



IX ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ISSN: 2594-5688

secretaria@sbap.org.br

Sociedade Brasileira de Administração Pública

ARTIGO

FINANCIAMENTO DO SUS NA PERSPECTIVA DOS GASTOS MUNICIPAIS

BLEND A LEITE SATURNINO PEREIRA, DANIEL RESENDE FALEIROS,

GRUPO TEMÁTICO: 02 Análise de Políticas Públicas

IX Encontro Brasileiro de Administração Pública, São Paulo/SP, 5 a 7 de outubro de 2022.
Sociedade Brasileira de Administração Pública
Brasil

Disponível em: <https://sbap.org.br/>

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 introdução o direito a saúde como um direito fundamental de acesso universal e igualitário, correspondendo um dever estatal de prestação mediante um sistema único em prover ações e serviços públicos de saúde (ASPS), por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Do ponto de vista das relações financeiras intergovernamentais, o SUS materializou-se por meio de um esquema tripartite, integrado por recursos da União e dos entes subnacionais. Todavia, a instabilidade no financiamento da saúde no Brasil é um problema antigo e carente de solução. Nesse contexto, o presente trabalho tem o objetivo de atualizar as informações dos gastos municipais em ASPS e trazer à discussão da necessidade em alocar mais recursos para o SUS destinados a manutenção e a expansão do acesso a saúde da população brasileira.

Palavras: SUS, Financiamento da Saúde, Gestão Municipal

Introdução

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabeleceu, em seu art. 1º, que a República Federativa do Brasil é formada pela união indissolúvel dos estados, municípios e do Distrito Federal. O texto constitucional teve como um de seus objetivos redemocratizar o país, buscando escapar da histórica centralização dos poderes e do orçamento estatal promovendo o federalismo e, com ele, a divisão de poderes entre União, estados, Distrito Federal e municípios.

A Carta de 1988 inovou ainda quanto a estatura institucional da saúde como um direito fundamental de acesso universal e igualitário, a que corresponde um dever estatal de prestação mediante um sistema único, financiado pelo Orçamento da Seguridade Social (PINTO, 2017). Desta forma, no Brasil, saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.

Destaca-se que antes da constituição de 1988, a assistência pública à saúde no Brasil percorreu uma trajetória de caráter assistencialista ou relacionada a um perfil contratual e contributivo de um seguro. Como política pública, a saúde emergiu forte e ampliada do processo constituinte, tendo se desdobrado em diversos dispositivos constitucionais como verdadeira conquista dos movimentos sociais, notadamente o movimento sanitário (PINTO, 2017). Coube ao Estado o papel de protagonista, visando implantar políticas sociais que combinassem compensação, focalização e universalização de direitos para mitigar problemas estruturais de desigualdade social e incapacidade de inserção produtiva (GRIN, 2013).

Desta forma, saúde foi instituída no Brasil como um direito social, inscrita no rol de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, ações estas voltadas para assegurar a

nova ordem social, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais (ROA, CANTON e FERREIRA, 2016). Assim, a partir da promulgação da Constituição Federal o Estado passa a ser responsável em prover ações e serviços públicos de saúde (ASPS), por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçado na universalização do acesso, integralidade e igualdade da assistência, bem como a gratuidade do atendimento (BRASIL, 1988).

Do ponto de vista das relações financeiras intergovernamentais, a criação do SUS materializou-se por meio de um esquema tripartite, integrando por recursos da União, dos estados, Distrito Federal e municípios (DAIN, 2007). Todavia, a instabilidade no financiamento da política pública de saúde no Brasil é um problema antigo e ainda carente de solução. A insuficiência de recursos e a irregularidade nos fluxos financeiros sempre estiveram presentes (PINTO, 2017). Ainda que os constituintes tivessem se preocupado em determinar a participação das três esferas de governo no seu financiamento e previsto fontes de receitas e alocação de recursos mínimos pela União, nos primeiros anos do SUS e durante os anos 1990, o mandamento constitucional foi totalmente ignorado (SERVO, SANTOS, *et al.*, 2020).

O mínimo de garantia estatal em saúde, contra o qual não pode haver medidas tendentes ao retrocesso, toma como ponto de partida no Brasil pós-Emenda Constitucional nº 29/2000, as vinculações orçamentárias estabelecidas no art. 198 não cabendo a qualquer dos entes da federação atentar contra esse estágio normativo de proteção (PINTO, 2017). A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, determinou vinculações específicas para aporte de percentuais mínimos do produto da arrecadação de receitas de estados, Distrito Federal e municípios, no entanto criou uma norma especial para União, diferente das demais esferas de governo, que ao contrário do que se pensava ano a ano vem reduzindo sua participação nos gastos público.

Nesse contexto, o presente trabalho tem o objetivo de traçar um panorama do financiamento do SUS notadamente na perspectiva municipal, registrando desafios inerentes, e apontar recomendações para viabilizar a sustentabilidade do sistema, otimizar a utilização dos recursos e efetividade dos gastos.

