

TEXTO PARA DISCUSSÃO

3010

**FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
NO BRASIL: UM RETRATO DAS
DESIGUALDADES REGIONAIS DO
PERÍODO 2010-2022**

**SERGIO FRANCISCO PIOLA
FABIOLA SULPINO VIEIRA**



**FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
NO BRASIL: UM RETRATO DAS
DESIGUALDADES REGIONAIS DO
PERÍODO 2010-2022**

SERGIO FRANCISCO PIOLA¹

FABIOLA SULPINO VIEIRA²

1. Pesquisador vinculado ao Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail*: sergiofpiola@gmail.com. Orcid: 0009-0008-4395-8186.

2. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: fabiola.vieira@ipea.gov.br. Orcid: 0000-0001-7377-7302.

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

**Diretora de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

ARISTIDES MONTEIRO NETO

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais,
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais

FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenadora-Geral de Imprensa e

Comunicação Social

GISELE AMARAL

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2024

Piola, Sergio Francisco

Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil : um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022 / Sergio Francisco Piola, Fabiola Sulpino Vieira. – Brasília, DF: Ipea, 2024.

55 p. : il., gráfs., mapas. – (Texto para Discussão ; n. 3010).

Inclui Bibliografia.

ISSN 1415-4765

1. Financiamento da Assistência à Saúde. 2. Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde. 3. Equidade na Alocação de Recursos. 4. Gastos em Saúde. 5. Gastos Públicos com Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. I. Vieira, Fabiola Sulpino. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. III. Título.

CDD 361.6

Ficha catalográfica elaborada por Elizabeth Ferreira da Silva CRB-7/6844.

Como citar:

PIOLA, Sergio Francisco; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil** : um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022. Brasília, DF : Ipea, jun. 2024. 55 p. : il. (Texto para Discussão, n. 3010). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3010-port>

JEL: H51.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td3010-port>

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos).

Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	6
2 MÉTODOS	7
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
3.1 Evolução do gasto total em ASPs.....	11
3.2 Gasto regionalizado com ASPs: comportamento das três esferas de governo.....	17
3.3 Distribuição geográfica do gasto federal em ASPs.....	21
3.4 Gasto federal em ASPs por emendas parlamentares	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	43
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR	49
APÊNDICE A	50

SINOPSE

Este texto dá continuidade a estudos anteriores, realizados no Ipea, que analisam o gasto das três instâncias de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tomando-se como base o período 2010-2022, o estudo analisa o comportamento do gasto com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) realizado pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal (DF) e pelos municípios no financiamento compartilhado do SUS, mostrando os efeitos das medidas de contenção do gasto público (por meio da Emenda Constitucional – EC nº 95/2016) e de enfrentamento à pandemia de covid-19 no financiamento público do sistema. Como nos estudos anteriores, este texto mostra a evolução e a distribuição regionalizada dos gastos totais, bem como especifica a evolução dos gastos das diferentes esferas de governo, com destaque para a regionalização dos gastos federais. Além disso, apresenta e discute a emergência, a partir de 2015, da transferência de recursos federais via emendas parlamentares (EPs) de diferentes tipos e discute os problemas decorrentes do crescente volume de recursos envolvidos nessa modalidade de alocação de recursos.

Palavras-chave: financiamento da assistência à saúde; alocação de recursos para a atenção à saúde; equidade na alocação de recursos; gastos em saúde; gastos públicos com saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This text continues previous studies, carried out at Ipea, which analyze the spending of the three levels of government in financing the Unified Health System (SUS). Taking the period from 2010 to 2022 as a basis, the study analyzes the behavior of spending on health actions and services (ASPS) by the Union, states, the Federal District and municipalities in the shared financing of the SUS. The work shows the effects of measures to contain public spending (EC nº 95/2016) and combat the Covid-19 pandemic on public financing of the system. As in previous studies, this text shows the evolution and regionalized distribution of total spending, specifies the evolution of spending in different spheres of Government, with emphasis on federal spending by region and federative unit. It presents and discusses the emergence, from 2015, of the transfer of federal resources via parliamentary amendments (EPs) of different types and discusses the problems arising from the growing volume of resources involved in this type of resource allocation.

Keywords: healthcare financing.; health care rationing; equity in the resource allocation; health expenditures; public expenditures on health; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

Apesar de constar na Constituição Federal de 1988 – CF/1988 (Brasil, 1988), foi somente em 2000, quando aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 29 (Brasil, 2000), que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ter o compromisso de ser efetivamente compartilhado pelas três esferas de governo. A partir desse ano, os gastos públicos com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) cresceram de forma contínua, passando de 3,16% do produto interno bruto (PIB), em 2003, para 3,57% desse indicador em 2010 (Piola, Benevides e Vieira, 2018).

A despeito do crescimento observado, alguns problemas já chamavam atenção. Em primeiro lugar, logo se verificou que os recursos da União destinados ao financiamento do sistema não cresciam no volume esperado, mantendo-se em patamar mais ou menos constante em relação ao PIB (em torno de 1,7%). Ao mesmo tempo, os gastos de estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios apresentavam problemas de contabilização, pela falta de definição mais clara a respeito das despesas que poderiam ser legalmente computadas como dispêndio em ASPS, bem como do tratamento de restos a pagar (Piola *et al.*, 2013; Vieira e Piola, 2016).

Diante dessas questões – principalmente, a falta de incremento mais significativo dos recursos aportados pela União –, surgiram diversas propostas para tentar resolver esses problemas (Piola, 2023). A Lei Complementar (LC) nº 141/2012, da qual se esperava uma proposta alternativa para o piso de participação federal no financiamento do SUS, acabou frustrando essa expectativa, mas, em contrapartida, serviu para resolver questões que afetavam a participação de estados, do DF e dos municípios no financiamento do sistema, ao estabelecer, de forma mais precisa e com instrumento legal de maior hierarquia, quais despesas poderiam ser consideradas em ASPS.

Uma nova sistemática de vinculação de recursos federais para o financiamento do SUS se deu por intermédio da EC nº 86/2015 (Brasil, 2015a), que estabeleceu percentuais crescentes da receita corrente líquida (RCL), de 13,2%, em 2016, para 15%, em 2020, como piso para a participação federal. Essa regra apenas começou a ser implementada e foi logo suspensa pela EC nº 95/2016 (Brasil, 2016b), conhecida como a Emenda do Teto de Gastos, que congelou as aplicações mínimas federais destinadas à saúde. O rigor do teto de gastos teve de ser arrefecido com o surgimento da pandemia de covid-19, que chegou ao Brasil nos primeiros meses de 2020.

No final de 2022, o governo eleito conseguiu aprovar no Congresso Nacional a EC nº 126 (Brasil, 2022b), autorizando-o a executar R\$ 170 bilhões acima do teto das despesas primárias em 2023, para viabilizar a implementação de algumas promessas de campanha, como o reforço ao orçamento do Ministério da Saúde (MS), e, entre

outras prioridades, fortalecer o Programa Farmácia Popular do Brasil – PFPB (Brasil, 2022b). A aprovação dessa emenda também foi relevante, porque tratou das condições para revogação do então chamado Novo Regime Fiscal de 2016,¹ que se daria com a aprovação de novas regras fiscais por lei complementar. Essas novas regras foram chamadas de Novo Arcabouço Fiscal e foram aprovadas por meio da LC nº 200/2023. Assim, hoje, sob ameaças contínuas (Máximo, 2023),² o piso da saúde ainda se mantém nesse novo arcabouço.

É nesse contexto, brevemente descrito, que se procurou agregar e analisar o financiamento compartilhado do SUS no período 2010-2022, especificando a origem dos recursos, e a distribuição por macrorregião e por Unidade Federativa (UF), o que permite observar se estão ocorrendo ou não alterações na redução das reconhecidas desigualdades regionais de recursos para a saúde. O segundo ponto, que mereceu atenção especial, foi a descrição da metodologia utilizada para identificar a distribuição regional dos recursos despendidos pelo MS. Outro aspecto investigado neste estudo, até porque tem obtido grande visibilidade nas discussões sobre financiamento federal da saúde, são as emendas parlamentares (EPs) e sua distribuição, que tem ganhado peso crescente na destinação de recursos federais para a saúde.

O texto está estruturado em quatro seções, sendo a primeira esta breve introdução. A segunda trata da metodologia utilizada para a regionalização dos recursos federais e das fontes utilizadas. A terceira, dividida em subseções, apresenta e discute: a evolução do gasto total das três esferas com ASPs no período; a regionalização desse gasto e o detalhamento do volume; e a distribuição e a tipologia das EPs incluídas no orçamento do MS. Algumas breves considerações encerram o texto.

2 MÉTODOS

Realizou-se uma análise da execução orçamentária dos entes da Federação em ASPs no período 2010-2022. A análise das despesas da administração pública é relevante, porque evidencia não apenas o montante de recursos alocados à determinada área ou para cumprimento de finalidade específica, mas também como essas destinações de recursos evoluíram ao longo do tempo, o que possibilita avaliações mais amplas sobre as prioridades do governo na implementação de políticas públicas (Oliveira, 2009; Giacomoni, 2018).

1. Ao revogar os artigos que instituíram o regime fiscal de 2016, os gastos com saúde do governo federal voltaram a ter como piso o equivalente a 15% da RCL da União.

2. Em explanação sobre o Novo Arcabouço Fiscal, ainda em 30 de março de 2023, o secretário do Tesouro Nacional alertou sobre a possibilidade de mudanças nos pisos de gastos de saúde e educação, a valerem a partir de 2025 (Máximo, 2023).

Os dados de execução de despesa em ASPS foram obtidos de dois sistemas de informação: i) Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal (Siop), mantido pelo Ministério do Planejamento e Orçamento (MPO), a partir da consulta livre no Painel do Orçamento Federal para os gastos da União;³ e ii) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), sob gestão do MS, a partir da consulta à série histórica de indicadores para os gastos dos estados, do DF e dos municípios,⁴ utilizando-se a variável despesa com recursos próprios, que se refere à despesa empenhada em ASPS.

No caso do Siop, os filtros utilizados na construção do relatório foram o período 2010-2022 e os órgãos orçamentários 36000 – Ministério da Saúde, 36212 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e 36213 – Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). As seguintes variáveis foram selecionadas: unidade orçamentária; função; subfunção; programa; ação; localizador; região; UF; município; plano orçamentário; grupo de despesa; modalidade de aplicação; natureza de despesa; resultado primário; e fonte. Os valores de execução orçamentário-financeira disponíveis e obtidos foram das despesas empenhadas, liquidadas e pagas. O relatório gerado foi exportado como planilha no formato Excel.

Nessa planilha, foram introduzidas mais cinco variáveis. A primeira variável foi incluída para identificar as despesas consideradas ASPS. No período analisado neste estudo, a regulamentação sobre o tema mudou. De 2010 a 2012, esteve vigente a Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabeleceu diretrizes sobre a aplicação da EC nº 29/2000 (Brasil, 2003). A partir de 2013, a LC nº 141/2012, que regulamenta o parágrafo 3º do art. 198 da Constituição Federal (Brasil, 2012), passou a ter precedência sobre a resolução mencionada, que ainda está em vigor. Por fim, a partir de 2020, tem-se, adicionalmente, a Lei nº 13.848/2019 (Brasil, 2019b), que dispõe sobre as agências reguladoras e as torna orçamentariamente independentes dos órgãos aos quais estão vinculadas. O detalhamento dos procedimentos realizados para identificação das despesas em ASPS que considera essas normas encontra-se no quadro A.1, no apêndice A.

3. Disponível em: https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%-2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06.

4. A cobertura da informação no Siops é elevada. No período analisado, todos os estados e o DF informaram suas despesas em saúde por meio desse sistema. No caso dos municípios, a cobertura é de 100% para 2014, 2015, 2017, 2018, 2019 e 2022. Nos demais anos, é de: 99,6% (2010); 99,3% (2011); 98,0% (2012); 99,98% (2013); 99,4% (2016); 99,9% (2020); e 99,98% (2021). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops/indicadores>.

A segunda variável, chamada de *UF final*, foi criada para completar os dados sobre a Unidade Federativa⁵ de execução da despesa constantes do Siop. Isso foi feito considerando-se a variável natureza da despesa desse sistema, que contempla categorias para os estados e os municípios de determinado estado. Assim, nas situações em que a variável UF não estava informada no Siop, consultou-se a variável natureza de despesa para atribuir a UF às despesas com as naturezas correspondentes. Por exemplo, às despesas registradas com as naturezas 33304105 – Amazonas e 44404205 – municípios do estado do Amazonas atribuiu-se a UF Amazonas.

A terceira variável, denominada *região final*, foi construída para completar os dados sobre a região geográfica constantes do Siop. Essa complementação foi feita considerando-se as UFs identificadas a partir da natureza de despesa e a variável localizador do Siop, que informa a localidade onde o gasto foi realizado. Como em alguns casos a despesa foi destinada a uma determinada região, sem identificação de um estado ou município específico, haverá diferença pequena na consolidação do gasto, caso esta seja feita com base na soma das despesas por região ou UF.

A quarta e a quinta variáveis, denominadas *emenda parlamentar* e *tipo de emenda*, foram criadas para registrar as despesas executadas por EPs e a categoria da emenda parlamentar, respectivamente. A identificação dessas despesas foi feita considerando-se duas variáveis do Siop: o plano orçamentário e o resultado primário, de acordo com o trabalho de Vieira (2022). As despesas por emendas identificáveis com o uso dessas variáveis referem-se ao período 2014-2022. O detalhamento das categorias de plano orçamentário e resultado primário utilizadas encontra-se no quadro A.2, no apêndice A.

Para a contabilização da despesa federal regionalizada – por região e UF, ou seja, executada em determinada região geográfica ou UF –, consideraram-se as variáveis criadas região final e UF final. Um ajuste foi feito na despesa com pessoal ativo do MS, registrada no Siop como *nacional* e como *DF* nas variáveis UF final e região final, porque inclui os gastos com os profissionais que atuam nos seis hospitais federais e três institutos vinculados a esse órgão, sediados no Rio de Janeiro.⁶ Como pelo orçamento não é possível identificar essa despesa, e os dados do Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape) disponíveis publicamente não são de fácil acesso

5. A UF é a entidade territorial da Federação equivalente aos estados e ao DF.

6. Hospital Federal dos Servidores do Estado, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal do Andaraí, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e Instituto Nacional de Cardiologia (INC).

e compreensão,⁷ estimou-se essa parcela admitindo-se o percentual médio da despesa de pessoal desses hospitais e institutos no total da despesa de pessoal do MS, calculado para as contas de saúde, que foi de 23,4% no período 2015-2019 (Sá *et al.*, 2023). Assim, da despesa total registrada na unidade orçamentária Fundo Nacional de Saúde (FNS) e grupo de natureza 1 – Pessoal e encargos sociais, 23,4% foram realocados das categorias *nacional* e *DF* para a categoria *RJ* e da região Centro-Oeste para a região Sudeste.

A despesa federal considerada de âmbito nacional (categoria nacional) foi calculada pela diferença entre a despesa total e a regionalizada. Parte considerável da despesa sob a categoria *nacional* envolve: medicamentos – incluindo-se o componente de gratuidade do PFPB e vacinas; despesa com pessoal do MS – exceto hospitais federais e institutos, como explicado; e programas como o Mais Médicos (PMM) e o Médicos pelo Brasil (MpB).

