alagoas	12.06	12.11	12.06	12.95	12.19	12.34	12.16	12.08	12.56	16.27	17.23	13.74
Sergipe	12.77	12.93	12.72	12.4	12.15	12.14	12.32	12.28	12.59	14.5	16.56	15.84
Bahia	12.19	12.02	12.94	12.45	12.26	13	12.05	12.97	13.26	13.31	14.75	15.32
Minas Gerais	12.03	12.29	12.15	12.3	12.38	12.09	10.22	12.75	12.29	12.55	12.16	12.15
Espírito Santo	13.24	15.95	18.53	18.99	18.12	18.75	18.96	17.57	16.9	14.51	15.66	17.19
Rio de Janeiro	12.1	12.04	12.06	12.34	10.35	12.22	12.16	12.05	12.03	12.55	12.84	12.34
São Paulo	12.43	12.43	12.46	12.5	13.19	13.24	13.37	13.32	13.97	12.73	12.85	12.71
Paraná	9.94	11.22	12.29	12.03	12.08	12.07	12.17	12.21	12.96	12.27	12.4	12.29
Santa Catarina	12.14	12.02	12.37	12.87	12.82	13	14.1	12.91	14.63	14.45	15.51	14.79
Rio Grande do Sul	9.71	12.47	12.72	12.2	12.13	12.25	12.16	12.15	12.15	12.19	12.16	12.18
Mato Grosso do Sul	12.06	12.5	12.11	16.67	16.39	18.05	14.17	14.04	14.39	14.31	13.59	12.31
Mato Grosso	12.67	12.58	12.6	13.01	14.12	12.5	12.21	12.18	12.46	13.31	14.63	14.49
Goiás	12.12	11.72	12.7	12.07	12.03	12.09	12.11	12.17	12.78	13.5	13.62	14
TOTAL	13.26	14.02	14.14	14.31	13.97	14.18	13.77	13.49	14.45	14.45	15.11	14.98

Fonte: Siops/MS, extraído em 7 de dezembro de 2024.

Estados como Rondônia, Acre, Amazonas, Pará e Pernambuco apresentam percentuais frequentemente superiores ao mínimo exigido, com destaque para o Amazonas, que atingiu valores acima de 20% em diversos anos, incluindo 2020 (20,62%) e 2022 (20,01%). Pernambuco também manteve percentuais elevados, encerrando 2023 com 17,6%. Estados como Alagoas, Sergipe e Goiás demonstraram progressos ao longo do período, com elevações no percentual de aplicação, ainda que tenham enfrentado algumas flutuações em anos específicos. Sergipe, por exemplo, alcançou 15,84% em 2023, acima do piso.

Entre os estados que não cumpriram o piso constitucional em algum momento, estão Minas Gerais, que não atingiu o mínimo em 2018 (10,22%), Rio Grande do Sul, com percentuais abaixo de 12% em 2012 (9,71%), e Paraná, que apresentou 9,94% no mesmo ano. O estado de Goiás também apresentou anos críticos, como em 2013, quando atingiu apenas 11,72%. Por outro lado, estados como Amazonas, Espírito Santo, Pernambuco e Ceará consistentemente ultrapassaram o piso constitucional, com destaque para o Amazonas, que alcançou percentuais acima de 20% em diversos anos, como 2020 (20,62%) e 2022 (20,01%). O Espírito Santo destacou-se por apresentar os maiores percentuais entre 2014 e 2018, atingindo 18,96% em 2018, embora tenha demonstrado uma queda gradual nos anos seguintes, encerrando 2023 com 17,19%.

O crescimento das aplicações de recursos próprios em saúde evidencia desigualdades entre municípios e estados. Municípios maiores, com maior capacidade arrecadatória, mantiveram crescimentos consistentes enquanto os menores enfrentaram maior volatilidade devido a limitações financeiras. Apesar de todos os municípios aplicarem acima do piso constitucional de 15%, as diferenças na capacidade de investimento reforçam a necessidade de políticas públicas que promovam uma distribuição mais equilibrada e equitativa dos recursos.