Marcos Normativos

O artigo 198 da Constituição Federal estabelece que o SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, Distrito Federal e municípios. Conforme disciplinado pela Emenda Constitucional n. 29/2020, estados, Distrito Federal e municípios devem aplicar o mínimo de 12% e 15%, respectivamente, do produto da

arrecadação própria de cada esfera. No tocante a União a regra tem se alterado durante os 33 anos de existência do SUS passando por cinco mudanças significativas.

Quadro 01 - Normas de aplicação mínima de recursos da União para o financiamento de ASPS desde a promulgação do 1988

Período	Norma	Método de cálculo do mínimo a ser aplicado em ASPS
A partir de 1988	CF/88	Determinação de que 30% do OSS - Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, fossem alocados ao SUS até que a LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias fosse aprovada.
2000 - 2015	EC 29/2000	Valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB - Produto Interno Bruto.
2016	EC 86/2015	Percentuais escalonados da RCL - Receita Corrente Líquida, do respectivo exercício financeiro, partindo de 13,2% em 2016 até 15% em 2020.
2017 - 2021	EC 95/2016	15% da RCL em 2017 e nos anos seguintes este valor acrescido do IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (medido entre julho do ano anterior e junho do ano da elaboração da peça orçamentária).
2021 - 2036*	EC 113/21	15% da RCL em 2017 e nos anos seguintes este valor acrescido do IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (medido/estimado entre janeiro a dezembro do ano da elaboração da peça orçamentária).
2036* e seguintes	EC 86/2015	15% da RCL do respectivo exercício financeiro (fim de EC 95/16).

Fonte: Constituição Federal [4]. Obs.: Há previsão legal da possibilidade de alteração em 2026.

No âmbito da União, a determinação constitucional inicial, disciplinada no ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Art. 55), era de que 30% do OSS - Orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, fossem alocados no SUS, até que a LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias fosse aprovada. Todavia, tal regra não foi efetivada.

Somente no ano de 2000, a vinculação das três esferas de gestão do SUS foi estabelecida por meio da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que alterou o ADCT (Art. 77). Segundo a norma, em 2000, a União deveria aplicar em saúde no mínimo o montante empenhado em ASPS no exercício financeiro de 1999, acrescido de cinco por cento, e nos anos seguintes o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB - Produto Interno Bruto. Por sua vez, o mínimo aplicado pelos estados deveria ser 12% dos recursos próprios, os municípios 15% dos recursos próprios e Distrito Federal ambos percentuais 12% e 15%, conforme repartição das receitas tributárias específicas deste ente federado (BRASIL, 2000). Importante registrar que caso ocorra descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios ocorre suspensão das transferências constitucionais.

Para a União a metodologia estabelecida pela EC 29/2000 vigorou até 2015, quando o Congresso Nacional aprovou uma nova regra que alterou o art. 198. Segundo a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 (BRASIL, 2015) a União deveria aplicar em ASPS percentuais escalonados da RCL - Receita Corrente Líquida escalonados da seguinte forma: 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; 15% em 2020. Servo et al afirmam que, sob a vigência da EC 86/2015, a recessão econômica iniciada em 2015 trouxe prejuízos ao financiamento federal do SUS em 2016, em virtude da queda de arrecadação (SERVO, SANTOS, *et al.*, 2020).

Todavia, a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (Art. 110), novamente alterou a ADCT, instituindo o chamado Novo Regime Fiscal, estabelecendo por 20 anos., para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias Assim, a nova regra revogou o escalonamento dos percentuais estabelecidos para os anos de 2016 a 2020 dando eficácia imediata ao Art. 198 obrigando uma aplicação pela União de no mínimo 15% da RCL do respectivo exercício financeiro (BRASIL, 2015). Além disso, estabeleceu uma nova regra no ADCT, segundo a qual em 2018, e nos anos seguintes, o valor mínimo de 2017 (15% da RCL) será acrescido do IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (medido entre julho do ano anterior e junho do ano da elaboração da peça orçamentária).

A EC 95/2015 pode ser entendida como uma trava da ampliação do financiamento do SUS, uma vez que dificulta alocar mais recursos para a saúde, sem desfinanciar outras políticas no âmbito da gestão Federal. Como há um teto de gastos para as despesas primárias, as aplicações mínimas em saúde e em educação foram congeladas, e algumas despesas tendem a crescer acima da inflação (benefícios previdenciários, por exemplo), gera-se competição por recursos cada vez mais escassos para financiar outras políticas (SERVO, SANTOS, *et al.*, 2020)

Após seis anos de vigência da EC 95/2015, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 113, em 8 de dezembro de 2021 (EC 113/2021), que mais uma vez alterou a metodologia de cálculo do piso para aplicação em ASPS da União, quando alterou o período de apuração do IPCA, que passou a ser medido/estimado entre janeiro a dezembro do ano da elaboração da peça orçamentária. Com a crise econômica, proveniente dos reveses da pandemia de Covid-19, houve também um crescimento da inflação na economia nacional. Assim, segundo a justificativa da Proposta de Emenda à Constitucional Federal n. 23, convertida posteriormente em EC 113/2021, estimou-se que com a alteração do período de apuração do IPCA o limite do teto de gastos no orçamento Federal foi ampliado em R\$ 65 bilhões, obrigatoriamente destinados ao atendimento das despesas de ampliação de programas sociais de combate à pobreza e à extrema pobreza, no âmbito da saúde, previdência e à assistência social (BRASIL, 2021).