Para analisar a evolução dos gastos, os valores foram corrigidos para preços médios de 2022, utilizando-se a variação média anual do Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

Indicadores de gasto por habitante foram calculados para analisar as desigualdades de alocação de recursos entre regiões geográficas e UFs. Para tanto, empregaram-se dados da população projetada pelo IBGE em 2018 para o período 2010-2060.⁸ Por fim, estatísticas descritivas básicas foram utilizadas na análise dos dados, e foram produzidos gráficos, tabelas e mapas para sumarizar os resultados mais relevantes.

7. No Portal da Transparência, são disponibilizados dados mensais de cadastro e remuneração dos servidores ativos e pensionistas da União oriundos do Siape a partir de 2013. O tamanho do arquivo gerado dificulta o trabalho em computadores comuns. Entretanto, o maior obstáculo reside no fato de que os códigos de unidade organizacional (Uorgs) do Siape diferem dos códigos de unidade organizacional do Sistema de Organização e Inovação Institucional do Governo Federal (Siorg). Isso dificulta a identificação dos servidores de hospitais e institutos federais vinculados ao MS. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/download-de-dados/servidores>. Acesso em: 3 jan. 2024.

8. Adotou-se a população projetada em 2018 porque o IBGE ainda não disponibilizou dados ajustados das estimativas populacionais que consideram o Censo Demográfico 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 20 de mar. 2023

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Evolução do gasto total em ASPS

O gasto total com ASPS, no período 2010-2022, cresceu 26,6% entre 2010 (R\$ 280,9 bilhões) e 2019 (R\$ 355,8 bilhões), quando apresentou incremento médio anual de quase 3%, superior ao crescimento populacional nesse período, estimado em 0,8% ao ano (a.a.). Em 2020 e 2021, o crescimento foi atípico, em virtude dos gastos realizados para o enfrentamento da covid-19. Em 2022, os gastos, ainda que superiores ao período pré-covid, voltaram ao compasso mais usual.

Relacionando-se o gasto total com ASPS ao percentual do PIB (tabela 1), fica mais fácil identificar as principais nuances do seu comportamento em cada esfera de governo. Em relação ao gasto total (cômputo das três esferas), verifica-se que esse agregado, quando medido no que concerne ao PIB, cresce 0,5 ponto percentual no período 2010-2022, quando passa do equivalente a 3,5% desse indicador para 4,0%. Valores superiores apenas foram registrados em 2020 e 2021, como decorrência da pandemia. Ou seja, o gasto público, mesmo que se esteja totalizando somente aquele considerado no conceito de ASPS, está longe de alcançar um patamar de gasto público compatível com a média dos países de renda média/alta.⁹

TABELA 1

Gasto em ASPS das três esferas de governo (2010-2022)

Ano	União		Estados e DF		Municípios		Total	
	R\$ 1 bilhão de 2022	% do PIB	R\$ 1 bilhão de 2022	% do PIB	R\$ 1 bilhão de 2022	% do PIB	R\$ 1 bilhão de 2022	% do PIB
2010	124,3	1,6	76,3	1,0	80,3	1,0	280,9	3,5
2011	138,0	1,6	79,6	0,9	88,2	1,1	305,8	3,6
2012	145,0	1,7	81,5	0,9	94,7	1,1	321,2	3,7
2013	142,3	1,6	89,3	1,0	102,7	1,1	334,2	3,7
2014	148,0	1,6	92,3	1,0	108,6	1,2	348,9	3,7
2015	147,8	1,7	89,5	1,0	106,7	1,2	344,0	3,9

(Continua)

9. Em 2016, o gasto das três esferas do governo com ASPS foi de 4,0% do PIB. Entre países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), nesse ano, a participação média do gasto público foi de 6,5% do PIB; para países que possuem sistemas nacionais, foi de 8%. Disponível em: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. Acesso em: 20 mar. 2024.

(Continuação)

Ano	União		Estados e DF		Municípios		Total	
	R\$ 1 bilhão de 2022	% do PIB	R\$ 1 bilhão de 2022	% do PIB	R\$ 1 bilhão de 2022	% do PIB	R\$ 1 bilhão de 2022	% do PIB
2016	144,3	1,7	86,0	1,0	106,7	1,3	337,0	4,0
2017	150,6	1,7	89,9	1,0	108,5	1,3	349,0	4,0
2018	149,4	1,7	91,9	1,0	107,3	1,2	348,5	3,9
2019	149,7	1,7	94,1	1,0	111,9	1,2	355,8	3,9
2020	191,2	2,1	96,4	1,1	114,9	1,3	402,5	4,5
2021	196,6	2,0	108,5	1,1	127,4	1,3	432,4	4,4
2022	151,5	1,5	114,7	1,1	137,4	1,4	403,7	4,0

Fontes: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9052-sistema-de-contas-nacionais-brasil.html>). Acesso em: 17 jan. 2024.

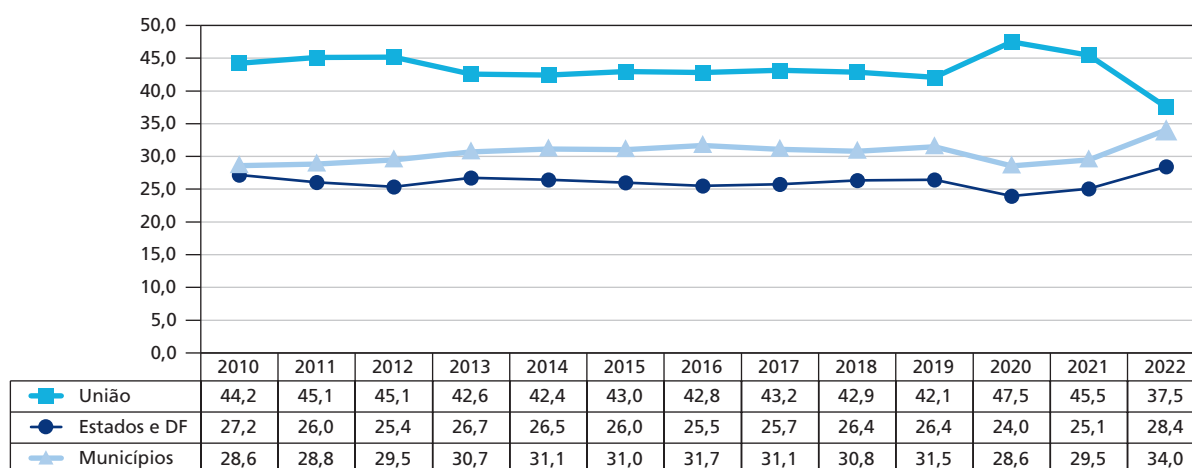
Elaboração dos autores.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

Por sua vez, analisando-se o comportamento do gasto com ASPS de cada esfera, observa-se que, mesmo que sempre levemente crescente, o gasto federal, com exceção de 2020 e 2021, se mantém entre 1,6% e 1,7% do PIB. O gasto estadual, por sua vez, fica entre 0,9% e 1,1% do PIB. Aumento mais consistente ocorre somente na esfera municipal, na qual se observa crescimento mais sustentado: o equivalente a 1,0% do PIB, em 2010, para 1,4% do PIB, em 2022. Concretamente, verifica-se que o financiamento do SUS é cada vez mais dependente do financiamento dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Esse fato está bem visível no gráfico 1. Em valores numéricos, em 2010, o gasto da União com ASPS correspondia a 44,2% do gasto total, enquanto estados, DF e municípios aportavam 55,8% dos gastos. Em 2022, ano pós-pandemia, a participação da União ficou em 37,5%. Estados, DF e municípios contribuíram com 62,4% (gráfico 1).

GRÁFICO 1**Participação das três esferas de governo no gasto total em ASPS (2010-2022)**

(Em %)



Fontes: Siop, para as despesas empenhadas da União (<https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>); e Siops, para as despesas empenhadas dos estados, do DF e dos municípios (<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

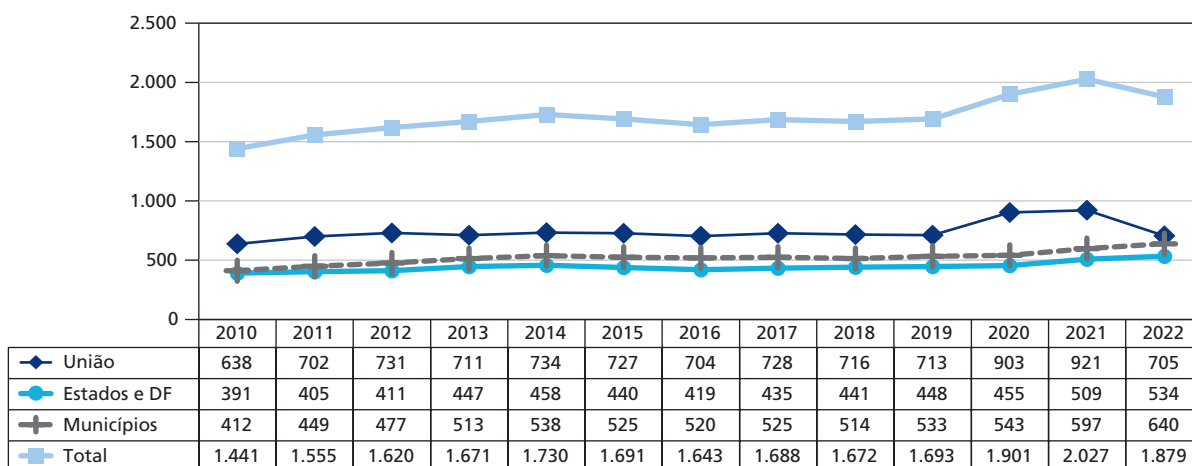
A participação da União aumentou nos anos da pandemia (47,5%, em 2020, e 45,5%, em 2021, respectivamente). Isso ocorreu em virtude da compra centralizada de medicamentos, sobretudo vacinas contra a covid-19, de produtos de uso hospitalar, bem como da ampliação da oferta de leitos gerais e de unidade de terapia intensiva (Sá *et al.*, 2022).

A tabela 1 também demonstra que o governo federal foi o primeiro a mobilizar volume maior de recursos para o combate à covid-19 em 2020. Em contrapartida, aplicou em ASPS o equivalente a 1,5% do PIB em 2022; valor 0,2% inferior, ainda em percentual do PIB, ao aplicado em 2019 – antes da pandemia. Por seu turno, os municípios são os únicos a aplicarem, em 2022, valor que corresponde a um percentual do PIB superior ao aplicado em 2019.

A evolução do gasto *per capita* com ASPS das três esferas de governo é demonstrada no gráfico 2. Verifica-se crescimento continuado do gasto por habitante total entre 2010 e 2014; de 2015 a 2019, mantém-se ligeiramente abaixo do valor alcançado em 2014. Somente em 2020, 2021 e 2022, é superado o valor alcançado em 2014, ano em que teve início a recessão econômica brasileira mais recente (2014-2016). Em 2020 e 2021, foram registrados os maiores gastos *per capita* do período analisado, em função do esforço para o combate à covid-19. Em relação ao gasto total, os valores de 2020 (R\$ 1.901,00), 2021 (R\$ 2.027,00) e 2022 (R\$ 1.879,00) são 9,8%, 17,1% e 8,6%, respectivamente, superiores ao gasto *per capita* de 2014 (R\$ 1.730,00).

GRÁFICO 2

Evolução do gasto por habitante das três esferas de governo em ASPS (2010-2022)
(Em R\$ de 2022)



Fontes: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>); Siops, para as despesas empenhadas dos estados, do DF e dos municípios (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>); e IBGE, para dados da população – projetada em 2018 (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio de IBGE.

É bom observar que, no período analisado (2010-2022), ocorreram mudanças na legislação, que tiveram impacto no financiamento público da saúde. No entanto, antes, vale comentar que, desde a aprovação da EC nº 29/2000 (Brasil, 2000) – que estabeleceu “pisos” para a aplicação de recursos para saúde por parte da União, dos estados, do DF e de municípios –, eram feitos questionamentos ao ponto de partida da participação dos recursos da União, considerado baixo, sem previsão de crescimento mais significativo nos anos subsequentes.¹⁰

Essa situação criou, desde meados dos anos 2000, intensa movimentação legislativa para alterar a forma de comprometimento da União no financiamento do SUS.

10. De apenas 5% sobre o valor aplicado no ano anterior. Acrescentou o art. 77 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), definindo o seguinte piso de aplicação para a União: “Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I – no caso da União: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício de 1999, acrescido, no mínimo, cinco por cento; b) do ano de 2001 ao de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB; II – nos casos de estados” (Brasil, 1988).

Essa movimentação legislativa englobou propostas de emenda à Constituição (PECs) e, depois de 2005, projetos de lei complementar (PLPs), uma vez que a própria EC nº 29/2000 (Brasil, 2000) previa a possibilidade de sua reavaliação, a cada cinco anos, por meio desse instrumento conforme disposto no art. 6º, § 3º da referida emenda constitucional (Piola, 2023).

Em 2007, recuperando propostas apresentadas em anos anteriores pela Câmara de Deputados, foi apresentado o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 121/2007, que propunha o equivalente a 10% da receita corrente bruta (RCB) como participação federal no financiamento do SUS. Na tramitação pela Câmara, um deputado da situação apresentou substitutivo, retirando a proposta de 10% da RCB para a participação da União e repondo a metodologia de correção do gasto federal pela variação do PIB, e, adicionalmente, propôs a criação de contribuição social sobre movimentação financeira para a saúde, proposta derrubada em novembro de 2011 (Gomes, 2014). De volta ao Senado, em virtude das alterações realizadas na Câmara, o projeto foi aprovado em 13 de dezembro de 2011 e publicado em janeiro de 2012, sob a designação de LC nº 141, de janeiro de 2012.

Essa LC, apesar de não ter acarretado mudança na forma de participação da União no financiamento do SUS, que era seu objetivo principal, trouxe definições relevantes para o melhor cumprimento das obrigações das três esferas de governo no financiamento do sistema. Entre estas, merecem destaque:

- i) estabelecimento de forma mais precisa do que pode ser considerado como despesa com ASPs para fins de cumprimento dos pisos mínimos de recursos;
- ii) definição do estágio da despesa a ser utilizado para efeito do cálculo dos recursos mínimos; iii) proibição da exclusão de qualquer parcela dos tributos para cálculo de mínimo;¹¹ e iv) definição do tratamento a ser dado aos restos a pagar, entre outras (Piola, 2023, p. 17).¹²

Como a questão da participação federal no financiamento do SUS não foi modificada, continuaram os esforços legislativos para sua alteração, uma vez que, apesar de ter havido crescimento do gasto por parte das três esferas de governo, conforme diversos estudos demonstraram, da parte da União o que deveria ser piso virou “teto”, ou seja, a participação da União manteve-se entre 1,6% e 1,7% do PIB (Piola *et al.*, 2013).

Não foi por outro motivo que inúmeras propostas de alteração da forma de participação dos recursos da União no financiamento do SUS continuaram a tramitar no

11. Alguns estados chegaram a destinar, para outras finalidades, recursos do ICMS, por exemplo, diminuindo a base de aplicação do percentual a ser aplicado obrigatoriamente em saúde.