Nos estados, embora o piso constitucional de 12% tenha sido amplamente cumprido, alguns enfrentaram dificuldades em manter a sustentabilidade do financiamento, especialmente em regiões do Norte e do Sul, que apresentaram diferenças marcantes nos percentuais de aplicação. Esses desafios destacam a urgência de estratégias para reduzir desigualdades regionais e fortalecer o financiamento público em saúde de forma sustentável e equitativa.

2.4 TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS E FUNDOS DE SAÚDE

Como já observado, a Constituição Federal de 1988 redefiniu profundamente o modelo de saúde pública no Brasil ao consolidar a saúde como direito de todos e dever do Estado. Essa diretriz impôs ao poder público a responsabilidade pela formulação e execução de políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como

à promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, as ações e os serviços de saúde foram qualificados como de relevância pública, submetendo-as à regulamentação, à fiscalização e ao controle estatal, ainda que admitida a execução indireta por entidades privadas. Nesse contexto, instituiu-se o SUS, organizado de maneira regionalizada e hierarquizada, com base nos princípios da universalidade, descentralização político-administrativa, da integralidade, gratuidade e da participação comunitária¹¹.

A efetividade desses princípios constitucionais exigiu o estabelecimento de mecanismos que viabilizassem o financiamento descentralizado das ASPS. Dentre esses instrumentos, destaca-se a criação dos Fundos de Saúde, em cada esfera de governo, como unidades orçamentárias e gestoras essenciais à gestão dos recursos vinculados ao setor saúde. A criação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), autorizada pelo Decreto-Lei nº 701, de 1969, e regulamentada pelo Decreto nº 64.867 do mesmo ano, foi precursora da institucionalização desse modelo, que posteriormente se consolidou com a promulgação da Constituição de 1988.

A transferência de recursos financeiros na modalidade FAF emerge como mecanismo central para garantir a descentralização administrativa e a autonomia dos entes subnacionais no âmbito do SUS. Essa sistemática permite o repasse direto de recursos da União aos Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais, buscando conferir celeridade, eficiência e aderência às realidades locais, sem a necessidade de formalização de convênios para o custeio de ações contínuas.

No tocante à natureza jurídica, os Fundos de Saúde são caracterizados como fundos públicos especiais, instituídos por lei específica, em consonância com o disposto na Constituição Federal e na Lei nº 4.320/1964. Esses fundos reúnem receitas vinculadas à execução de objetivos determinados, admitindo normas peculiares de movimentação e aplicação dos recursos²⁵. O Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP) estabelece diretrizes para o reconhecimento, a contabilização e o controle das receitas e despesas relativas às transferências FAF, reforçando a obrigatoriedade da vinculação dos recursos e da prestação de contas transparente e tempestiva²⁶.

É importante destacar que, embora possuam inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) na condição de matriz, os Fundos de Saúde não possuem personalidade jurídica própria, o que lhes impede de praticar atos típicos de entes autônomos, como firmar contratos ou contrair obrigações jurídicas²⁶. Sua gestão compete às Secretarias de Saúde, que exercem a função de unidade gestora dos respectivos recursos, cabendo-lhes o planejamento, a execução e a prestação de contas dos gastos realizados.

Para assegurar o repasse regular dos recursos, a legislação exige dos entes federativos a observância de condições específicas, tais como a existência formal de Fundo de

Saúde, a instalação e funcionamento de Conselho de Saúde com composição paritária, a elaboração e a aprovação de Plano de Saúde, bem como a produção de Relatórios de Gestão^{27,28}. Tais exigências visam não apenas garantir a capacidade técnica e administrativa dos entes, mas também fomentar o controle social sobre a aplicação dos recursos públicos.

A definição dos montantes transferidos FAF observa critérios técnicos objetivos, fixados no art. 35 da Lei nº 8.080/1990 e reforçados pela LC nº 141/2012, que incluem o perfil demográfico e epidemiológico da população, a capacidade instalada da rede de serviços de saúde, o desempenho técnico, econômico e financeiro do ente no período anterior, entre outros. Esses parâmetros buscam assegurar uma distribuição equitativa dos recursos e a efetividade do princípio da equidade, tão caro ao SUS.