A nova metodologia não alterou o comportamento do gasto federal em saúde e definitivamente não trouxe mudanças no financiamento do SUS, visto que a alteração do período temporal do IPCA apenas corrige monetariamente o valor do mínimo a ser destinado a ASPS pelo Ministério da Saúde. Importante citar que a regra de transição vigente estabelecida pela EC 95/2015 poderá ser alterada após 10 anos de sua vigência, ou seja em 2026, ou ainda seguir inalterada até 2036, quando acabará a vinculação do IPCA anual aos 15% da RCL de 2017 e passará a ser 15% da RCL de 2036.

Gasto Público

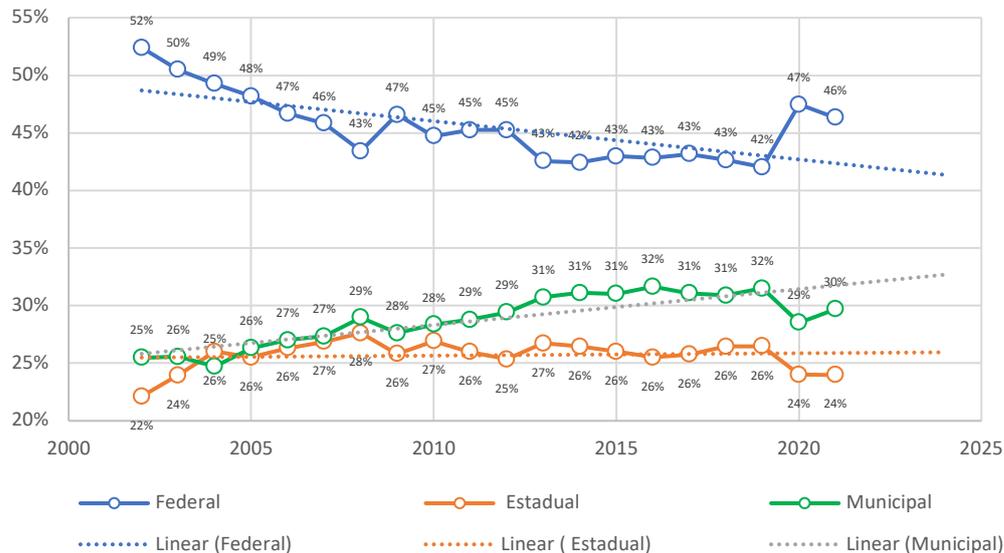
Em 2020, a União foi responsável por cerca de 48% da despesa pública total, considerando um aporte substancial de recursos extraordinários destinados às necessidades de saúde provocada pela pandemia de Covid-19. A pequena ampliação da participação da União nos gastos em saúde em 2020 não se traduziu na retirada da pressão do orçamento municipal em relação aos dispêndios com a saúde. Em 2019, a União foi responsável apenas por 42% do financiamento total, e após a ampliação temporária, o

primeiro ano da pandemia, em 2021, com finalização do aporte derivado dos créditos extraordinários para Covid-19, a participação do União já reduz novamente sua participação, apresentando um percentual de 45%.

Nos anos de 1980, a participação da União já foi superior a 75%, mas nos últimos 20 anos, a média do dispêndio federal caiu, alcançando 45%, em 2021, de participação no gasto público seguida pelos municípios com 29% e estados com 26%.

Considerando dados desde 2002, uma projeção para os próximos três anos indica que tal composição em 2024 será de 41%; 33%; 26%. Significa dizer que mantendo o mesmo crescimento do gasto, Estados e Municípios que hoje são responsáveis por 55% dos gastos em 2024 passarão a ser por 59%, com aporte predominantemente dos municípios.

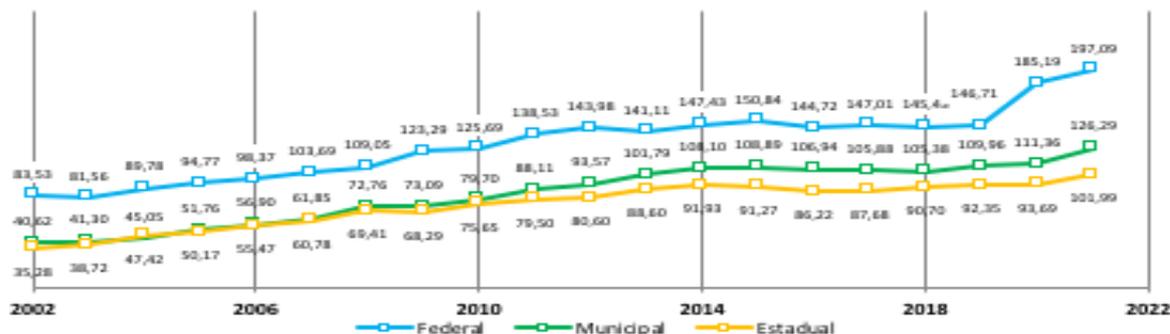
Gráfico 1 - Composição percentual do Gasto Público em Ações e Serviços Públicos em Saúde por esfera de gestão do SUS, Brasil (2001-2021)



Fonte: Elaboração Própria com dados do SIOPS/SE/MS.