12. Sobre esse expediente, ver Vieira e Piola (2016).

Congresso Nacional no restante da década de 2010. Entre essas propostas, a mais mobilizadora foi a de estabelecer para a União participação equivalente a 10% da RCB.¹³ Devido a constrangimentos legais relacionados à vinculação da RCB, surgiu a proposta de piso equivalente à 18,7% da RCL, o que na época correspondia, em volume de recursos, aos pretendidos 10% da RCB. Contudo, a vinculação da RCL aprovada para ser o piso do gasto federal com saúde foi um pouco mais baixa e deveria ser alcançada de forma gradual, no período 2016-2020 – o equivalente a 13,2% da RCL, em 2016, até 15% da RCL, em 2020, nos termos da EC nº 86/2015 (Brasil, 2015a).¹⁴

Antes de seu primeiro ano de vigência, a EC nº 86/2015 (Brasil, 2015a) foi ultrapassada pela EC nº 95/2016 (Brasil, 2016b), a Emenda do Teto de Gastos, que congelou as despesas primárias do governo federal, limitando-as à taxa de crescimento do IPCA. Entretanto, ao ser promulgada, a EC nº 95/2016 foi obrigada a antecipar para 2017 o piso de 15% da RCL para a saúde, percentual que somente seria alcançado em 2020, de acordo com a EC nº 86/2015. Caso fosse seguido normalmente o cronograma de aplicação da EC nº 86/2015, o piso federal da saúde em 2017 seria de 13,7% da RCL daquele ano (R\$ 99,6 bilhões). Dessa forma, a aplicação mínima para a saúde ficaria congelada, em termos reais, até 2036, em patamar inferior ao gasto realizado em 2016 (R\$ 106,2 bilhões), que correspondeu a 14,96% da RCL daquele exercício (Funcia, 2019).

Na vigência da EC nº 95/2016 (Brasil, 2016b), o financiamento federal do SUS contabilizou outras perdas, além das decorrentes do congelamento. Diversos estudos, como Vieira e Benevides (2016), anteciparam as repercussões negativas sobre o financiamento público da área social e da saúde. Os efeitos concretos da EC nº 95/2016 sobre o gasto federal da saúde, no período 2016-2019, foram analisados por diversos autores; entre eles, Moretti *et al.* (2022). Com a emergência da pandemia de covid-19, passou a receber um tratamento diferenciado, conforme analisa Funcia (2022). No entanto, segundo Funcia e Santos (2023), quando desconsiderados os recursos advindos das medidas provisórias (MPs) de combate à covid-19, as regras da EC nº 95/2016 trouxeram uma perda de R\$ 70,4 bilhões para o orçamento do SUS entre 2018 e 2022, sendo R\$ 46,2 bilhões somente em 2022.

Ainda em 2022, no processo de transição para a posse do novo presidente da República, em 2023, foram tomadas as medidas preparatórias à aprovação do Novo Arca-bouço Fiscal, com a conseqüente revogação do teto de gastos, conforme consta da EC

13. Essa proposta teve origem em emenda de iniciativa popular com mais de 2 milhões de assinaturas.

14. É bom lembrar, contudo, que a mudança da forma de cálculo do piso federal com ASPs veio acompanhada da passagem dos recursos do Fundo Social do Pré-Sal para dentro do piso. Antes esses recursos eram considerados adicionais ao piso.

nº 126, de dezembro de 2022 (Brasil, 2022b).¹⁵ Com a validação desse novo arcabouço, pela LC nº 200/2023, houve a revogação do teto de gastos. Com isso, a participação da União voltou a ser vinculada à RCL da União, nos termos da EC nº 86/2015 (Brasil, 2015a) – 15% da RCL do respectivo exercício financeiro.

Discussões a respeito da impossibilidade de cumprimento das regras fiscais propostas na LC nº 200/2023 logo começaram a ser feitas, inclusive por representantes da área econômica do governo. Os principais alvos de críticas eram a manutenção das aplicações mínimas em saúde e educação. Buscando uma solução menos drástica do que a derrubada dos limites mínimos de aplicação, foi aprovada alteração da forma de cálculo do piso federal de ASPS em 2023.¹⁶ A mudança foi a respeito da RCL a ser utilizada. Ou seja, não seria empregada a receita final do respectivo exercício financeiro, mas sim a estimativa feita para a RCL, por ocasião da aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Com isso, o piso federal da saúde ficou RS 10,3 bilhões menor em 2023¹⁷ (Vieira, Bernardes e Piola, 2024). Tudo indica, contudo, que a sobrevivência dos limites mínimos de aplicação para saúde e educação no orçamento federal deva ser contestada já na preparação do orçamento para 2025.

3.2 Gasto regionalizado com ASPS: comportamento das três esferas de governo

Esta subseção apresenta a consolidação do gasto regionalizado com ASPS das três instâncias de governo. Esse agregado compreende os gastos de estados, DF e municípios com recursos próprios, mais as transferências federais para essas instâncias de governo, com destino final (localizador) identificado, mais os gastos federais que puderam ser imputados geograficamente. Assim, neste texto, o gasto regionalizado, por região geográfica, corresponde à soma dos gastos realizados pelos municípios e estados da região, acrescidos das transferências feitas pelo MS para os municípios e estados dessa região, bem como das despesas executadas por esse ministério em

15. De acordo com o art. 9º da EC nº 126/2022 (Brasil, 2022b), após a sanção da lei complementar instituindo o regime fiscal sustentável, que ficou conhecido por Novo Arcabouço Fiscal, ficariam revogados os artigos da CF/1988 (Brasil, 1988) que dispunham sobre o teto de gastos. Esse novo arcabouço foi publicado em 31 de agosto de 2023, por meio da LC nº 200, de 30 de agosto de 2023. A consequência imediata para a saúde foi que a aplicação mínima em ASPS voltou a ser vinculada à receita corrente líquida (RCL) da União, nos termos da EC nº 86/2015 – 15% da RCL do respectivo exercício financeiro (Brasil, 2015a).

16. O PLP nº 136/2023, que originou a LC nº 201/2023, é de autoria do Poder Executivo. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2372071>.

17. Diferença entre uma aplicação mínima de R\$ 181,1 bilhões, com base na RCL do exercício, e de R\$ 170,8 bilhões, baseada na RCL estimada na Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2023.

outras modalidades de aplicação, com identificação do município ou estado da população beneficiada¹⁸ dessa região. Da mesma forma, o gasto por UF concerne à soma dos gastos realizados pelos municípios e estado, acrescidos das transferências feitas pelo MS para os municípios e o estado e das despesas executadas por esse ministério em outras modalidades de aplicação, com identificação do município ou estado da população beneficiada.

Para exemplificar, em 2022, o gasto total do MS com ASPs foi de R\$ 151,5 bilhões. Desse total, foram regionalizados R\$ 104,7 bilhões, 69,1% do gasto total. Dos gastos regionalizados do MS, além das transferências para estados, Distrito Federal e municípios, foram imputadas, no caso dos estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, as despesas com pessoal de unidades hospitalares vinculadas ao MS.¹⁹ Como os gastos dos municípios e dos estados podem ser consolidados por região, então, a soma da despesa de todos esses entes é regionalizada (R\$ 114,7 bilhões dos estados e DF, e R\$ 137,4 bilhões dos municípios). Esses gastos, somados aos do MS que puderam ser regionalizados (R\$ 104,7 bilhões), totalizam R\$ 356,8 bilhões regionalizados em ASPs. Assim, o total do gasto regionalizado das três esferas (R\$ 356,8 bilhões) sempre fica um pouco abaixo do gasto total com ASPs das três esferas de governo (R\$ 403,7 bilhões). Portanto, em 2022, a participação do gasto regionalizado em ASPs no gasto total em ASPs das três esferas de governo foi de 88,4%.

Focalizando-se o período 2010-2019, que corresponde ao período pré-pandemia de covid-19, verifica-se que há crescimento contínuo do gasto regionalizado, que passou de R\$ 1.269,00 por habitante/ano, em 2010, para R\$ 1.506,00 por habitante, em 2019, com crescimento médio 2,7% a.a. Em 2020, 2021 e 2022, o gasto regionalizado alcança valores *per capita* maiores, chegando a R\$ 1.694,00 em 2021, quase 12,5% superior a 2019.

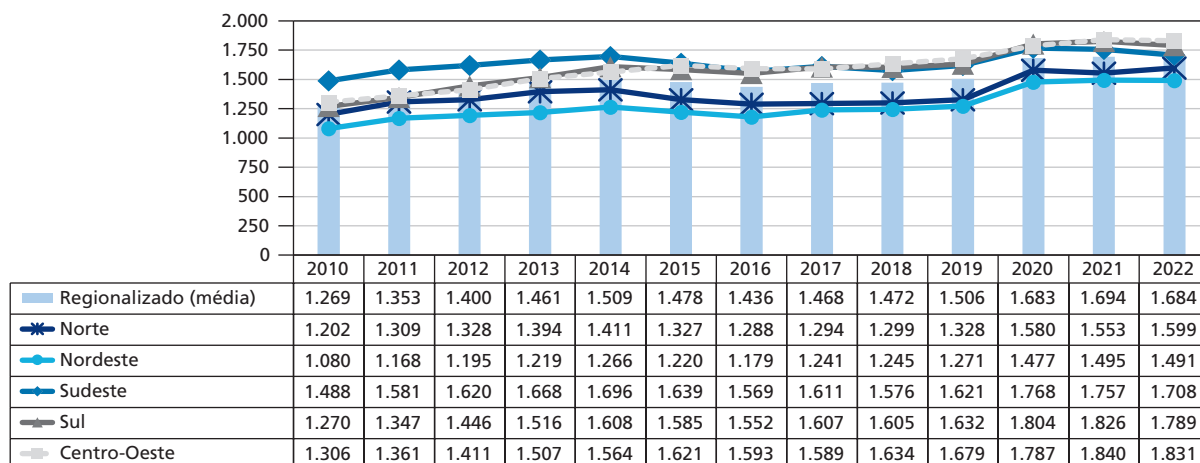
Em relação às diferenças de comportamento do gasto total com ASPs, medido em valores *per capita*, no conjunto das macrorregiões, observa-se que as regiões Nordeste e Norte, nessa ordem, são as que contabilizam os menores gastos totais com ASPs por habitante em todo o período. Também pode ser observado que a região Centro-Oeste, a partir de 2018, passou a ser a região com maior gasto *per capita* consolidado, superando as regiões Sudeste e Sul (gráfico 3).

18. Diz respeito à população beneficiada por ações e serviços de saúde financiados por uma aplicação direta do MS, bem como por uma transferência à instituição privada sem fins lucrativos ou a um consórcio pelo MS.

19. No Rio de Janeiro, os seis hospitais federais e os três institutos especializados (INCA, INC e INTO); no Rio Grande do Sul, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

GRÁFICO 3**Gasto em ASPS das três esferas de governo, por habitante – Grandes Regiões (2010-2022)**

(Em R\$ de 2022)



Fontes: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.sioip.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>); Siops, para as despesas empenhadas dos estados, do DF e dos municípios (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>); e IBGE, para dados da população – projetada em 2018 (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

Obs.: 1. A categoria *Regionalizado* engloba as despesas executadas pelos estados, pelo DF e pelos municípios, bem como as executadas pela União, que puderam ter a região geográfica de alocação identificada. A parcela do gasto da União cuja região não pôde ser identificada é denominada neste texto de *nacional*.

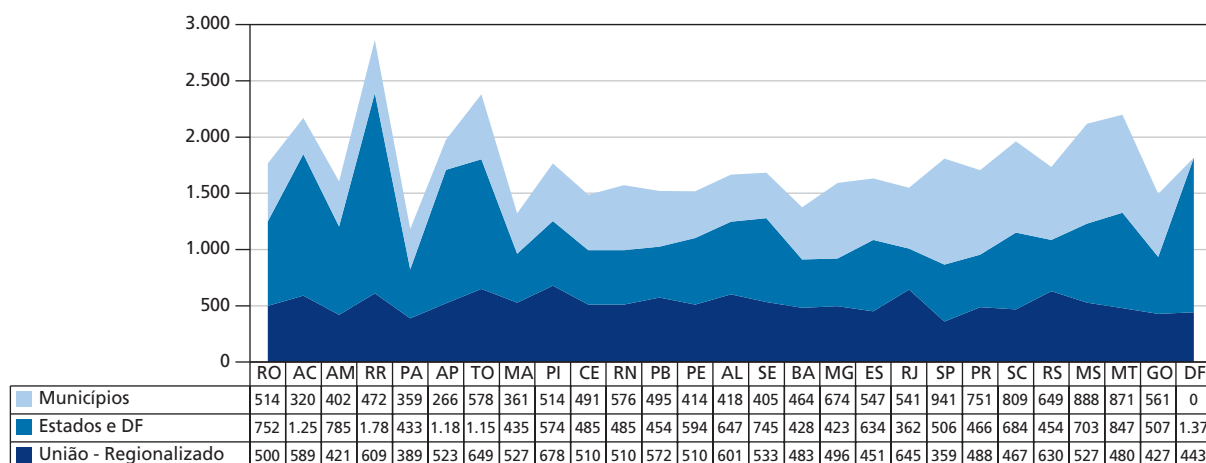
2. Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

O gráfico 4 mostra a composição, de acordo com a origem dos recursos, do gasto *per capita* com ASPS por UFs²⁰ em 2022. Existem variações importantes na composição do gasto *per capita* por UF. Em umas, como é o caso de Roraima, do Acre, do Amazonas, do Pará, do Amapá, do Piauí, de Pernambuco, de Alagoas, de Sergipe e do Espírito Santo, o gasto de origem estadual é mais relevante; em outras, como Ceará, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Goiás, o que predomina é o gasto originário das municipalidades. No terceiro grupo, composto por Bahia, Maranhão, Piauí, Paraíba e Rio de Janeiro, o gasto regionalizado com origem na União é o que tem mais incidência.

20. Estados e o conjunto dos municípios que os integram.

GRÁFICO 4**Gasto em ASPS das três esferas de governo, por habitante – UFs (2022)**

(Em R\$ correntes)



Fontes: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>); Siops, para as despesas empenhadas dos estados, do DF e dos municípios (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>); e IBGE, para dados da população – projetada em 2018 (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

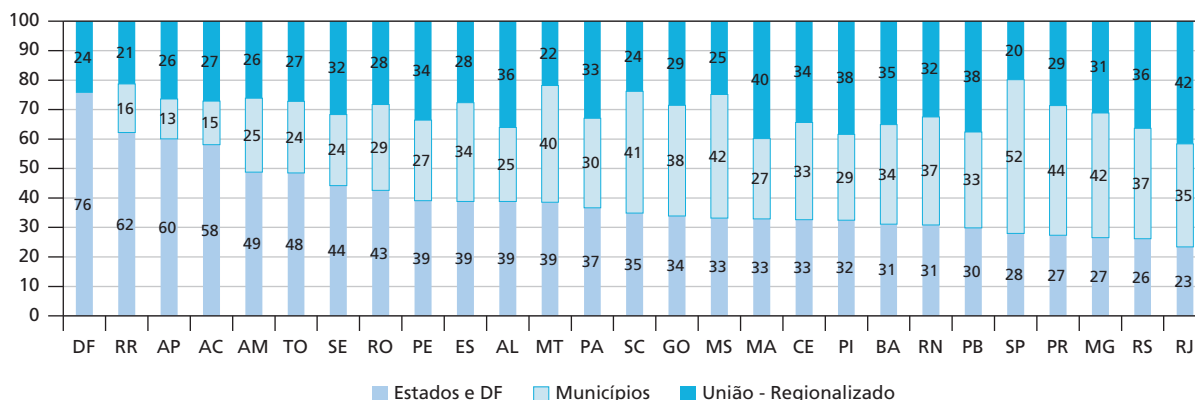
Obs.: 1. A categoria *União – Regionalizado* engloba as despesas executadas pela União que puderam ter a UF de alocação identificada. A parcela do gasto da União cuja UF ou região não pôde ser identificada é denominada neste texto de *nacional*.

2. Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

O gráfico 5 apresenta a participação das três esferas de governo no gasto total com ASPS por habitante em 2022, segundo as UFs, agora em termos de participação percentual. Verifica-se que as participações relativas dos recursos de cada esfera de governo, em cada UF, são bastante diferenciadas. Assim, tomando-se o gasto federal como referência, percebe-se que as menores participações relativas ocorrem, em 2022, nos estados de São Paulo e Roraima e no DF. As maiores, nos estados do Rio de Janeiro, do Maranhão e da Paraíba. Ademais, essa participação pode ser mais estável, no caso dos estados do Rio Grande do Sul e do Rio de Janeiro, em que são computados os gastos com pessoal de hospitais federais localizados nesses estados. Em outros, mais variável, sobretudo quando boa parte é decorrente de EPs, como se verá mais adiante neste texto.

GRÁFICO 5**Participação das três esferas de governo no gasto total por habitante em ASPS – UFs (2022)**

(Em %)



Fontes: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siof.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>); Siops, para as despesas empenhadas dos estados, do DF e dos municípios (disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>); e IBGE, para dados da população – projetada em 2018 (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

Obs.: A categoria *União – Regionalizado* engloba as despesas executadas pela União que puderam ter a UF de alocação identificada. A parcela do gasto da União cuja UF ou região não pôde ser identificada é denominada neste texto de *nacional*.

3.3 Distribuição geográfica do gasto federal em ASPS

Nesta subseção, o foco é a regionalização do gasto federal com ASPS no período 2010-2022, aqui incluídas as transferências e os gastos por outras modalidades de aplicação regionalizáveis.²¹ A análise do gasto federal, especialmente das transferências fundo a fundo, é importante, tendo-se em vista o papel que é dedicado a esses recursos nos regimentos do SUS. Como está explicitado no inciso II, § 3º, do art. 198 da CF/1988 (Brasil, 1988) e recolocado no art. 17 da LC nº 141/2012, a distribuição das transferências federais para os estados e os municípios deve obedecer a critérios de rateio que objetivem a progressiva redução das disparidades regionais.²²

21. Os gastos regionalizáveis são aqueles realizados pelo MS em outras modalidades de aplicação, que têm o município ou estado da população beneficiada identificados.

22. O inciso II do § 3º do art. 198 estabelece: “os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados aos seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais” (Brasil, 2000, art. 198, grifo nosso). O inciso II foi acrescentado ao art. 198 pela EC nº 29, de 13 de setembro de 2000.

A LC nº 141/2012 estabeleceu ainda que a metodologia do rateio desses recursos, mais especificamente das transferências fundo a fundo, deve ser publicada a cada ano pelo MS, algo que ainda não ocorreu. E não foi por falta de proposta (Mendes, Leite e Carnut, 2020).²³ A insuficiência do financiamento federal ao longo desses anos constituiu barreira para esse intento. Sem recursos adicionais, é muito difícil implementar tal metodologia com vistas à promoção da equidade na alocação de recursos, pois, para que alguns entes da Federação ganhem mais recursos, outros teriam de perder (Mendes, Leite e Marques, 2011; Piola, 2017). Politicamente, essa é uma tarefa quase impossível, dado o subfinanciamento crônico do SUS.

Os textos legais falam mais especificamente sobre o papel das transferências fundo a fundo. Nesta análise, o olhar é um pouco mais abrangente, pois estão incluídas não somente as transferências a estados e municípios, mas também recursos de execução orçamentária por outras modalidades de aplicação do MS, que podem ser regionalizados. Além desses, há despesas feitas por esse ministério cuja população beneficiada não pode ser identificada nos sistemas orçamentários existentes, que compõem o que chamamos de gasto nacional. Dessa forma, é sempre importante verificar o comportamento tanto da distribuição regional quanto do gasto nacional originário do MS.²⁴

Com esse objetivo, é feita uma decomposição do gasto federal em ASPS, destacando, inicialmente, a evolução do total dos valores regionalizados e daqueles não passíveis de regionalização nos sistemas orçamentários, os quais foram registrados, neste estudo, como gasto nacional (tabela 2).

TABELA 2**Gasto federal em ASPS regionalizado, nacional e total (2010-2022)**

Ano	Regionalizado		Nacional		Total (R\$ 1 bilhão de 2022)
	R\$ 1 bilhão de 2022	% do total	R\$ 1 bilhão de 2022	% do total	
2010	97,9	78,8	26,3	21,2	124,3
2011	106,2	77,0	31,8	23,0	138,0
2012	108,8	75,0	36,2	25,0	145,0
2013	105,4	74,1	36,8	25,9	142,3

(Continua)

23. No início dos anos 2000, foram registrados estudos sobre a aplicação dos critérios previstos na Lei Orgânica da Saúde, com o objetivo de distribuição dos recursos federais para estados, DF e municípios. Estudos como Porto *et al.* (2003), Nunes (2004) e Porto *et al.* (2005).

24. Note-se que há uma distinção entre uma regionalização dos recursos federais e o que geralmente se identifica como transferências. Nessa regionalização dos recursos federais, estão incluídos, por exemplo, os recursos aplicados diretamente em unidades de saúde vinculadas ao MS.

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Ano	Regionalizado		Nacional		Total (R\$ 1 bilhão de 2022)
	R\$ 1 bilhão de 2022	% do total	R\$ 1 bilhão de 2022	% do total	
2014	107,9	72,9	40,2	27,1	148,0
2015	106,6	72,1	41,2	27,9	147,8
2016	102,2	70,8	42,2	29,2	144,3
2017	107,7	71,5	42,9	28,5	150,6
2018	107,4	71,9	42,0	28,1	149,4
2019	110,5	73,8	39,2	26,2	149,7
2020	144,3	75,5	46,9	24,5	191,2
2021	123,4	62,8	73,2	37,2	196,6
2022	104,7	69,1	46,8	30,9	151,5

Fonte: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

Obs.: 1. A categoria *Regionalizado* engloba as despesas executadas pela União que puderam ter a região geográfica de alocação identificada.

2. A categoria *Nacional* engloba as despesas executadas pela União que não puderam ter a região geográfica de alocação identificada, como as aplicações diretas para a aquisição de medicamentos, ou que se referem a itens de despesa de execução tipicamente nacional, a exemplo do gasto com pessoal do MS – exceto com pessoal dos hospitais federais e institutos vinculados a esse órgão, sediados no Rio de Janeiro.

3. Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

O gasto federal com ASPS passou de R\$ 124,3 bilhões, em 2010, para R\$ 149,7, em 2019, com incremento médio de 1,20% a.a. Cresceu 27,7% e 31,3% em 2020 e 2022, respectivamente, em relação a 2019. Em 2022, o gasto federal voltou a um valor levemente superior ao alcançado em 2019.

Percentuais variáveis do gasto total federal com ASPS puderam ser regionalizados no período – ou seja, tiveram a localização da população beneficiada identificada (região geográfica, UF e/ou município). Foi possível regionalizar entre 70% e 75% da despesa total na maioria dos anos. O gasto nacional, que corresponde ao gasto federal não regionalizado, apenas foi mais significativo em 2021 e 2022 (37,2% e 30,9% do gasto total, respectivamente), em função de aquisições, pelo MS, de medicamentos para o combate da covid-19, incluindo-se vacinas.²⁵

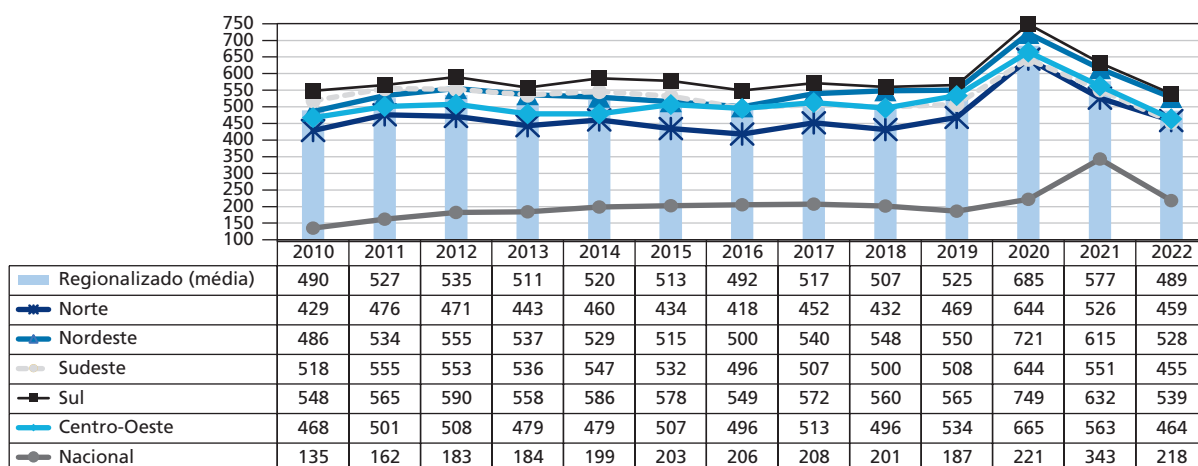
25. Esses gastos e outros também poderiam ser apropriados de forma regionalizada se forem buscados os quantitativos distribuídos por região com os respectivos valores. No entanto, para tanto, seria preciso consultar registros administrativos do MS, os quais, no geral, não são disponibilizados publicamente.

Na distribuição por região do gasto federal com ASPS, podem ser feitas observações importantes para o período 2010-2022. Em primeiro lugar, verifica-se que Norte e Sul são as regiões que, respectivamente, recebem, por habitante, os menores e os maiores valores de recursos federais regionalizados no período 2010-2022. Outra observação é que as regiões Nordeste, desde 2016, e Centro-Oeste, desde 2019, superam a região Sudeste, no *ranking* dos valores *per capita* do gasto federal com ASPS regionalizado (gráfico 6).

GRÁFICO 6

Gasto federal em ASPS por habitante – Grandes Regiões (2010-2022)

(Em R\$ de 2022)



Fontes: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siof.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>); e IBGE, para dados da população – projetada em 2018 (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

- Obs.: 1. A categoria *Regionalizado* engloba as despesas executadas pela União que puderam ter a região geográfica de alocação identificada. A parcela do gasto da União cuja UF ou região não pôde ser identificada é denominada neste texto de *nacional*.
2. A categoria *Nacional* engloba as despesas executadas pela União que não puderam ter a região geográfica de alocação identificada, como as aplicações diretas para a aquisição de medicamentos, ou que se referem a itens de despesa de execução tipicamente nacional, a exemplo do gasto com pessoal do MS – exceto com pessoal dos hospitais federais e institutos vinculados a esse órgão, sediados no Rio de Janeiro.
3. Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

3.4 Gasto federal em ASPS por emendas parlamentares

As EPs, desde 2016, têm ganhado importância no orçamento federal da saúde, situando-se entre 7,1% (2016), 10,1% (2019) e 9,9% (2022) do orçamento com ASPS do MS.

O aumento de recursos, por meio desse instrumento, tem recebido críticas por diversos motivos. A contestação mais forte a esse expediente de alocação de recursos orçamentários, no caso da saúde, é a de basear-se em “critérios político-parlamentares, nem sempre compatíveis com os requisitos técnicos, especialmente a observância do planejamento e plano de saúde” (Santos e Moretti, 2021), além de não se pautar por critérios de equidade na distribuição, não entre os parlamentares, mas entre as instâncias federadas a que se destinam.²⁶

O aumento do valor transferido via EPs, em períodos de recursos limitados,²⁷ pode criar problemas de financiamento na manutenção dos sistemas locais e desprestígio das atividades compartilhadas de planejamento e programação do sistema. A segunda ordem de críticas, sobretudo em se tratando de emendas de relator,²⁸ é que, em alguns anos, se tinha dificuldade em identificar a “autoria” e a destinação final dessas emendas, o que levou a questionamentos endereçados ao Poder Judiciário. Em 2021, apreciando arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF), a ministra Rosa Webber chegou a determinar a suspensão da execução das emendas de relator pela falta de transparência do processo, era o chamado “orçamento secreto”.²⁹ A decisão foi revertida, quase em seguida, em dezembro de 2021, após a aprovação de novas regras pelo Congresso Nacional, por meio da ADPF 854-DF, dessa ministra (Brasil, 2021b).

Independentemente desses problemas, o Congresso tem seu papel na definição do orçamento público. Compete a este, com a sanção do presidente da República, dispor sobre todas as matérias de competência da União (Brasil, 1988, art. 48, inciso II). Entre essas matérias, conforme o art. 48, item II, estão incluídos o Plano Plurianual (PPA), as diretrizes orçamentárias, o orçamento anual, as operações de crédito, a dívida pública, entre outros assuntos. Uma das formas de participação do Poder Legislativo, no tocante às matérias supracitadas, dá-se pela formulação de EPs.

26. Nas discussões no Congresso, a equidade na distribuição das emendas entre os parlamentares é a faceta debatida.

27. Mesmo que considerados insuficientes, os recursos públicos federais para saúde obedecem a um piso que se torna teto.

28. Identificadas, a partir de 2020, como Resultado Primário (RP) nº 9.

29. A falta de transparência afetou particularmente as transferências para municípios por emenda de relator em 2016. Nesse ano, não foi possível identificar o beneficiário para 39,2% dos recursos transferidos pelo MS para municípios por EPs, e a ausência de identificação ocorreu nos casos de emenda de relator (Vieira, 2022).

Foi a CF/1988 (Brasil, 1988) que restaurou a possibilidade de serem apresentadas emendas individuais ao orçamento anual,³⁰ uma vez que, imediatamente antes dessa Constituição, somente eram permitidas emendas de bancada a esse documento (Cambráia, 2011). Inicialmente, as EPs apresentadas na comissão mista pertinente não tinham reserva de recursos, eram aceitas apenas em dois casos – anulação de despesa³¹ relacionada à correção de erros ou omissões da peça orçamentária apresentada pelo Poder Executivo e, ainda, compatibilidade com o PPA e com a LDO. Até 2013, não havia a obrigatoriedade de execução das emendas individuais, sendo que estas tinham apenas caráter autorizativo, podendo ou não serem pagas pelo Executivo.

A partir de 2014, o valor global a ser destinado às EPs individuais foi definido com base no limite de 1,2% da RCL, por meio da LDO daquele exercício financeiro (Brasil, 2013).³² Esse valor passou a ser dividido pelo número de congressistas, conforme estabelecia a Resolução nº 3/2015 do Congresso Nacional (Brasil, 2015c), que alterou a Resolução nº 1/2006 (Brasil, 2006).

A EC nº 86/2015 (Brasil, 2015a) foi a que instituiu o chamado orçamento impositivo, ainda que essa obrigatoriedade fosse aplicável apenas às emendas individuais. O caráter impositivo das EPs foi ampliado, posteriormente, por força das LDOs, a partir de 2016, às emendas de bancada, previstas no anexo *prioridades e metas* dessas leis (Piola e Vieira, 2019). Mais tarde, por meio da EC nº 100/2019 (Brasil, 2019c), a impositividade alcançou definitivamente as emendas de bancada, que passaram a ter um limite de até 1% da RCL.