A primeira ordem bancária emitida na modalidade FAF pelo FNS ocorreu somente em 10 de março de 1998 por ocasião da transferência legal do Piso de Atenção Básica – PAB aos municípios habilitados neste programa.

Figura 2.1. Demonstrativo de repasse – Siafi – Pagamento – PAB

```

_  SIAFI98-DOCUMENTO-CONSULTA-CONOB (CONSULTA ORDEM BANCARIA)
12/04/22  16:08                                USUARIO :
DATA EMISSAO      : 10Mar98  TIPO DE OB   : 13      NUMERO   : 980801590
UG/GESTAO EMITENTE: 257001 / 25901 - FUNDO NACIONAL DE SAUDE
BANCO : 001  AGENCIA : 0452  CONTA CORRENTE : 997380632
FAVORECIDO      : 00000000/0452-92 - BANCO DO BRASIL SA
BANCO : 001  AGENCIA : 0452  CONTA CORRENTE : BANCO
NUMERO BANCARIO  : 000607431-6  RE00097  PROCESSO :
                               INVERTE SALDO : NAO  VALOR :      27.192.895,39

OBSERVACAO
PAGAMENTO DO PISO DE ATENCAO BASICA/ PAB, COMPETENCIA FEVEREIRO/98,A DIVERSAS
PREFEITURAS MUNICIPAIS HABILITADAS.

EVENTO INSCRICAO 1  INSCRICAO 2  CLASSIF.1 CLASSIF.2  V A L O R
530355 980801392    0177000000    418000000    27.192.895,39

LANCADO POR :                                UG : 257001  10Mar98  08:12
PF1=AJUDA PF3=SAI PF4=ESPELHO PF12=RETORNA

MR  a                                          01/001
    
```

Fonte: SIAFI

No tocante às modalidades de transferências, a sistemática FAF é realizada de forma regular, com periodicidade previamente estabelecida em atos normativos do Ministério da Saúde, e automática, sem necessidade de instrumentos formais de ajuste.

A compreensão das modalidades de transferência de recursos no âmbito do SUS fundamenta-se em distintas normativas vigentes, que delineiam os conceitos operacionais a seguir expostos.

A transferência FAF refere-se ao repasse de recursos financeiros do FNS aos Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, destinados ao financiamento de investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial, hospitalar e às demais ações e serviços de saúde. Trata-se de mecanismo disciplinado pela Lei nº 8.142/1990, art. 2º, parágrafo único²⁸. Ressalte-se que, no cenário intergovernamental, também é possível a realização de transferências de Fundos de Saúde Estaduais para Fundos Municipais, utilizando-se também de recursos próprios.

A transferência regular FAF caracteriza-se pela realização periódica e contínua de repasses do FNS aos Fundos de Saúde Estaduais, Distrital e Municipais, em conformidade com periodicidades previamente definidas. As transferências também ocorrem de Fundos Estaduais para Municipais com recursos próprios, respeitando a autonomia dos entes federativos.

A transferência automática FAF, por sua vez, consiste no repasse de recursos do FNS para os Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, independentemente da necessidade de celebração de convênios ou instrumentos congêneres. Da mesma forma, essa prática também se verifica de Fundos Estaduais para Municipais, mediante a utilização de receitas próprias.

Dessa conceituação, depreende-se que a transferência regular e automática FAF se traduz na realização periódica e contínua de repasses financeiros entre fundos de saúde, sem a exigência de formalização de convênios ou instrumentos similares, garantindo, assim, maior celeridade e efetividade à execução das ASPS no âmbito do SUS.

As transferências realizadas pela União aos entes subnacionais podem ser classificadas em constitucionais, legais e voluntárias. As constitucionais decorrem da repartição de receitas tributárias prevista na Constituição Federal; as legais são instituídas por leis ordinárias ou complementares; e as voluntárias são efetivadas por meio de convênios ou contratos de repasse, regulados pelo Decreto nº 11.531/2023, e envolvem a execução de projetos de interesse comum entre os entes federados.