Enquanto as normativas que estabelecem o piso Federal para gastos com saúde se alternam, a execução federal sempre se mantém próxima a ele, do mesmo modo os gastos estaduais próximo ao respectivo piso, enquanto os gastos municipais aumentam a cada ano, superando em média oito pontos percentuais dos 15% preconizados, desde a EC 29/2000. O histórico do (des)financiamento federal vem pressionando os entes subnacionais, sobretudo municípios, a alocarem parcelas cada vez maiores do produto das respectivas arrecadações, para financiar as demandas e os custos crescentes por ações e serviços públicos em saúde. Em 2021, a soma dos gastos de Estados e Municípios ultrapassa os gastos federais em mais de R\$ 31 bilhões, em valores de jan/2022.

Gráfico 2 - Despesa pública em Ações e Serviços Públicos em Saúde, por esfera de gestão do SUS, Brasil (2001-2021), valores em R\$ bilhões (IPCA jan./22)



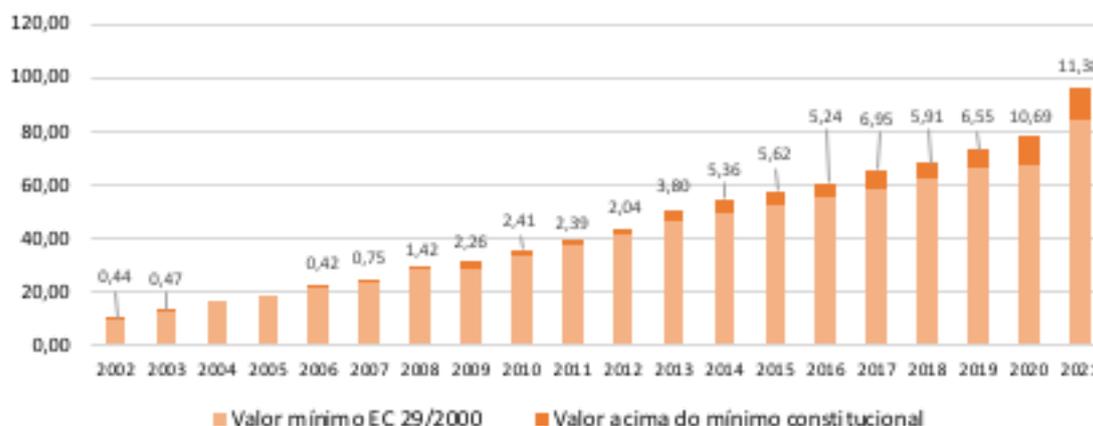
Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/SE/MS.

Por outro lado, boletim, publicado pela Secretaria do Tesouro Nacional, registrou uma forte pressão de elevação das despesas do setor saúde, frente a tendência de crescimento dos custos dos serviços, em velocidade superior ao índice de inflação médio da economia. Em geral, os serviços de saúde apresentam crescimento contínuo de seus preços relativos, ou seja, uma inflação acima da média da economia, o que faz com que os seus custos, particularmente nos serviços de média e alta complexidade, cresçam acima do IPCA. Para além da pressão de custos, o processo de envelhecimento da população também tende a aumentar as despesas de saúde, pois a maior proporção de pessoas idosas, as quais demandam maiores gastos em saúde, eleva o dispêndio total nessa área [12].

Aplicação dos entes subnacionais acima do mínimo constitucional

Conforme disciplinado pela EC 29/2000, os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde devem ser no mínimo 12% dos recursos próprios dos estados. No caso dos municípios, o mínimo a ser aplicado é de 15% dos recursos próprios.

Gráfico 3 - Valores aplicados em ASPS, com destaque para acima do mínimo constitucional, pelos Estados, SUS (2002-2020)



Fonte: Elaboração Própria com dados do SIOPS/SE/MS.

Em 2021, em conjunto, os estados ultrapassaram este mínimo em mais de R\$11 bilhões (Gráfico 3), todavia nem sempre foi assim. Em média, nos últimos 20 anos os estados, assim com o Ministério da Saúde, mantiveram os níveis de aplicação em ASPS muito próximo ao valor mínimo.