Foi também a EC nº 86/2015 (Brasil, 2015a) que referendou o limite para as emendas individuais propostas pelos parlamentares ao Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa).³³ Um limite correspondente a 1,2% da RCL prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que 0,6% – ou seja, metade desse valor – deveria ser destinado pelos parlamentares a ASPS, conforme ficou a seguir, consignado no § 9º ao art. 166 da CF/1988 (Brasil, 1988). Segundo o § 10 desse artigo, também incluído pela EC nº 86/2015, a execução do montante destinado às ASPS, inclusive custeio, será computada para

30. A CF/1946 não tinha restrições à aprovação de EPs ao orçamento. Por sua vez, a CF/1964 deixou a emenda individual restrita tão somente aos casos de correção de proposta em que fosse comprovada sua inexatidão financeira.

31. Excluída a possibilidade de anulação de despesas referentes a despesas de pessoal e seus encargos, serviço da dívida e transferências tributárias constitucionais para estados, municípios e DF (Brasil, 1988, art. 166, § 3º, incisos I e II).

32. Lei nº 12.919, de 24 de dezembro de 2013 – LDO para 2014 (Brasil, 2013).

33. Lembrando que esse “limite” de 1,2% da RCL já vinha da LDO de 2014 – Lei nº 12.919, de 24 de setembro de 2013 (Brasil, 2013).

TEXTO para DISCUSSÃO

fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198 da CF/1988 (Brasil, 1988),³⁴ vedada a destinação para o pagamento de pessoal ou encargos sociais – isto é, esse montante passou a ser contabilizado na apuração da aplicação mínima do governo federal com ASPS (piso federal da saúde).

Até 2016, os recursos originários de EPs tiveram peso relativamente pequeno no orçamento do MS. Em 2014 e 2015, anos em que ainda não havia sido aprovada a obrigatoriedade da execução das EPs por emenda à Constituição, estas representaram 3,2% e 1,7%, respectivamente, do orçamento do MS com ASPS. Contudo, depois da aprovação do limite para as EPs individuais pela EC nº 86/2015 (Brasil, 2015a), e com a proliferação de emendas de bancada, que também passaram a ser impositivas a partir de 2019, e de emendas de relator, o peso das emendas parlamentares no orçamento do MS subiu consideravelmente. Conforme pode ser visto na tabela 3, de 2016 a 2022, as EPs ficaram entre 7,1% e 10,1% do orçamento total do MS com ASPS.

TABELA 3

Gasto federal em ASPS segundo o tipo de alocação de recursos, pelo MS e por EP dos diferentes tipos (2014-2022)

Ano	Total (R\$ 1 bilhão de 2022)	Tipo de alocação			
		Ministério da Saúde		Emenda parlamentar	
		Valor (R\$ 1 bilhão de 2022)	% do total	Valor (R\$ 1 bilhão de 2022)	% do total
2014	148,0	143,4	96,8	4,7	3,2
2015	147,8	145,3	98,3	2,5	1,7
2016	144,3	134,1	92,9	10,3	7,1
2017	150,6	138,5	92,0	12,1	8,0
2018	149,4	138,2	92,5	11,2	7,5
2019	149,7	134,6	89,9	15,2	10,1
2020	191,2	176,6	92,4	14,6	7,6
2021	196,6	179,4	91,3	17,1	8,7
2022	151,5	136,6	90,2	14,9	9,8

Fonte: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

34. Trata dos recursos mínimos a serem obrigatoriamente destinados pela União à execução de ASPS.

Mais recentemente, a EC nº 126/2022 (Brasil, 2022b) aumentou o limite total para as EPs individuais, passando do equivalente a 1,2% para 2% da RCL, do ano anterior ao do PLOA, mantendo a destinação de 50% para ASPs (Brasil, 1988, art. 166, § 9º). Do novo limite, 1,55% da RCL se destinará a emendas de deputados e 0,45% da RCL, a emendas de senadores (Brasil, 2022b).

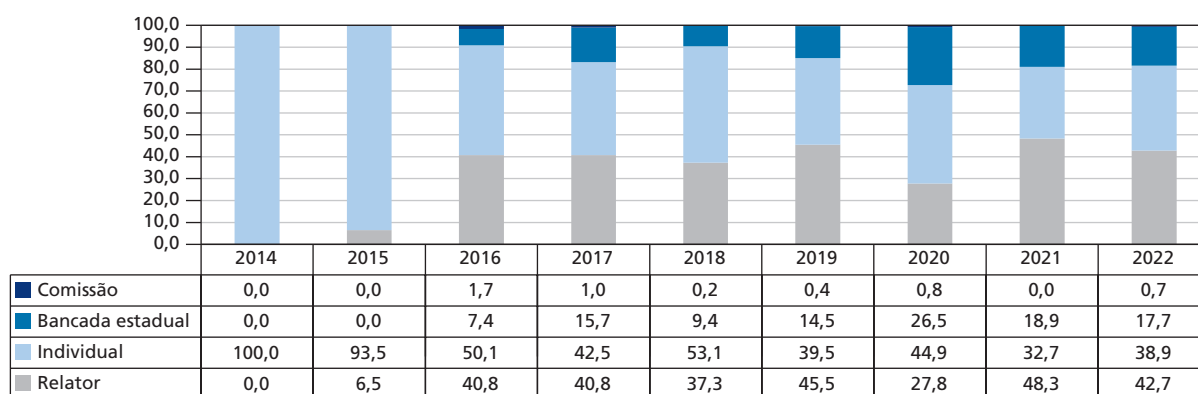
A importância que tem ganhado as EPs como mecanismo de alocação dos recursos orçamentários pode ser constatada não apenas pelo aumento do limite global para emendas individuais (de 1,2% para 2,0% da RCL), mas também pela ampliação dos recursos alocados por emendas de bancada³⁵ e, principalmente, emendas de relator. Chama atenção também, por sua minudência, os numerosos dispositivos relacionados às EPs que foram incorporados, pela EC nº 126/2022 (Brasil, 2022b), ao art. 166 da CF/1988 (Brasil, 1988).

Como pode ser observado no gráfico 7, a participação das emendas de relator ganha espaço a partir de 2016, chegando a representar 48,3% do total de recursos alocados via EPs em 2021. Também aumenta a participação das emendas de bancada, com mais de 26,5% do total alocado em 2020.

GRÁFICO 7

Distribuição dos gastos federais em ASPs executados por emendas parlamentares segundo o tipo de EP (2014-2022)

(Em %)



Fonte: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

35. Emenda coletiva de autoria das bancadas estaduais no Congresso Nacional, relativa a matérias de interesse de cada estado ou do DF. O número máximo de emendas de bancada ao Ploa é definido pelo art. 47, § 1º, incisos I e II, da Resolução do Congresso Nacional (RCN) nº 1/2006 (Brasil, 2006), ao Projeto de Lei do Plano Plurianual (PLPPA), pelo art. 97, inciso II, e ao Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO), pelo art. 87, inciso II.

TEXTO para DISCUSSÃO

Com relação à distribuição segundo a natureza da despesa, desde 2016, a maior parte dos recursos alocados por meio de EPs foi destinada a cobrir outras despesas correntes (ODCs), que constituem o principal grupo de despesa do MS. Em 2022, por exemplo, as ODCs alcançaram 83,4% do gasto total com ASPs. A tabela 4 especifica o peso das EPs nas ODCs do MS. Nos últimos dois anos, as EPs representaram 8% e 9,6%, respectivamente, do total de ODCs do gasto federal com ASPs. No tocante a investimentos, que representaram menos de 5% do gasto federal com ASPs, em 2022, a alocação via EPs alcançou percentuais bastante elevados: 63% do dispêndio total com ASPs, em 2016; 45,8%, em 2019; e 51,4%, em 2021.

TABELA 4

Gasto federal em ASPs, segundo os grupos de natureza de despesa, ODCs e investimentos, e tipo de alocação dos recursos (2014-2022)¹

Ano	Outras despesas correntes (R\$ 1 bilhão de 2022)			Investimentos (R\$ 1 bilhão de 2022)			Participação das emendas no total das ODCs (%)	Participação das emendas no total dos investimentos (%)
	Ministério da Saúde	Emendas parlamentares	Total	Ministério da Saúde	Emendas parlamentares	Total		
2014	124,7	0,6	125,4	3,6	4,0	7,7	0,5	52,5
2015	128,0	0,7	128,8	2,8	1,8	4,5	0,6	39,1
2016	118,5	6,5	125,0	2,2	3,8	6,0	5,2	63,0
2017	121,3	8,3	129,6	4,1	3,8	7,9	6,4	48,3
2018	123,3	8,6	131,9	2,8	2,5	5,3	6,5	47,7
2019	121,3	13,2	134,5	2,3	2,0	4,3	9,8	45,8
2020	163,6	11,6	175,1	3,4	3,0	6,5	6,6	46,8
2021	168,8	14,7	183,5	2,3	2,4	4,7	8,0	51,4
2022	126,4	13,4	139,8	2,6	1,5	4,1	9,6	36,1

Fonte: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siof.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

Nota: ¹ Não inclui gastos do MS registrados nos outros grupos de natureza de despesa (pessoal e encargos, juros, inversões financeiras e amortizações). Não foram executadas despesas por EPs nesses grupos.

Obs.: Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

O aumento do peso das EPs no gasto com ASPs do MS tem requerido um esforço contínuo por parte desse ministério, principalmente por meio de orientações técnicas, para aproximar a intenção dos parlamentares ao proporem suas emendas às necessidades e às prioridades definidas pelos órgãos de gestão do SUS, o que tem sido algo não trivial (Piola e Vieira, 2019; Vieira, 2022; Brasil, 2015b; 2016a; 2017; 2018a; 2019a; 2020; 2021a; 2022a).

Outra grande discussão a respeito das EPs, além da “intervenção” no processo alocativo comandado pelo MS, que é permanentemente “negociado” com os estados, o DF e os municípios, é se estas favorecem ou não uma distribuição mais equitativa dos recursos federais no SUS e, em alguns casos, mais eficiente, no sentido de privilegiar os estados/municípios que mais necessitam ou onde a alocação seria mais produtiva. Essa discussão não é nada fácil. Há todo um histórico de instrumentos legais e de propostas que levam a interpretações diversas sobre quais critérios utilizar para hierarquizar os mais necessitados e de como avaliar o grau de necessidade de entes federativos bastante desiguais, seja nas condições econômicas, seja nas condições epidemiológicas e socioeconômicas das distintas localidades ou microrregiões. Sem entrar no mérito dessa questão, que precisa ser avaliada por meio de estratégias metodológicas adequadas e segundo os diferentes grupos de EPs, a tabela 5 mostra, apenas para efeito ilustrativo, o gasto por habitante, por UF, das despesas do grupo outras despesas correntes por emendas parlamentares de todos os tipos.

TABELA 5

Gasto federal em ASPS por habitante financiado com recursos de EPs e registrado no grupo de natureza outras despesas correntes (2014-2022)

(Em R\$ de 2022)

UF	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
RR	21,7	7,9	58,1	218,7	132,3	179,2	198,0	104,1	191,3
PI	2,5	6,9	26,4	122,7	143,1	150,5	95,8	195,0	165,2
AP	16,7	15,9	82,6	105,1	144,2	135,8	287,2	287,1	160,6
AL	4,2	6,1	26,1	65,8	111,3	135,7	70,2	190,0	147,6
MA	4,2	5,2	43,3	58,2	103,3	148,4	70,2	140,3	137,5
TO	2,7	4,5	35,0	106,8	72,8	150,6	101,5	158,5	123,6
AC	15,5	14,9	60,6	62,1	81,9	127,4	121,9	187,6	110,1
SE	8,3	20,9	46,8	50,6	135,0	99,2	99,2	107,3	105,7
PB	4,3	3,9	42,2	46,5	89,6	102,9	80,1	130,4	97,6
MT	1,7	0,0	19,2	75,4	64,4	119,5	57,9	102,5	96,2
AM	2,8	1,6	34,3	31,9	29,1	59,9	96,4	119,8	89,3
RO	7,3	2,7	31,3	22,6	43,0	62,7	66,5	83,8	86,6
CE	2,6	6,7	34,4	57,1	76,7	94,1	71,3	95,5	74,8
PA	2,1	0,5	31,9	17,5	23,1	55,1	57,1	62,9	73,7
BA	2,5	2,1	19,8	20,3	43,6	69,4	41,7	81,1	71,1
PE	1,6	0,4	25,0	18,2	31,1	56,5	44,9	68,8	68,0
RN	2,6	2,2	22,0	25,7	34,1	56,0	51,1	86,8	67,2
MS	0,7	6,2	59,2	37,5	50,1	61,3	35,2	73,3	63,2

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

UF	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
SC	3,1	5,3	28,4	48,0	42,3	68,0	36,4	56,3	57,8
RJ	5,8	6,1	27,5	37,3	44,2	63,4	38,6	59,1	56,8
GO	2,1	1,8	18,6	13,4	20,0	48,4	38,3	53,2	53,5
MG	3,3	3,8	26,8	33,7	29,0	50,3	32,4	63,3	52,4
PR	4,0	4,7	32,9	35,0	30,7	43,4	32,2	50,3	49,3
ES	1,3	0,5	17,5	8,8	13,2	51,1	42,5	40,4	45,9
RS	1,6	0,7	45,3	15,9	29,0	42,8	41,1	42,6	45,8
SP	1,7	1,6	23,2	18,9	17,7	32,8	25,2	33,6	30,4
DF	3,3	14,8	32,4	41,9	36,4	76,4	44,0	14,9	14,0

Fonte: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

Obs.: 1. Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

2. Os valores foram ordenados do maior para o menor considerando 2022.

Na sequência, a figura 1 apresenta as UFs (estados e seus municípios) classificadas em cinco categorias do gasto federal por EP e habitante, em mapas de 2017 a 2022.

FIGURA 1

Gasto federal em ASPS por habitante financiado com recursos de EPs e registrado no grupo de natureza outras despesas correntes (2017-2022)

(Em R\$ de 2022)

1A – 2017



1B – 2018



1C – 2019



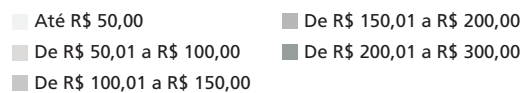
1D – 2020



1E – 2021



1F – 2022



Fonte: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Obs.: 1. Valores corrigidos para preços de 2022 pelo IPCA médio do IBGE.

2. Ilustração cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

Da leitura conjunta da tabela 5 e da figura 1, observam-se as seguintes características.

- 1) Crescimento e maior difusão dos recursos transferidos por habitante para despesas de custeio alocados por emenda parlamentar, entre 2017 e 2022 – a coloração do mapa torna-se mais escura, sinalizando que mais UFs receberam valor por habitante mais alto.
- 2) Valores por habitante mais elevados nas UFs das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, na maioria dos anos.
- 3) Variação dos valores por habitante para uma mesma UF entre os anos, o que mostra inconstância dos montantes recebidos por EPs para custeio das ASPs.

O fato de mais UFs receberem valores elevados por habitante com o passar dos anos gera preocupações sobre a alocação e a utilização desses recursos no SUS. Ainda que essas destinações por EPs possam ser vistas como um mecanismo de distribuição de benefícios pelo representante para a população que representa, não é certo que promovam “substanciais ganhos de bem-estar social”, como assegura Almeida (2021, p. 24), especialmente em áreas que requerem um arranjo de governança sistêmico e com forte coordenação federativa, como é o caso da saúde. Os ganhos de bem-estar podem não ter sido tão significativos, até mesmo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que obtiveram montantes mais elevados por EP e possuem menor oferta de serviços de saúde em comparação às demais regiões geográficas (Rache *et al.*, 2020). Isso porque a contribuição para o bem-estar na área da saúde depende da garantia de acesso da população às ações e aos serviços, em todos os níveis de complexidade, para atendimento de suas necessidades de saúde.