Conforme disposto no Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023²⁹, as transferências voluntárias de recursos da União para outros entes subnacionais podem ser operacionalizadas por meio dos seguintes instrumentos:

- I. Convênio, que se configura como o instrumento jurídico que, na ausência de legislação específica, regula a transferência de recursos financeiros oriundos do Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, destinados à execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, em regime de mútua colaboração entre os partícipes.
- II. Contrato de repasse, por sua vez, é o instrumento de natureza também colaborativa, mediante o qual a transferência de recursos financeiros é realizada por intermédio de instituição financeira oficial federal ou agente financeiro mandatário da União, incumbido da execução operacional do ajuste.

O marco regulatório consolidado pela LC nº 141/2012 reforçou a obrigatoriedade da execução das ASPS exclusivamente por meio dos respectivos Fundos de Saúde e vedou a imposição de restrições que comprometam a entrega dos recursos destinados à saúde, exceto pela exigência de requisitos mínimos de gestão, como a existência do fundo, do conselho de saúde e do plano de saúde. Ademais, essa legislação determinou que os recursos transferidos pela União devem ser depositados em contas específicas abertas em instituições financeiras oficiais federais, assegurando a rastreabilidade e a transparência da aplicação dos recursos.

É importante destacar que a gestão dos recursos é de responsabilidade dos gestores locais da saúde e que o Fundo de Saúde não está isento do controle pelos Tribunais de Contas e do acompanhamento pelo Poder Legislativo, garantindo a observância dos princípios constitucionais da administração pública. O comando único previsto no art. 198 da Constituição e no art. 9º da Lei nº 8.080/1990 refere-se à unidade de gestão técnica, administrativa e financeira no âmbito do SUS e não exclui a sujeição aos mecanismos de fiscalização e controle²⁷.

Assim, a adequada estruturação e funcionamento dos Fundos de Saúde constituem-se como elementos imprescindíveis para assegurar a efetividade do financiamento descentralizado, a transparência na gestão dos recursos públicos e, em última instância, a promoção do direito fundamental à saúde para toda a população brasileira.

Conforme demonstrado a seguir, fica evidente a diferença que há entre as transferências na modalidade FAF e as transferências que utilizam o instrumento convênio.

Quadro 2.6. Modalidades de transferência utilizadas para repasses federais

	Transferências por:	
	Fundo a Fundo	Convênio
Base Legal:	Lei Complementar nº 141/2012;	Decreto nº 11.531/2023;
Favorecidos:	Fundos de Saúde dos Entes Subnacionais;	Fundos de Saúde dos Entes Subnacionais; Entidades privadas sem fins lucrativos;
Condições:	Fundo de Saúde e Conselho de Saúde instituído e em funcionamento; Elaboração do Plano de Saúde;	Estar habilitado conforme normas vigentes. Vide Cartilha para Apresentação de Propostas ao MS 2024 – https://portalfns.saude.gov.br
Características:	Ações continuadas;	Projetos específicos;
Comprovação do gasto:	RREO – Relatório Resumido De Execução Orçamentária quadrimestral, RAG – Relatório Anual de Gestão;	PC – Prestação de Contas e RAG;
Instrumentos Utilizados:	Plano de Saúde (plurianual); PAS – Programação Anual de Saúde;	Plano de Trabalho/Plano de Aplicação,
Prazo de envio comprovações:	RREO – em maio, setembro e fevereiro de cada exercício; RAG – até 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira;	Conforme normas específicas de acordo com o montante de recursos públicos envolvidos; É fixada no instrumento de repasse;
Aprovação dos Relatórios:	Conselho de Saúde do Ente Subnacional, Casa Legislativa do Ente Subnacional.	Ministério da Saúde.

Fonte: elaboração própria.