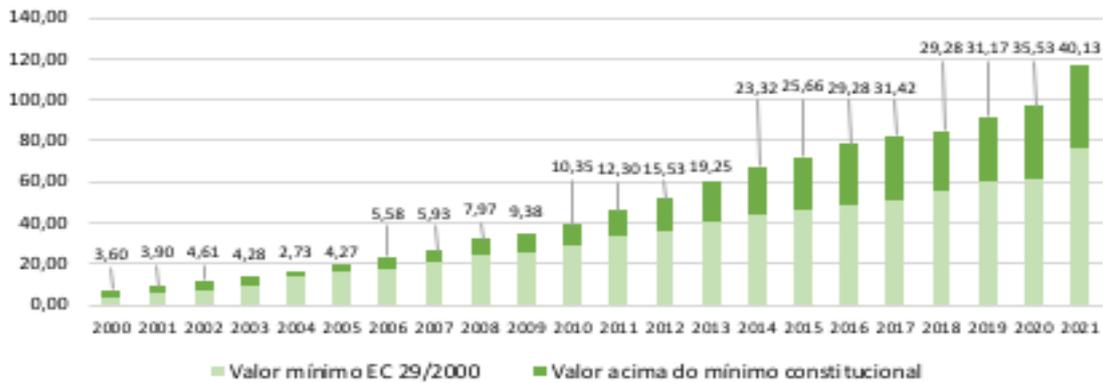
Gráfico 4 – Percentuais mínimos e aplicados em ASPS, com destaque para acima do mínimo constitucional, pelos Estados, SUS (2002-2020)



Fonte: Elaboração Própria com dados do SIOPS/SE/MS

Por sua vez, em média, nos últimos 10 anos, o conjunto dos municípios, tem se distanciado significativamente da aplicação do mínimo constitucional. No ano de 2021 o valor atingiu o percentual de 23%, representando um volume total de recursos acima do estabelecido pela Constituição Federal da ordem de R\$40 bilhões (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Valores aplicados em ASPS, com destaque para acima do mínimo constitucional, pelos Municípios, SUS (2000-2020)



Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/SE/MS.

Gráfico 6 – Percentuais mínimos e aplicados em ASPS, com destaque para acima do mínimo constitucional, pelos Municípios, SUS (2000-2020)



Fonte: Elaboração Própria com dados do SIOPS/SE/MS.

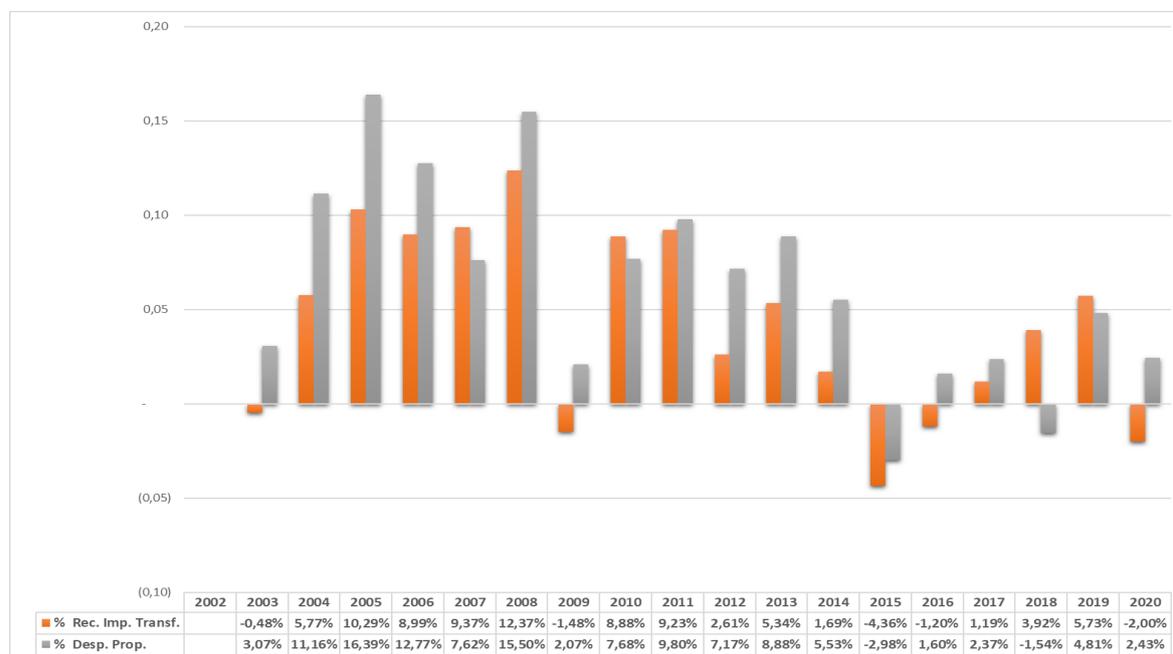
As despesas com saúde continuam crescendo, com a descontinuidade dos créditos federais criados em 2020, e o aporte municipal será ampliado, assim como as crescentes demandas por serviços, desta forma, podendo comprometer as demais políticas públicas. Arrecadação própria vs. crescimento despesas próprias – Municípios

A Constituição Federal de 1988 promoveu uma redistribuição dos recursos tributários para os entes subnacionais, além de possibilitar que os estados e municípios tenham receitas próprias pela via da tributação direta. No entanto, o aumento das responsabilidades transferidas a estados e municípios não se deu na proporcionalidade do aporte de receitas, ocasionando um desequilíbrio no pacto federativo.

Estudo de comportamento das transferências federais, tendo em vista a hegemonia fiscal da União e seu importante papel redistributivo no sistema, revela-se fundamental para sinalizar alternativas capazes de promover uma organização mais equilibrada do SUS, reduzindo as desigualdades regionais vigentes [21].