Estudos anteriores sobre a alocação de recursos federais por EP ao SUS demonstraram que têm sido beneficiados com maiores valores por habitante; preferencialmente, os municípios de menor porte populacional (Piola e Vieira, 2019; Vieira e Lima, 2023) e a área de atenção primária à saúde – APS (Vieira, 2022). A escolha da APS como área prioritária dessas destinações pode estar atrelada ao fato de que todos os municípios precisam garanti-la em seu território, diferentemente dos serviços de média e alta complexidade (MAC), cuja oferta é organizada a partir do desenho de regiões³⁶ e

36. A definição legal de região de saúde é: “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011, art. 2º, inciso I).

macrorregiões de saúde.³⁷ Dessa forma, os serviços de MAC são oferecidos em um número bem menor de municípios; especialmente, os de alta complexidade em saúde. Para ilustrar, em 2019, a oferta destes últimos estava concentrada nas capitais dos estados, particularmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Guerra *et al.*, 2023).

Segundo Baião, Couto e Oliveira (2019), na alocação de recursos por EP, os deputados consideram os vínculos políticos com prefeitos e a capacidade de os municípios executarem as emendas. Ainda de acordo com esses autores, os parlamentares dão pouca ou nenhuma importância, na destinação das emendas, à carência municipal por recursos para a saúde, considerando-se a precariedade da situação de saúde dos municípios avaliada em termos de menor expectativa de vida ao nascer, maior mortalidade infantil, maior percentual de idosos, maior número de pessoas em situação de pobreza absoluta e menor acesso a saneamento adequado.

No mesmo sentido, com base em estudos realizados sobre a alocação de recursos por EPs no Brasil, Carnut *et al.* (2021, p. 478) afirmam que o parlamentar brasileiro utiliza as emendas para “atendimento às suas demandas particularistas com fins eleitoreiros”. Em suma, as necessidades de saúde da população não são consideradas.

Embora o financiamento suficiente da APS seja relevante, pela capacidade deste nível de cuidado dar resposta para os principais problemas de saúde da população, e a APS seja estruturante para o sistema de saúde, uma vez que é a porta de entrada principal para a garantia do atendimento integral, em todos os níveis de complexidade, as alocações de recursos muito diferenciadas, em termos de valores por habitante, podem contribuir para a sua desorganização em nível nacional.

Por um lado, essas alocações aumentam a desigualdade na distribuição dos recursos insuficientes do SUS. Em 2018, o valor do índice de Gini³⁸ para o incremento da APS, que é feito por EP, foi de 0,684; em 2021, foi de 0,639. Para as transferências da APS sem

37. A macrorregião de saúde é o espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da rede de atenção à saúde, coordenado pelos estados em articulação com os municípios, e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes (Brasil, 2018b).

38. O índice de Gini “é um instrumento utilizado para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um (alguns apresentam de zero a cem). O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza”. Como aqui a medida é a desigualdade per capita de recursos recebidos com e sem o incremento da APS pelos municípios, o valor 0 representa repasse *per capita* igual entre todos estes, e o valor 1 significa que apenas um município detém todo o recurso repassado. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28. Acesso em: 25 fev. 2024.

o incremento, essa medida foi de 0,511 e de 0,522, respectivamente (Sá *et al.*, 2023). Por outro lado, restam dúvidas sobre a eficiência no uso dos recursos, especialmente no caso de municípios de menor porte que têm sido agraciados com valores por habitante muito elevados.

O principal item de despesa na APS para municípios com até 100 mil habitantes é o gasto com pessoal. Em 2020, a média da participação da despesa com pessoal na despesa total do município em APS, de acordo com o porte populacional desses entes, foi a seguinte: 80,6%, até 5 mil habitantes; 75,0%, de 5.001 até 10 mil; 67,2%, de 10.001 até 20 mil; 61,1%, de 20.001 até 50 mil; 56,6%, de 50.001 até 100.000; 42,9%, de 100.001 até 500 mil; e 38,6%, mais de 500 mil habitantes (Vieira *et al.*, 2022). Contudo, os repasses por EPs individuais não podem ser utilizados no pagamento de despesa com pessoal, conforme determina a CF/1988 (Brasil, 1988), por alteração introduzida pela EC nº 86/2015 (Brasil, 2015a).

Ademais, as dificuldades relacionadas à disposição e à fixação de médicos em várias localidades do Brasil deu origem ao PMM, que, por meio da gestão centralizada da lotação desses profissionais pelo MS e da reorganização da oferta de novas vagas de graduação e residência médica, procura resolver ou pelo menos mitigar esse problema. Ou seja, até mesmo com mais recursos oriundos de emenda de relator, por exemplo, existem obstáculos à fixação dos profissionais nos municípios. Dessa forma, restam dúvidas: i) se os recursos de custeio por EPs não estão sendo alocados à despesa com pessoal, para que estão sendo empregados?; e ii) esses repasses estariam fomentando a terceirização da contratação de pessoal, driblando-se o impedimento do gasto com pessoal de forma direta? Estudos específicos são necessários para responder a essas perguntas.

Outra questão é que um dos maiores gargalos na área da saúde no Brasil é a oferta de serviços de MAC em todo o território nacional, havendo diferenças importantes no acesso da população a esses serviços entre as regiões geográficas, o que ficou evidente durante o enfrentamento da pandemia de covid-19 (Rache *et al.*, 2020). Por exemplo, em 2019, o número de leitos por 100 mil habitantes era 24%, 18% e 15% menor nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, respectivamente, em relação à região Sul, que tinha a maior oferta (Rocha *et al.*, 2022).

Quando recursos federais alocados por EPs ganham maior participação nas despesas em ASPs do MS e são direcionados à APS, resta menor margem para alocações pelo Executivo, com vistas à redução das desigualdades de oferta na MAC. Ademais, permanecerão as dificuldades para acesso a serviços especializados, uma queixa recorrente da população (Sá *et al.*, 2023). Dessa forma, destinações de recursos que não consideram a forma de organização do SUS tendem a desorganizar o sistema.

Com isso, o saldo pode ser mais desfavorável para a população brasileira como um todo. Ainda que a alocação pelo Executivo também esteja sujeita à influência de fatores políticos, esta tem contribuído para a diminuição das desigualdades regionais de capacidade fiscal e oferta de serviços (Carvalho, 2021; Sá *et al.*, 2023).

Outro problema é a variação dos repasses por EPs entre os anos. Como são transferências para custeio das ASPs, a inconstância dos montantes obtidos pode gerar dificuldades para o planejamento e a oferta dos serviços em nível local. Assim, a alocação por EPs distancia ainda mais os repasses federais dos critérios e das dinâmicas estabelecidas na Lei nº 8.080/1990 e na LC nº 141/2012 (Brasil, 2012), que implica considerar: as necessidades de saúde da população; as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde; o perfil demográfico da região; o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; e a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede. Esses critérios são de difícil operacionalização, e, na prática, apenas alguns têm sido utilizados com maior frequência. Dessa forma, há a necessidade de reiniciar a discussão no campo técnico-político, pois as determinações legais a respeito do tema não foram integralmente regulamentadas e os dispositivos autoaplicáveis não têm sido seguidos (Piola *et al.*, 2013; Piola, 2017).

Ademais, mesmo que as EPs estejam favorecendo os estados com menor desenvolvimento socioeconômico das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com maior volume de recursos por habitante, pelo exposto, não é certo que os recursos adicionais ampliem o acesso da população aos serviços de saúde especializados de que necessita. Seja por produção própria pelas unidades de saúde do estado ou município, seja por contratação de serviços com o setor privado, lembrando que a maior parte desses recursos é destinada a despesas de custeio. Isso porque, no primeiro caso, existe limite da capacidade de produção de serviços. Se não há instalações, equipamentos e pessoal em quantidade suficiente, inclusive com mais recursos para custeio dos serviços, será difícil ampliar consideravelmente a produção. E porque, no segundo caso, a oferta privada é menor, especialmente nessas regiões. Por exemplo, em 2015, a participação do SUS na oferta total de leitos foi igual ou superior a 80% para a maioria das regiões de saúde do Norte, do Nordeste e do Centro-Oeste (Almeida *et al.*, 2018). Nessas regiões, seria preciso ampliar as despesas de capital, com vistas à ampliação da capacidade instalada do SUS, para aumentar a oferta de serviços de MAC.

A tabela 6 apresenta o gasto federal por habitante, executado em 2022, segundo os diferentes tipos de EPs, por UF. A figura 2 mostra a distribuição desse repasse por UF, segundo cinco categorias de valores. Observa-se que as emendas de relator e as

TEXTO para DISCUSSÃO

emendas individuais alcançaram todas as UFs. Observa-se, também, que as emendas individuais, em 2022, tiveram seus maiores valores *per capita* nos estados de Roraima (R\$ 143,3), do Amapá (R\$ 112,2), do Acre (R\$ 109,7) e do Tocantins (R\$ 58,5). Por sua vez, as emendas de relator tiveram, também nesse ano, seus maiores valores *per capita* em Roraima (R\$ 117,7), no Acre (R\$ 84,9), no Maranhão (R\$ 83,9) e no Piauí (R\$ 73,8).

TABELA 6

Gasto federal em ASPS por habitante financiado com recursos de EPs, segundo o tipo de emenda e a UF beneficiada (2022)

(Em R\$)

UF	Bancada estadual	Comissão	Individual	Relator
AC	17,1	0,0	109,7	48,7
AL	39,9	0,8	33,5	84,9
AM	21,7	0,0	25,5	49,1
AP	80,0	0,0	112,2	35,3
BA	2,0	1,1	27,3	42,5
CE	22,0	1,2	27,7	27,5
DF	6,8	0,0	24,1	4,3
ES	15,5	1,9	28,5	16,4
GO	11,6	0,9	30,2	19,8
MA	25,1	0,3	28,4	83,9
MG	6,6	0,4	24,1	26,9
MS	20,0	0,8	36,1	23,5
MT	21,4	0,6	34,4	47,7
PA	20,6	0,4	22,1	34,3
PB	27,7	0,3	35,4	51,0
PE	9,1	0,4	27,7	35,8
PI	59,5	1,6	37,7	73,8
PR	7,6	1,3	27,0	20,0
RJ	3,6	0,0	25,7	33,2
RN	42,0	0,0	30,2	18,6
RO	0,0	0,0	48,4	53,0
RR	0,0	0,0	143,3	117,7
RS	8,5	0,1	28,3	16,9
SC	20,3	0,3	24,8	15,0
SE	15,7	0,7	44,6	51,5
SP	5,4	0,1	16,5	11,3
TO	20,6	0,8	58,5	71,0
Nacional	0,0	0,0	0,2	0,0

Fontes: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Elaboração dos autores.

FIGURA 2

Gasto federal em ASPS por habitante financiado com recursos de EPs, segundo o tipo de emenda e a UF beneficiada (2022)

(Em R\$)

2A – Individual



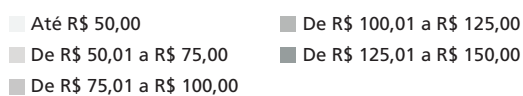
2B – Relator



2C – Bancada estadual



2D – Comissão



Fonte: Siop, para as despesas empenhadas da União (disponível em: <https://www.siop.planejamento.gov.br/modulo/login/index.html#/>). Acesso em: 17 jan. 2024.

Obs.: Ilustração cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

TEXTO para DISCUSSÃO

A partir dos dados da tabela 6 e da figura 2, pode-se, por exemplo, refletir sobre os impactos da sobrerrepresentação da população dos estados do Norte e do Nordeste no Congresso Nacional, em relação à alocação de recursos em saúde. Tome-se o exemplo do Amapá, que tem recebido aportes elevados por EPs e cuja população projetada pelo IBGE para 2022 foi de 908.689 habitantes. Com oito deputados, a proporção do Amapá é de um deputado para 113.586 pessoas. Agora, vejamos a situação para São Paulo, estado mais populoso, cuja população em 2022 foi projetada em 47.333.288 habitantes, com setenta deputados. A proporção nesse caso é de um deputado para 676.190 pessoas. Como as emendas individuais têm valor igual que pode ser alocado por deputado,³⁹ isso significa que o conjunto dos deputados do Amapá pôde destinar maior montante de recursos por pessoa que o conjunto dos de São Paulo. Sem entrar do mérito dessa questão, o fato é que o critério utilizado para a distribuição das EPs individuais, segundo representação parlamentar das UFs, passou a ser mais um critério de regionalização das transferências federais para ASPS.

Todas essas questões trazem novamente, para a agenda pública, o debate sobre a alocação de recursos federais para financiamento das ASPS e, nessa temática, a respeito das metodologias que podem ser utilizadas para o rateio desses recursos. Conforme estabelece a CF/1988 (Brasil, 1988), um dos objetivos da União é reduzir as desigualdades socioeconômicas entre as diferentes regiões brasileiras. Trazendo essa questão para o campo da saúde, como parte dessas desigualdades deve-se à oferta e ao acesso desigual da população a serviços de saúde, tal objetivo requer que a União compense as diferentes capacidades locais de financiamento do SUS, a fim de ampliar a oferta desses serviços e reduzir vazios assistenciais no território nacional. Para tanto, faz-se necessária a adoção de metodologias para a alocação equitativa de recursos aos entes subnacionais.

Carnut *et al.* (2020) defendem que metodologias para a alocação equitativa de recursos devem basear-se nas necessidades de saúde da população e considerar a dimensão *per capita* na distribuição dos recursos, cujos valores precisam ser definidos a partir de critérios que considerem questões sociodemográficas, socio sanitárias e epidemiológicas, com incrementação do orçamento a cada ano, em função do crescimento da população, e aperfeiçoamento contínuo dos métodos. Essa mesma recomendação é compartilhada por Pooyan *et al.* (2018), que afirmam que apenas o uso do método de alocação *per capita* de recursos, cujo único critério adotado é o populacional, não

39. Em 2022, cada parlamentar pôde apresentar até 25 emendas, com valor total de R\$ 17,6 milhões, sendo metade desse valor destinado às ASPS. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/agencia/infograficos-html5/veja-como-os-partidos-distribuiram-as-emendas-individuais-para-minist%C3%A9rios-no-orcamento-2022/index.html>.

é suficiente para promover equidade.⁴⁰ Para esses autores, além das questões demográficas, outros fatores devem ser considerados nas decisões sobre as destinações de recursos à saúde, com o objetivo de produzir efeitos sobre a equidade.⁴¹

Outros autores também reforçam que os métodos que empregam fórmulas para a alocação regional de recursos, com vistas à promoção da equidade horizontal e vertical, são relevantes por estarem fundamentados nas necessidades de saúde da população. Contudo, destacam que a adoção desses métodos enfrenta desafios de duas ordens: metodológica e política. O desafio metodológico envolve a coleta e o uso de dados que possibilitem a produção de indicadores mais acurados sobre as necessidades de saúde. Enquanto o desafio político diz respeito à necessidade de incluir parte significativa dos recursos, sob a alocação definida a partir da aplicação do método escolhido, e de reduzir a pressão e a interferência política na destinação dos recursos (Love-Koh *et al.*, 2020). No caso do Brasil, este último parece ter se tornado o maior desafio à alocação equitativa de recursos ao SUS, dado o grande interesse dos parlamentares na destinação de parcelas cada vez maiores de recursos à saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, retomam-se questões relevantes abordadas neste texto e ensaiam-se algumas recomendações, com vistas à alocação de recursos para a redução das desigualdades regionais na capacidade de financiamento das ASPS e, conseqüentemente, a oferta de serviços de saúde.