A cronologia a seguir é importante para a compreensão das transferências na modalidade FAF:

Quadro 2.7. Marco Regulatório das transferências fundo a fundo

Ano	Marco Regulatório e Fatos importantes para as transferências na modalidade Fundo a Fundo
1964	Lei nº 4.320 – Estabelece normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal
1969	Decreto-Lei nº 701 e Decreto nº 64.867 – Instituem o Fundo Nacional de Saúde;
1988	Promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil;
1990	Lei nº 8.080 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Lei nº 8.142 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
1992	Decreto nº 1.232 – Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências;
1995	Decreto nº 1.651 – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde;
1998	Emitida a primeira ordem bancária na modalidade fundo a fundo pelo Fundo Nacional de Saúde para pagamento do Piso de Atenção Básica – PAB aos municípios habilitados;
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;
2007	Portaria GM/MS nº 204 – Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
2012	Lei Complementar nº 141 – 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 n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
2017	Portaria GM/MS nº 3.992 – Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.
2022	Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 2.119 – Dispõe sobre o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ).
2024	Documento Tripartite assinado pelo Ministério da Saúde, Conass e Conasems reforçando a governança na distribuição dos recursos e fortalecendo a Comissão Gestora Tripartite (CIT) como instância de regulamentação das transferências (https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:f459292d-d25a-4d25-bd87-1dc327824962).

Fonte: elaboração própria.

A observância rigorosa dos instrumentos de planejamento do SUS revela-se imprescindível para a correta execução dos recursos transferidos na modalidade FAF. Esses instrumentos devem ser utilizados de maneira adequada, orientando a alocação e a execução das despesas e receitas públicas em consonância com a política de saúde definida nos respectivos planejamentos e com o conjunto das normas aplicáveis à matéria. O respeito a esse arcabouço assegura a integração entre o planejamento, o orçamento e a execução financeira, fortalecendo a transparência e a efetividade da gestão em saúde.

Em setembro de 2024, um importante documento foi firmado pelo Ministério da Saúde, pelo Conass e pelo Conasems, detalhando aspectos estratégicos para a gestão de recursos no âmbito do SUS. Esse documento reforça a necessidade de uma governança tripartite sólida, pautada pelo compromisso com a transparência e pela responsabilidade compartilhada na aplicação dos recursos públicos.

Dentre os pontos destacados, ressalta-se o papel fundamental da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como instância de pactuação e regulamentação dos critérios de distribuição de recursos federais para a saúde, em conformidade com o disposto na LC nº 141/2012 e conforme a orientação estabelecida no Acórdão nº 2.888/2015 do TCU. O Acórdão propõe a integração de incentivos financeiros, com o objetivo de simplificar as transferências e reduzir a sobrecarga normativa que atualmente recai sobre os entes federativos.

A Portaria GM/MS nº 3.992/2017 é reconhecida como um marco no processo de simplificação do financiamento do SUS, ao consolidar os recursos em apenas dois blocos – custeio e investimento –, conferindo maior flexibilidade financeira aos gestores locais. Essa estrutura busca compatibilizar a execução financeira com Planos de Saúde, as Programações Anuais de Saúde (PAS) e com as respectivas LOA, fortalecendo a vinculação dos recursos aos planejamentos territoriais³⁰.

Ainda nesse contexto, o documento firmado em 2024 enfatiza a necessidade de integração eficaz entre as emendas parlamentares, Plano de Saúde e a PAS dos entes federativos, assegurando que os aportes financeiros extraordinários estejam alinhados às prioridades locais e às necessidades de saúde da população. Ressalta, ademais, a importância de uma governança colaborativa e estratégica, que promova não apenas a eficiência na gestão dos recursos, mas também a ampliação da transparência e do controle social, elementos indispensáveis para a construção de uma gestão pública democrática e responsiva.

É igualmente necessário manter o enfoque no aprimoramento contínuo dos mecanismos de monitoramento, acompanhamento e avaliação da execução dos recursos

transferidos na modalidade FAF. A transparência perante a sociedade e os órgãos de controle é condição indispensável para consolidar definitivamente esse modelo de financiamento, superando eventuais equívocos que ainda confundem as transferências regulares e automáticas com o regime de convênios.