No caso da saúde este descompasso fica nítido. Entre 2002 e 2020, a taxa de crescimento da arrecadação própria dos Municípios foi de 52%, enquanto o crescimento das despesas próprias foi de 196%. Significa dizer que o crescimento das despesas com saúde foi 2,5 vezes maior do que a arrecadação, nos últimos 18 anos. Para os municípios a arrecadação própria é o produto das receitas tributárias base de cálculo do mínimo constitucional a ser aplicado em ASPS, conforme estabelecido pelo Art. 198 da Constituição Federal. Já as despesas próprias em saúde, são as declaradas, constantes no artigo 3º da Lei Complementar 141/2012, consideradas como gastos em saúde.

Gráfico 7 - Comparação entre taxas de crescimento de arrecadação própria e crescimento das despesas com recursos próprios dos Municípios, Brasil (2002-2020)



Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/SE/MS.

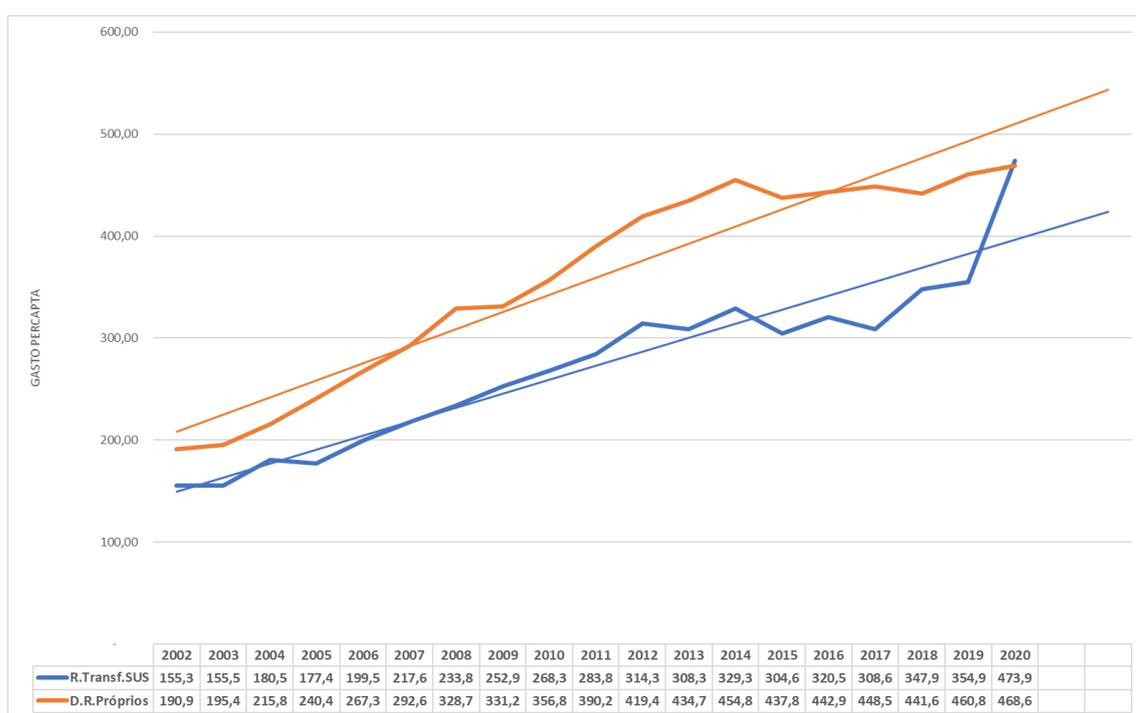
Na variação anual, o gráfico demonstra crescimentos negativos de arrecadação nos anos de 2003; 2009; 2015; 2016; 2020, sendo que nestes exercícios fiscais, exceto no exercício de 2015, incidiu uma variação positiva de crescimento da despesa de RP-ASPS.

As necessidades crescentes da população em ações e serviços públicos em saúde, faz com que as respectivas despesas também cresçam. Desta forma, o crescimento da despesa própria e menor arrecadação fazem com que os municípios tendam a não ter condições de desempenhar as demais funções e políticas públicas, pelas quais são responsáveis, assim como a total ausência da capacidade em alocar mais recursos para saúde.

Receitas transferências Fundo Nacional Saúde vs. Despesas Próprias – Municípios

Quando as despesas próprias municipais são comparadas com os recursos de transferências federais para SUS por habitante, fica claro que nos últimos 18 anos a despesa per capita com recursos próprios com ASPS sempre foi maior do que o valor per capita dos repasses federais, salvo em 2020 quando foram abertos sucessivos créditos extraordinários para enfrentamento da pandemia da COVID19, onde os valores per capita se igualaram.

Gráfico 08 - Comparação de valores per capita de receitas de transferências SUS versus despesas recursos próprios, Brasil (2002-2020)



Fonte: Elaboração própria, com dados do SIOPS/SE/MS.

Todavia, o encontro dos valores per capita no ano de 2020 não expressa a tendência das curvas. As transferências do SUS registram tendência de alta, assim com os gastos próprios. Porém estes com maior inclinação que aqueles, em outras palavras o crescimento dos gastos com recursos próprios dos municípios continuará a ser maior do que o crescimento dos repasses.