A EC nº 126/2022 (Brasil, 2022b), chamada de EC da Transição, entre outras matérias, estabeleceu que a regra do teto de gastos da EC nº 95/2016 (Brasil, 2016b) seria substituída por um “novo arcabouço de regras fiscais” e que essa substituição seria feita por PLP, a ser enviado ao Congresso Nacional até agosto de 2023. Com a LC nº 200/2023, foi aprovado o Novo Arcabouço Fiscal. Por essa lei, o teto de gastos foi extinto, e o piso federal com ASPS voltou a estar vinculado à RCL, mais precisamente a 15% da RCL. Uma boa notícia, que trouxe uma velha preocupação.

O chamado Novo Arcabouço Fiscal, como muitos reconhecem, tem margem pequena para o incremento das despesas governamentais – nunca inferior a 0,6% a.a.

40. Uma divisão igualitária por habitante não seria suficiente para promover a equidade de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista as desigualdades socioeconômicas e de condições de saúde das populações.

41. Geralmente, as fórmulas propostas tratam da distribuição de recursos para custeio. Nos casos de insuficiência de oferta de serviços, a distribuição para ampliação da capacidade instalada (investimentos) deveria ter tratamento diferenciado, considerando-se a forma de organização do sistema de saúde.

ou superior a 2,5% a.a. Como os pisos da saúde e da educação são garantidos e têm volumes baseados na evolução de receitas, parece óbvio que acabará faltando recursos para outras áreas. Ainda em março de 2023, explicando esse novo arcabouço, o secretário do Tesouro Nacional (Rogério Ceron) afirmou que eventuais mudanças sobre pisos de gastos em saúde e educação ocorreriam por meio de EC e valeriam a partir de 2025. Declarou ainda que “há critérios que podem ser melhores que a mera indexação” – em relação às receitas –, segundo matéria publicada pela Agência Brasil (Máximo, 2023).

Diante desse problema, tão evidente para não ter sido antecipado, já começam a surgir soluções “engenhosas”, como ocorreu no orçamento para 2023, para acomodar o gasto federal de saúde com ASPS. Nesse ano, como dito anteriormente, no cálculo do piso federal para os gastos com ASPS, foi utilizada a RCL estimada, não a efetivada no ano, o que resultou em piso de valor mais baixo.

Nesse contexto de soluções provisórias e indefinições preocupantes, não se pode vislumbrar, a médio prazo, a perspectiva de um aumento maior dos recursos federais em ASPS, que, como o estudo mostra, são aqueles que, proporcionalmente, perderam espaço no financiamento público da saúde. Isso é grave, pois são os recursos da União aqueles que podem diminuir de forma mais concreta as desigualdades regionais no financiamento setorial. Os recursos da União para a saúde tendem a manter-se sem crescimento significativo, e, como decorrência, o MS apresenta a tendência de perder cada vez mais seu poder de estimular as políticas prioritárias do sistema, uma vez que, com o aumento do espaço das emendas parlamentares no orçamento federal da saúde, há perda do poder discricionário do MS. Ainda com relação às emendas parlamentares, embora possam representar um caminho de atendimento de demandas regionais no orçamento da saúde, ao serem majoritariamente destinadas para ações de custeio, podem estar criando problemas futuros para a sustentabilidade da oferta, como discutido neste texto. Mais estudos são necessários para conhecer em sua completude os impactos das EPs no financiamento do SUS, na oferta de serviços e na organização desse sistema.

A seguir, algumas medidas são sugeridas para avaliação pelo MS, com vistas ao enfrentamento das desigualdades regionais de financiamento das ASPS. A primeira destas é a busca pela implementação de método de alocação equitativa de recursos, considerando-se os preceitos da LC nº 141/2012 (Brasil, 2012) para o rateio dos recursos federais. Como dito anteriormente neste texto, é nos momentos em que o ministério tem um aporte adicional de recursos em relação ao ano anterior, como ocorreu em 2023, que se abre espaço para a implantação de tal método, mesmo que de forma progressiva. Nessa situação, parte-se da base atual de recursos partilhados e maneja-se a distribuição dos recursos adicionais, sem que nenhum ente da Federação tenha redução dos repasses que já recebia.

A segunda medida sugerida é a adoção de critérios diferentes para a alocação de recursos para custeio das ASPS e investimento no SUS. A elaboração de um plano de investimento é fundamental para orientar a destinação dos recursos considerando-se o desenho regional da saúde e a necessidade de ampliação da capacidade instalada em regiões e macrorregiões de saúde do país. Transferências de recursos baseadas em valores por habitante que levam em conta indicadores demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos fazem mais sentido quando destinadas ao custeio das ASPS pelos entes da Federação. Por sua vez, os repasses para investimentos na rede assistencial, além de considerar os indicadores mencionados, precisam levar em conta as lacunas na capacidade instalada e de oferta de serviços em regiões e macrorregiões de saúde, com vistas à redução dos vazios assistenciais.

A terceira medida é a consideração da capacidade de financiamento das ASPS pelos entes subnacionais. Conforme previsto no inciso V do art. 35 da Lei nº 8.080/1990, os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais é um dos critérios a serem utilizados no estabelecimento dos valores a serem transferidos pelo MS às secretarias estaduais e municipais de saúde. Esse critério é bastante relevante, dada a capacidade fiscal diferenciada dos entes da Federação e das UFs (estados e seus respectivos municípios), mas não tem sido considerado na quase totalidade das propostas de alocação equitativa de recursos federais.

Por fim, a quarta medida sugerida é a busca de maior aprimoramento na indução da alocação de recursos por EPs, considerando-se a forma de organização do SUS. Embora a APS seja muito relevante, um montante muito elevado de recursos alocados do orçamento do MS por EPs para a APS, em detrimento da atenção especializada e de outras áreas de atuação do SUS, cria desequilíbrios importantes no financiamento dos serviços, dado o orçamento disponível. A garantia da integralidade do atendimento em saúde não se dá em base municipal, mas considerando-se a oferta regional de serviços, e é justamente a oferta regional de serviços especializados um dos maiores gargalos do SUS. Nesse contexto, seria preciso discutir uma relação mais adequada da partilha de recursos por EPs entre despesas de custeio e de capital.⁴² Assim, uma parte mais

42. A ampliação da destinação de recursos federais para o custeio das ASPS por EPs e a redução da parcela destinada a investimentos coincidiram com a adoção do orçamento impositivo e do teto de gastos, que congelou, em termos reais, a aplicação mínima federal em ASPS. Sob o teto de gastos, ficava muito difícil manter destinações elevadas para investimento no SUS, porque a ampliação de sua capacidade produtiva demandaria mais recursos para custeio dos serviços, algo inviável sob aquele regime fiscal. Com a revogação da EC nº 95/2016 (Brasil, 2016b), o MS pode reavaliar a decisão de induzir basicamente o custeio de serviços por EPs, por meio do incremento à APS e do incremento à atenção especializada à saúde, estabelecendo incentivos para produzir maior equilíbrio entre as despesas de custeio e capital. Embora atualmente isso possa ser difícil de fazer, é preciso buscar meios para reverter o quadro existente de alocação de recursos por EPs, que desincentiva a destinação para investimentos.

substancial das emendas poderia ser direcionada a investimentos em determinados municípios, levando-se em conta o recorte da regionalização do SUS. Para tanto, faz-se necessária a elaboração de um plano de investimentos e de um mapa que sinalize aos parlamentares as localidades e as áreas prioritárias para a alocação de recursos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. P. B. de. O mito da ineficiência alocativa das emendas parlamentares. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 34, p. e239518, 2021.

ALMEIDA, M. V. *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In: DE NEGRI, J. A. et al. Desafios da nação*: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2, p. 357-414.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA, V. E. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em saúde no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, v. 27, n. 71, p. e004, 2019.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 set. 2000.

BRASIL. Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003. Aprova as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 maio 2003.

BRASIL. Resolução nº 1 de 2006-CN. Dispõe sobre a Comissão Mista Permanente a que se refere o § 1º do art. 166 da Constituição, bem como a tramitação das matérias a que se refere o mesmo artigo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2006. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescon/2006/resolucao-1-22-dezembro-2006-548706-normaatualizada-pl.html>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 12.919, de 24 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração e execução da Lei Orçamentária para 2014; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mar. 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 18 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 600, de 10 de junho de 2015. Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à rede SUS no exercício de 2015, para incremento do teto de média e alta complexidade e do piso de atenção básica, com base no disposto no art. 36, § 6º, da Lei nº 13.080, de 2 de janeiro de 2015, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 31, 19 jun. 2015b. Seção 1.

BRASIL. Resolução nº 3, de 2015-CN. Altera a Resolução nº 1, de 2006-CN, para ampliar o número de relatorias setoriais do Projeto de Lei Orçamentária Anual e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 set. 2015c. Seção 1. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/rescon/2015/resolucao-3-25-setembro-2015-781582-publicacaooriginal-148198-pl.html>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Portaria MS nº 268, de 25 de fevereiro de 2016. Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos à Rede SUS no exercício de 2016, para aplicação no incremento do teto de média e alta complexidade e do piso de atenção básica, com base no disposto no art. 38, § 6º, da Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 fev. 2016a. Seção 1.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 18 mar. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 788, de 15 de março de 2017. Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao SUS no exercício de 2017, para incremento do teto de média e alta complexidade e do piso de atenção básica, com base no disposto no art. 40, § 6º, da Lei nº 13.408, de 26 de dezembro de 2016, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 65, 16 mar. 2017. Seção 1.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 565, de 9 de março de 2018. Regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS) no exercício de 2018, nos termos do art. 38, § 6º, inciso II, da Lei nº 13.473, de 8 de agosto de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 mar. 2018a. Seção 1.

BRASIL. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 mar. 2018b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 395, de 14 de março de 2019. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, no exercício de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 15 mar. 2019a. Seção 1. Edição 51-A.

BRASIL. Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras; altera as leis nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996, nº 9.472, de 16 de julho de 1997, nº 9.478, de 6 de agosto de 1997, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, nº 9.984, de 17 de julho de 2000, nº 9.986, de 18 de julho de 2000, nº 10.233, de 5 de junho de 2001, a Medida Provisória nº 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, a Lei nº 11.182, de 27 de setembro de 2005, e a Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 2019b.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de estado ou do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2019c.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 488, de 23 de março de 2020. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, no exercício de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 2, 23 mar. 2020. Seção 1. Edição extra C.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.263, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, no exercício de 2021. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1, 14 jul. 2021a. Seção 1.

BRASIL. **Acórdão – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 854**. Relatora: ministra Rosa Weber. Brasília: STF, dez. 2021b. Disponível em: https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF854113decisao_monocratica11.pdf. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 684, de 30 de março de 2022. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, no exercício de 2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 202, 31 mar. 2022a. Seção 1.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao Projeto de Lei Orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 2022b.

CAMBRAIA, T. **Emendas ao Projeto de Lei Orçamentária Anual: algumas distorções**. Brasília: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, 2011. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2011/EmendasParlamentares2.pdf>.

CARNUT, L. *et al.* Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 902-918, jul. 2020.

CARNUT, L. *et al.* Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 467-480, abr. 2021.

CARVALHO, G. P. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3409-3421, 2021. Suplemento 2.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, dez. 2019.

FUNCIA, R. F. (Coord.). **Nova política de financiamento do SUS**. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, set. 2022. Disponível em: [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gesp-nota2022_ABRES%20\(2\).pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gesp-nota2022_ABRES%20(2).pdf).

FUNCIA, R. F.; SANTOS, L. Guerra nas estrelas: as eternas lutas de *jedi* contra a quebra do piso da saúde. **Revista Domingueira da Saúde**, n. 23, jul. 2023. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-23-julho-2023>.

GIACOMONI, J. **Orçamento governamental: teoria, sistema, processo**. São Paulo: Atlas, 2018.

GOMES, F. B. C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da Constituinte à regulamentação da Emenda nº 29/00. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, 2014.

GUERRA, D. M. *et al.* Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 138, p. 431-443, jul. 2023.

LOVE-KOH, J. *et al.* Methods to promote equity in health resource allocation in low-and middle-income countries: an overview. **Globalization and Health**, v. 16, n. 6, p. 1-12, 2020.

MÁXIMO, W. Governo quer reavaliar pisos para gastos em saúde e educação. **Agência Brasil**, Brasília, 30 mar. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2023-03/governo-quer-reavaliar-pisos-para-gastos-com-saude-e-educacao>. Acesso em: 15 mar. 2024.

MENDES, A.; LEITE, M. G.; CARNUT, L. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 77, 2020.

MENDES, A.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

MORETTI, B. *et al.* Sangrando o SUS. **Focus Brasil**, 20 mar. 2022. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/focusbrasil/2022/03/20/sangrando-o-sus/>.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Brasília: MS, 2004.

OLIVEIRA, F. A. **Economia e política das finanças públicas no Brasil: um guia de leitura**. São Paulo: Hucitec, 2009.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012**. Brasília: Ipea, 2017. (Texto para Discussão, n. 2298).

PIOLA, S. F. **Financiamento do Sistema Único de Saúde: análise do impacto financeiro de propostas legislativas para aumentar os recursos alocados ao sistema**. Brasília: Ipea, 2023. (Texto para Discussão, n. 2937).

PIOLA, S. F.; VIEIRA, F. S. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2019 (Texto para Discussão, n. 2497).

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. D. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017**. Brasília: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2439).

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846)

POOYAN, E. J. *et al.* The effect of resource allocation decisions on efficiency and equity in the health sector: a systematic review. **Caspian Journal of Health Research**, v. 3, n. 1, p. 28-34, 2018.

PORTO, S. M. *et al.* Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 365-376, 2003.

PORTO, S. M. *et al.* **Projeto Alocação Geográfica de Recursos** – relatório final para o Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, out. 2005. Mimeografado.

RACHE, B. *et al.* **Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo ao covid-19**: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. Rio de Janeiro: Ieps, mar. 2020. (Nota Técnica, n. 3). Disponível em: https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/sites/default/files/biblioteca/ESTUDO%20ANA%20MALIK%20NT3-vFinal.pdf_0.pdf.

ROCHA, R. *et al.* **A regionalização da saúde no Brasil**. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022. (Estudo Institucional, n. 7).

SÁ, E. B. de. *et al.* Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 29, p. 111-166, 2022.

SÁ, E. B. de. *et al.* Saúde. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 30, p. 95-146, 2023.

SANTOS, L.; MORETTI, B. Emendas parlamentares: para onde caminha o orçamento público. **ABM**, 21 set. 2021. Disponível em: <https://abm.org.br/emendas-parlamentares-para-onde-caminha-o-orcamento-publico-por-lenir-santos-e-bruno-moretti/>.

VIEIRA, F. S. **Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS**: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020). Brasília: Ipea, 2022. (Texto para Discussão n. 2732).

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VIEIRA, F. S.; BERNARDES, L. C. G.; PIOLA, S. F. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 31, 2024. No prelo.

VIEIRA, F. S.; LIMA, L. D. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 123, p. 1-12, 2023.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ASPS da União**: impactos para o financiamento federal do SUS e para elaboração das contas em saúde. Brasília: Ipea, ago. 2016. (Texto para Discussão, n. 2225).

VIEIRA, F. S. *et al.* Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. e00280221, 2022.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do país e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e no inciso VIII do *caput* e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 ago. 2023.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal**: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica Disoc, n. 26).