Em face do exposto, os Fundos de Saúde constituem-se em instrumentos estratégicos para a gestão dos recursos destinados ao financiamento das ASPS em todas as esferas de governo. Sua importância transcende a dimensão meramente operacional, pois os fundos também desempenham função central no planejamento setorial ao permitir que os gestores tenham uma visão integrada e precisa dos recursos disponíveis, das despesas realizadas e das receitas auferidas, inclusive aquelas oriundas de aplicações financeiras. Simultaneamente, os Fundos de Saúde fortalecem o controle e a *accountability* da gestão pública em saúde, pilares essenciais para a efetividade do direito fundamental à saúde no Brasil.

2.5 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

O Siops é um sistema informatizado desenvolvido pelo Ministério da Saúde que tem o objetivo de coletar, consolidar e disponibilizar dados contábeis sobre receitas e despesas em ASPS das três esferas de governo. Sua principal finalidade é garantir a transparência e o cumprimento das normas legais que determinam a aplicação mínima de recursos na saúde conforme estabelecido pela LC nº 141/2012¹³. O sistema é um importante instrumento de transparência, que visa garantir a adequada aplicação dos recursos públicos na área da saúde.

Por meio dele, é possível acompanhar a execução orçamentária dos estados e municípios, identificando possíveis irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão dos recursos. O Siops contribui para o fortalecimento do planejamento e da avaliação das políticas públicas de saúde, permitindo uma maior efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Como tal, é o banco de dados utilizado no presente estudo, que realiza análise detalhada dos impactos fiscais e operacionais dos gastos com ASPS no Brasil.

Linha do tempo Siops³¹:

- Até 1990 – carência de mecanismos de monitoramento, controle e transparência ou de informações consolidadas sobre os recursos aplicados no SUS.
- 1994 – A Procuradoria-Geral da República (PGR) instaurou dois Inquéritos Cíveis Públicos (nº 001/94 e nº 002/94) a fim de desenvolver um sistema para consolidar dados e informações com gastos em saúde pública no SUS.

- 1996 – O processo tomou força na 10ª Conferência Nacional de Saúde com a parceria entre o Conselho Nacional de Saúde, o DataSUS e o Ministério Público.
- 1999 – A Portaria Interministerial nº 529, de 30 de abril de 1999, pode ser entendida como marco legal de criação do Siops. Equipes conjuntas do Ministério da Saúde e PGR deram início ao projeto de implantação do Siops, incluindo estudo de normas de elaboração orçamentária do setor saúde dentro das contas públicas.
- 2000 – A EC nº 29/2000 determina percentuais mínimos a serem aplicados em ASPS para as três esferas de gestão do SUS, aflorando a necessidade de um sistema de dados e informações.
- 2003 – A Resolução nº 322/2003 apresenta novas diretrizes para a aplicação da EC nº 29/2000, incluindo a definição da base de cálculo para os recursos mínimos a serem aplicados em ASPS e a urgência de instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle dos dados reportados.
- 2004 – A Portaria Conjunta nº 446/2004 estabeleceu as instâncias de controle do sistema, como a câmara técnica de orientação e avaliação e o núcleo estadual de apoio ao Siops, fortalecendo ainda mais a governança sobre os recursos da saúde pública no Brasil.
- 2008 – A partir da Portaria Interministerial nº 127/2008, o Siops passou a ser verificado pelo Cadastro Único de Convênios (Cauc), serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias da Secretaria do Tesouro Nacional, no que tange ao cumprimento dos limites mínimos de aplicação de recursos em saúde.
- 2012 – A LC nº 141/2012, complementada pelo Decreto nº 7.827/2012, criou a obrigatoriedade de alimentação do Siops.
- 2013 – A Portaria nº 53/2013 do Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes atualizadas para o funcionamento do sistema.
- 2017 – A Portaria de Consolidação nº 1 do Ministério da Saúde incorporou a Portaria nº 53/2013 e passou a disciplinar as normas vigentes do Siops.