Registra-se que a expansão em 2020 dos repasses federais (de R\$ 354,90 para R\$ 473,90) não reduziu os gastos municipais em ASPS (de R\$ 460,80 para R\$ 468,60), o que demonstra mais uma vez o subfinanciamento do sistema por parte da União e a necessidade de novos aportes financeiros aos Municípios.

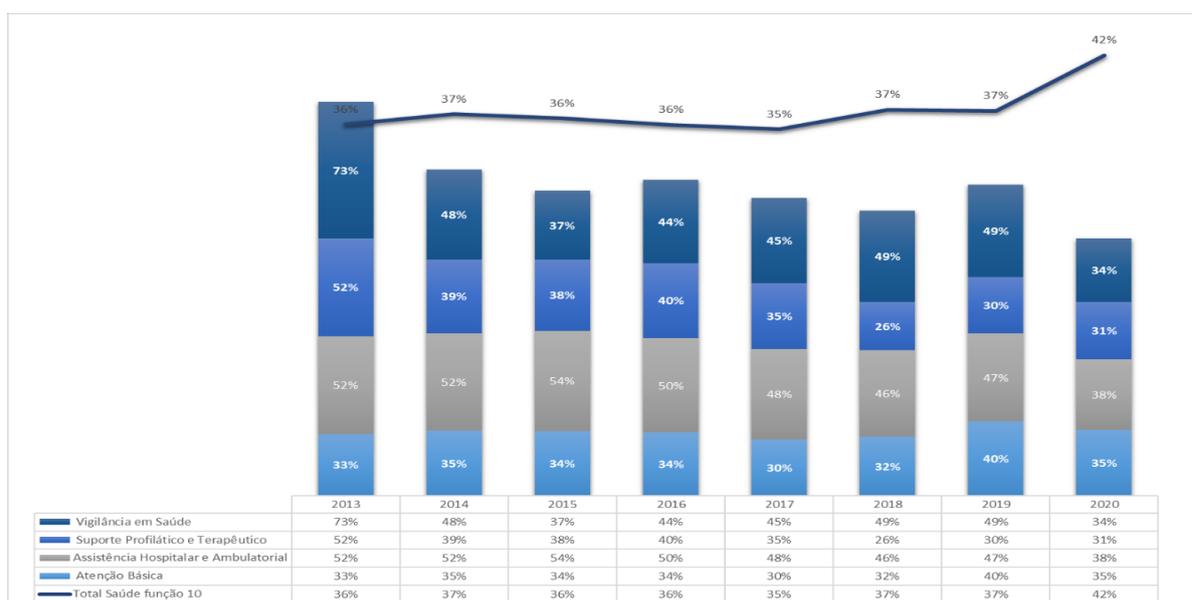
Participação Das Transferências Federais no Gasto Municipal Por Subfunção - Áreas Selecionadas

As transferências intergovernamentais constituem um elemento central no sistema de relações federativas no Brasil e é um item fundamental de receita para a grande maioria dos governos subnacionais (Estados e Municípios). O processo de descentralização, uma das diretrizes do SUS, obrigou a criação de mecanismos de financiamento das ASPS, em que são necessárias transferências financeiras para os entes subnacionais com o objetivo de co-financiar a provisão de tais serviços.

O financiamento do componente federal é realizado por meio de transferências fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos entes subnacionais, de forma regular e automática, conforme preconizado pela Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012). No caso do componente estadual, os repasses são realizados segundo a mesma modalidade ou por transferências voluntárias (convênios), observando os critérios pactuados localmente.

Ao longo dos exercícios de 2013 a 2020, foram registradas participações dos repasses federais no total de gasto em saúde dos municípios brasileiros para quatro áreas basilares de atuação do SUS, as quais concentram os maiores gastos – Atenção Básica, Atenção Especializada (Atenção Ambulatorial e Hospitalar), Assistência Farmacêutica (Suporte Terapêutico e Profilático) e Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária e Epidemiológica). As quatro áreas apresentaram declínio da participação federal no gasto municipal em saúde no período.

Gráfico 09 - Taxa de participação das transferências federais frente aos gastos com recursos próprios dos municípios, Brasil (2013-2020)



Fonte: Elaboração própria com dados do SICONFI/STN - Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro/Secretaria do Tesouro Nacional e SIOP/ME - Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento/Ministério da Economia.

Despesa por Fonte Exercício Fiscal

Verificou-se a composição de gastos municipais com ASPS, do exercício fiscal de 2019, considerando as três fontes de financiamento (municipal, estadual e federal) demonstra detalhamento dos gastos municipais (despesa empenhada) por fonte de financiamento e área de atuação (subfunções), no ano fiscal anterior ao início da pandemia Covid-19.

O consolidado dos gastos dos municípios aponta que os recursos municipais custearam 59% das despesas seguidos dos recursos federais (37%) e estaduais (4%). Dentre as subfunções a maior despesa ficou a cargo da Atenção de Hospitalar Ambulatorial custeada por Municípios (48%) União (47%) e Estados (5%). A APS, segundo maior gasto da assistência a responsabilidade dos municípios é ainda maior: Municípios (60%) União (37%) e Estados (3%).