APÊNDICE A

QUADRO A.1

Despesas deduzidas do orçamento global do Ministério da Saúde (MS), para identificação das despesas em ações e serviços públicos de saúde – ASPS (2010-2022)

Deduções	Método	Justificativa	Base normativa/legal
Exercícios: 2010 a 2012			
Inativos e pensionistas.	Exclusão do programa 0089 (Previdência de Inativos e Pensionistas da União).	Dedução prevista no inciso I da sétima diretriz da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 322, de 8 de maio de 2003.	Sétima diretriz: em conformidade com o disposto na Lei nº 8.080/1990, com os critérios da quinta diretriz e para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a: I – pagamento de aposentadorias e pensões.
Assistência médica ao servidor.	Exclusão da ação orçamentária 2004 (Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e seus Dependentes).	Não atende ao inciso I da quinta diretriz, e a dedução está prevista no inciso II da sétima diretriz da Resolução do CNS nº 322, de 8 de maio de 2003.	Quinta diretriz, inciso I: sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito. Sétima diretriz: em conformidade com o disposto na Lei nº 8.080/1990, com os critérios da quinta diretriz e para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a: II – assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada).
Serviço da dívida (juros e amortizações).	Exclusão do grupo de natureza de despesa – GND 2 (juros) e do GND 6 (amortizações).	Dedução prevista no §1º da sétima diretriz da Resolução do CNS nº 322, de 8 de maio de 2003.	Sétima diretriz, § 1º: no caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.
Exercícios: 2013 a 2022			
Compensação de cancelamento de restos a pagar de despesas em ASPS de exercícios anteriores.	Exclusão das despesas executadas nas modalidades de aplicação: 35 – Transferências fundo a fundo aos estados e ao Distrito Federal (DF) à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar (LC) nº 141/2012; 45 – Transferências fundo a fundo aos municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da LC nº 141/2012; e 95 – Aplicação direta à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da LC nº 141/2012.	A aplicação anual em ASPS deve considerar as despesas empenhadas do orçamento de cada exercício, conforme art. 24 da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012. A compensação de restos a pagar cancelados diz respeito a despesas em ASPS de exercícios anteriores, que foram inscritas em restos a pagar em exercícios subsequentes, cujos restos a pagar foram cancelados e devem ser repostos.	Art. 24 – Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere essa lei complementar, serão consideradas: I – as despesas liquidadas e pagas no exercício; e II – as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).	Exclusão da unidade orçamentária (UO) 36213 (Agência Nacional de Saúde Suplementar).	Não atende ao inciso I do art. 2º da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Art. 2º – Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta lei complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Deduções	Método	Justificativa	Base normativa/legal
Operações de crédito.	Exclusão da fonte 148 (Operações Externas de Crédito em Moeda).	Dedução prevista no § 4º do art. 24 da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Art. 24 – Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta lei complementar, serão consideradas: § 4º – Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta lei complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º: I – na União, nos estados, no DF e nos municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º.
Inativos e pensionistas.	Exclusão dos programas: 0089 (Previdência de Inativos e Pensionistas da União); 0909 (Operações Especiais: Outros Encargos Especiais, ação 0536 – Pensões Decorrentes de Legislação Especial e/ou Decisões Judiciais); e 0032 (Programa de Gestão e Manutenção do Poder Executivo, ação 0181 – Aposentadorias e Pensões Cíveis da União).	Dedução prevista no inciso I do art. 4º da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Art. 4º – Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta lei complementar, aquelas decorrentes de: I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde.
Assistência médica ao servidor.	Exclusão da ação orçamentária 2004 (Assistência Médica e Odontológica aos Servidores, Empregados e seus Dependentes)	Dedução prevista no inciso III do art. 4º da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Art. 4º inciso III – Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal.
Serviço da dívida (juros e amortizações).	Exclusão do GND 2 (juros) e do GND 6 (amortizações).	Dedução baseada no § 3º do art. 24 da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que autoriza a inclusão como ASPS apenas pelos estados, pelo DF e pelos municípios.	Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta lei complementar, serão consideradas: § 3º – Nos estados, no DF e nos municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta lei complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.
Farmácia popular.	Exclusão da ação orçamentária 20YS (Manutenção e Funcionamento do Programa Farmácia Popular do Brasil pelo Sistema de Copagamento).	Não atende ao inciso I do art. 2º da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Art. 2º – Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta lei complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.
Academias da saúde.	Exclusão das ações orçamentárias 20YL (Implantação das Academias da Saúde) e 217U (Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde).	Não atende ao inciso III do art. 2º da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Art. 2º, inciso 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.

(Continua)

(Continuação)

Deduções	Método	Justificativa	Base normativa/legal
Participação em organismos internacionais.	Exclusão do programa 0910 (Operações Especiais: Gestão da Participação em Organismos Internacionais) e do programa 0909 (Operações Especiais: Outros Encargos Especiais, ações orçamentárias 00NJ – Doação à Agência Internacional de Compra de Medicamentos para Países em Desenvolvimento – Unitaid e 00NK – Doação à Aliança Global para Vacinas e Imunização – Gavi).	Não atende ao inciso I do art. 2º da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Art. 2º – Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta lei complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito.
Saneamento básico.	Exclusão das ações orçamentárias: 10GD (Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios de até 50 mil Habitantes, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico); 10GE (Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios de até 50 mil Habitantes, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico); 10GG (Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios de até 50 mil Habitantes, Exclusive de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico); 20AG (Apoio à Gestão dos Sistemas de Saneamento Básico em Municípios de até 50 mil Habitantes); 20AM (Implementação de Projetos de Coleta e Reciclagem de Materiais); 21CA (Implantação, Ampliação e Melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios com até 50 mil Habitantes, Exclusive em Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico); 21CB (Implantação, Ampliação e Melhoria de Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios com até 50 mil Habitantes, Exclusive em Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico); 21CC (Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios de até 50 mil Habitantes, Exclusive em Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico); 7X28 (Saneamento Básico); 7XK6 (Implantação, Ampliação e Melhoria de Sistemas Públicos de Abastecimento de Água em Municípios com até 50 mil Habitantes); 7XK7 (Implantação, Ampliação e Melhoria de Sistemas Públicos de Esgotamento Sanitário em Municípios com até 50 mil Habitantes); e 7XK8 (Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios com até 50 mil Habitantes).	Dedução prevista no inciso V do art. 4º da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Essa questão continua polêmica. Por ora, estão sendo incluídas como ASPS as despesas com saneamento de comunidades rurais e para a implantação de melhorias sanitárias domiciliares, drenagem e manejo de águas pluviais urbanas, quando voltadas à prevenção e ao controle de doenças e agravos, sendo deduzidas as demais despesas com saneamento básico. Essa inclusão está baseada no inciso VII (saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos) do art. 3º da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012.	Art. 4º – Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta lei complementar, aquelas decorrentes de: V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade.
Exercícios: 2017 a 2022			
Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).	Exclusão da ação orçamentária 20G8 (Reestruturação dos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares Prestados pelos Hospitais Universitários Federais – Financiamento Partilhado).	Entendimento do Tribunal de Contas da União (TCU) de que as despesas com os hospitais universitários federais não são específicas do setor de saúde e de que os repasses do MS ocorriam para as unidades orçamentárias desses hospitais, em contrário ao que determina a LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, nas duas situações. Assim, as despesas com essas unidades não podem ser consideradas em ASPS (item 9.2.2 do Acórdão nº 31/2017 – TCU – Plenário).	9.2.2 – Os recursos consignados no orçamento do Ministério da Saúde para serem transferidos, no âmbito do REHUF, às unidades orçamentárias dos hospitais universitários federais não podem ser contabilizados para fins de cumprimento do valor mínimo a ser destinado à área saúde, previsto no art. 198, § 2º, I, da CF/1988.

(Continua)

TEXTO para DISCUSSÃO

(Continuação)

Deduções	Método	Justificativa	Base normativa/legal
Participação da União no capital social da Empresa Brasileira de Hemoderivados (Hemobrás).	Exclusão da ação orçamentária 09LP (Participação da União no Capital Social – Hemobrás).	Entendimento do TCU de que a Hemobrás explora atividade econômica, com expectativa de lucro, com a venda de imunobiológicos, sangue e hemoderivados ao setor privado, e que essas atividades não se enquadram no conceito de ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito. Portanto, as despesas com a integralização do capital da empresa não podem ser consideradas em ASPS, conforme dispõe a LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (item 9.2.5 do Acórdão nº 31/2017 – TCU – Plenário).	9.2.5 – As despesas com a integralização de capital da Hemobrás não podem ser consideradas para fins de cumprimento do valor mínimo a ser destinado à área saúde, previsto no art. 198, § 2º, I, da CF/1988.
Exercícios: 2020 a 2022			
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).	Exclusão da UO 36212 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.	Com a aprovação da Lei das Agências Reguladoras (Lei nº 13.848/2019), a Anvisa passou a ser um órgão orçamentário independente do MS, deixando de ser uma unidade orçamentária a este vinculada. Como as despesas em ASPS da União devem ficar sob a responsabilidade do MS, conforme determina o art. 12 da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, as despesas executadas pela Anvisa não podem mais ser computadas para fins de cálculo da aplicação federal em ASPS.	Art. 12 Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Fontes: Brasil (2003; 2012; 2013; 2019), STF (2017) e TCU (2017).

Elaboração dos autores.

Obs.: 1. Não houve financiamento de despesas com recursos do Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza nos exercícios de 2010 a 2022 (fontes 145, 179 e 979).

2. A alocação de recursos à saúde em relação às receitas da compensação financeira pela exploração do petróleo está prevista no inciso I do §2º da Lei nº 12.858/2013 e refere-se a 25% das “receitas dos órgãos da administração direta da União provenientes dos *royalties* e da participação especial decorrentes de áreas cuja declaração de comercialidade tenha ocorrido a partir de 3 de dezembro de 2012, relativas a contratos celebrados sob os regimes de concessão, de cessão onerosa e de partilha de produção, de que tratam respectivamente as leis nº 9.478, de 6 de agosto de 1997, nº 12.276, de 30 de junho de 2010, e nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010, quando a lavra ocorrer na plataforma continental, no mar territorial ou na zona econômica exclusiva” (Brasil, 2013, §2º, inciso I), após deduzidas as transferências para estados, DF e municípios. O art. 3º da Emenda Constitucional (EC) nº 86, de 17 de março de 2015, estabeleceu que “as despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o § 1º do art. 20 da Constituição Federal, serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal” (Brasil, 2015, art. 3º). Sob força de medida cautelar expedida pelo ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) Ricardo Lewandowski, na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5.595/2017 (STF, 2017), os recursos de compensação financeira pela exploração de petróleo ou gás natural deveriam ser alocados adicionalmente ao piso federal. Em outubro de 2022, o STF julgou, no mérito, por maioria, improcedente a ação direta, declarando a constitucionalidade dos arts. 2º e 3º da EC nº 86/2015 (Brasil, 2015). Assim, as despesas financiadas com recursos dessa fonte são consideradas gastos em ASPS. A divergência que houve é se estas deveriam ou não ser computadas para fins de apuração da aplicação mínima federal em ASPS. Com o julgamento do STF em 2022, está em vigor o art. 3º da EC nº 86/2015 (Brasil, 2015), que determina que as despesas financiadas por essa fonte serão consideradas no piso federal em ASPS. Para mais detalhes, conferir STF (2017).

QUADRO A.2

Categorias das variáveis plano orçamentário e resultado primário do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento do Governo Federal (Siop), utilizadas na identificação das despesas por emendas parlamentares executadas pelo MS (2014-2022)

Ano	Planos orçamentários e resultados primários	Tipo de emenda
2014-2015	Resultado primário 6 – Despesa primária discricionária (emendas individuais).	Individual
	Plano orçamentário 0000 – Apoio à manutenção de unidades de saúde do resultado primário. 2 – Despesa primária discricionária.	Relator
2016-2017	Resultado primário 6 – Despesa primária discricionária (emendas individuais).	Individual
	Planos orçamentários (emenda de bancada – EBAN e emenda de bancada – anexo prioridades e metas do resultado primário – EBPM). 2 – Despesa primária discricionária.	Bancada
	Plano orçamentário (emenda de comissão do resultado primário – ECOM). 2 – Despesa primária discricionária.	Comissão
	Planos orçamentários 0000 – Apoio à manutenção de unidades de saúde e emenda de relator (EREL) do resultado primário. 2 – Despesa primária discricionária e 1 – Despesa primária obrigatória.	Relator
2018	Resultado primário. 6 – Despesa primária discricionária (emendas individuais).	Individual
	Planos orçamentários (EBAN e EBPM). 2 – Despesa primária discricionária.	Bancada
	Plano orçamentário (ECOM). 2 – Despesa primária discricionária.	Comissão
	Planos orçamentários 0000 – Apoio à manutenção de unidades de saúde e 000Z – Execução de ações de acompanhamento especial do resultado primário. 2 – Despesa primária discricionária.	Relator
2019	Resultado primário 6 – Despesa primária discricionária (emendas individuais).	Individual
	Planos orçamentários (EBAN e EBPM). 2 – Despesa primária discricionária.	Bancada
	Plano orçamentário (ECOM). 2 – Despesa primária discricionária.	Comissão
	Planos orçamentários: 0000 – Apoio à manutenção de unidades de saúde; 0000 – Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial para cumprimento de metas – despesas diversas; 0000 – Incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção básica em saúde para cumprimento de metas – despesas diversas; e 000Z – Execução de ações de acompanhamento especial do resultado primário. 2 – Despesa primária discricionária.	Relator
2020-2022	Resultado primário: 6 – Despesa primária discricionária (emendas individuais).	Individual
	Resultado primário: 7 – Despesa discricionária decorrente de emenda de bancada.	Bancada
	Resultado primário: 8 – Despesa discricionária decorrente de emenda do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e de comissão mista permanente do Congresso Nacional.	Comissão
	Resultado primário: 9 – Despesa discricionária decorrente de emendas do relator-geral do Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa), excluídas as de ordem técnica.	Relator

Fonte: Vieira (2022).

Elaboração dos autores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003. Aprova as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 maio 2003.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 12.858, de 9 de setembro de 2013. Dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do *caput* do art. 214 e no art. 196 da Constituição Federal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 10 set. Brasília, 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm.

BRASIL. Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras; altera as leis nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996, nº 9.472, de 16 de julho de 1997, nº 9.478, de 6 de agosto de 1997, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, nº 9.984, de 17 de julho de 2000, nº 9.986, de 18 de julho de 2000, nº 10.233, de 5 de junho de 2001, a Medida Provisória nº 2.228-1, de 6 de setembro de 2001, a Lei nº 11.182, de 27 de setembro de 2005, e a Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 2019.

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Direta de Inconstitucionalidade 5595**. Relator: ministro Ricardo Lewandowski. Brasília: STF, 2017. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=312629019&ext=.pdf>.

TCU – TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Acórdão TCU nº 31/2017 – Plenário**. Brasília: TCU, 2017.

VIEIRA, F. S. **Emendas parlamentares ao orçamento federal do SUS: método para estimação dos repasses a cada município favorecido, segundo áreas de alocação dos recursos (2015-2020)**. Brasília: Ipea, 2022. (Texto para Discussão n. 2732).

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Brena Rolim Peixoto da Silva

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Nayane Santos Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Reginaldo da Silva Domingos

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Natália de Oliveira Ayres

Capa

Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico

Aline Cristine Torres da Silva Martins

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.