O sistema busca atender a um vasto conjunto de finalidades, que incluem a centralização de registros financeiros relacionados com a saúde pública, o fornecimento de insumos para o planejamento e a formulação de políticas públicas, e a promoção da transparência por meio do acesso público às informações. Além disso, o Siops desempenha um papel crucial na padronização das informações contábeis

entre os entes federativos, permitindo uma visão consolidada dos gastos públicos em saúde e a elaboração de diagnósticos detalhados sobre o setor. Apresenta, ademais, indicadores financeiros que possibilitam à população conhecer os valores aplicados em saúde por cada UF.

A interoperabilidade é outro elemento fundamental do Siops. O sistema está integrado a plataformas como o Cauc e o DigiSUS Gestor, permitindo o intercâmbio de informações financeiras e administrativas entre diferentes bases de dados. Essa integração procura fortalecer o planejamento e a execução de políticas públicas, facilitando a fiscalização pelos órgãos de controle.

A certificação digital é um requisito obrigatório para a operação do Siops, garantindo a segurança e a autenticidade das informações transmitidas. Essa medida assegura que somente usuários autorizados, como gestores de saúde, possam homologar os dados no sistema. A ausência de homologação ou o descumprimento do percentual mínimo de aplicação em ASPS acarretam penalidades como a suspensão de transferências constitucionais e voluntárias, o que reforça a necessidade de cumprimento rigoroso das normas.

Embora o Siops seja uma ferramenta indispensável para a gestão orçamentária dos recursos que financiam o SUS, o sistema ainda enfrenta desafios que precisam ser superados para alcançar maior eficiência, confiabilidade e utilização estratégica. Melhorias na capacitação técnica, integração com outros sistemas e simplificação de processos poderiam contribuir para mitigar essas limitações e fortalecer ainda mais o papel do Siops na gestão do SUS. Apesar de sua relevância como ferramenta de monitoramento e transparência, esse sistema enfrenta algumas limitações que podem impactar seu desempenho.

No âmbito do presente estudo, algumas limitações foram observadas tanto na extração dos dados quanto na operação do sistema. Essas observações decorrem da análise dos dados para elaboração desta publicação considerando os aspectos técnicos, operacionais e normativos que dificultam a consolidação completa e precisa dos dados relacionados com os orçamentos públicos em saúde.

Uma das principais limitações observadas foi a ausência de críticas no processo de informação dos dados contábeis; como o sistema possui natureza declaratória, sua qualidade e confiabilidade estão diretamente ligadas à precisão dos dados inseridos. Discrepâncias na classificação contábil, erros de preenchimento ou atrasos na homologação podem comprometer a fidedignidade das informações, dificultando análises consistentes e confiáveis. Mesmo que o sistema aplique penalidades em casos de não homologação, como a suspensão de transferências constitucionais e voluntárias, ainda assim, foram encontradas inconsistências nos dados de alguns entes subnacionais. Outro

ponto crítico é a complexidade técnica associada ao preenchimento e à transmissão dos dados. O sistema exige conhecimento detalhado sobre regras contábeis e financeiras, o que pode gerar dificuldades para os gestores, especialmente em municípios com menor capacidade técnica.

Adicionalmente, o Siops enfrenta limitações relacionadas com o monitoramento de receitas e despesas específicas. Embora ele seja eficiente para consolidar dados gerais de orçamentos em saúde, há dificuldades em capturar a totalidade das fontes de recursos ou os detalhes de algumas aplicações financeiras. Isso pode ocorrer devido à classificação incorreta de despesas ou à falta de padronização entre os entes federativos. Outra limitação é a baixa utilização do sistema como ferramenta de planejamento estratégico. Ainda que o Siops forneça insumos valiosos para a formulação de políticas públicas, a maioria dos gestores ainda o utiliza prioritariamente para cumprimento de obrigações legais, como a comprovação da aplicação mínima em saúde, em vez de explorar seu potencial analítico para o planejamento e a gestão mais eficiente dos recursos.

Não resta qualquer tipo de dúvida de que o Siops é uma ferramenta essencial para a gestão do financiamento da saúde pública no Brasil. Ele não apenas cumpre um papel regulatório ao assegurar a aplicação dos recursos mínimos na saúde, mas também promove a transparência, o controle social e a eficiência administrativa.