Tabela 1 - Gastos em saúde nos orçamentos municipais, por fonte de financiamento – Despesa Empenhada, Brasil (2019)

Despesa empenhada - 2019 Subfunção / Atividades	Recursos Municipais		Recursos Federais		Recursos Estaduais		Total	
	R\$	% por Fonte	R\$	% por Fonte	R\$	% por Fonte	R\$	%
Atenção Básica	36.557,62	60%	22.483,63	37%	1.686,57	3%	60.727,83	100%
Atenção Hospitalar e Ambulatorial	34.183,02	48%	33.796,64	47%	3.799,80	5%	71.779,46	100%
Vigilância em Saúde	2.377,31	52%	2.062,39	45%	94,31	2%	4.534,01	100%
Suporte Profilático (Assistência Farmacêutica)	1.789,24	52%	1.400,31	41%	239,01	7%	3.428,56	100%
Administrativas	22.758,68	93%	1.433,95	6%	183,59	1%	24.376,23	100%
Alimentação e Nutrição	46,85	71%	18,05	27%	0,94	1%	65,84	100%
Informações complementares	1.124,08	86%	152,32	12%	35,10	3%	1.311,50	100%
Total	98.836,81	59%	61.347,31	37%	6.039,32	4%	166.223,44	100%

Fonte: Prefeituras Municipais - SIOPS

milhões

Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS/SE/MS.

Os dados declarados pelos gestores municipais no SIOPS demonstram o impacto nas contas municipais dos gastos com saúde. É evidente a necessidade de se rediscutir e aprimorar as formas de financiamento do SUS, uma vez cerca de 60% de todo gasto em saúde tem como fonte de financiamento os recursos próprios municipais.

Os municípios arcam com as despesas segundo fonte de recursos próprios, relativos ao produto da arrecadação direta e transferências constitucionais. A fonte federal é originária dos repasses fundo a fundo a municípios, realizada pelo Ministério da Saúde e os repasses estaduais tem como fonte os repasses realizados de acordo com a pactuação local, em que

as estratégias podem ser por Fundo a Fundo, similar a federal, ou por meio de transferências voluntárias por meio de convênios.

Conclusão

O panorama do financiamento do SUS na ótica municipal objetivou atualizar as informações dos gastos municipais em ASPS e trazer à discussão da necessidade em alocar mais recursos para o SUS destinados a manutenção e a expansão do acesso a saúde da população brasileira. Apesar do papel decisivo desempenhado pelo SUS, os gastos com saúde no Brasil divergem muito de uma trajetória compatível com o acesso universal, gratuito e igualitário, previsto na Constituição Federal de 1988 (SCHEFFER, 2022).

As transferências federais condicionadas exerceram seu papel de coordenação federativa, pois forneceram os incentivos necessários para a implantação de políticas nacionais descentralizadas, as quais são desenhadas centralmente, e implantadas localmente (VASQUEZ, 2011). Todavia, os dados analisados, demonstram que o aumento das responsabilidades transferidas a municípios não se deu na proporcionalidade do aporte de receitas, ocasionando um desequilíbrio no pacto federativo. Os incentivos financeiros estimularam a descentralização dos serviços, mas não cobrem integralmente os custos de oferta dos programas, exigindo expressivas contrapartidas municipais de recursos próprios. Mesmo após a adesão dos municípios aos programas federais, observa-se que os valores que norteiam as transferências da União não são corrigidos adequadamente, o que exige maior aporte de recursos próprios municipais para manutenção dos serviços ofertados.

É imperativo (re)discutir o financiamento do SUS com a ampliação da participação dos demais entes da federação e este é um importante desafio que a gestão tripartite deverá enfrentar. O fim do incremento dos orçamentos com recursos extraordinários, e retorno dos padrões de financiamento da esfera federal antes da pandemia, obrigará os municípios a alocarem mais recursos e/ou reduzir serviços, frente as demandas crescentes de necessidades da população.

Importante registrar que eficiência não pode ser entendida somente como maximização dos serviços com os recursos já disponíveis. É imprescindível compreender a necessidade de ampliação do acesso, assim como a ampliação dos recursos destinados a execução de ASPS.

Bibliografia

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: [s.n.], 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 29**. [S.l.]: [s.n.], 2000. Extraído
:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.

BRASIL. **Lei Complementar n. 141**. Brasília: [s.n.], 2012.

BRASIL. **Emenda Constitucional 86**. Brasília: Brasil, 2015.
Acesso:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95**. Brasília: [s.n.], 2015. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm>. Acesso em: junho 2021.

BRASIL. **LEI Nº 13.587, DE 2 DE JANEIRO DE 2018**. Brasília: [s.n.], 2018.

BRASIL. **PEC 23/2021 - Proposta de Emenda à Constituição**. Câmara dos Deputados. Brasília. 2021. Proposta de Emenda à Constituição de autoria do Poder Executivo Federal.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2007. 1851-1864.

GRIN, E. Regime de Bem-estar Social no Brasil: Três Períodos Históricos, Três Diferenças em Relação ao Modelo Europeu Social-democrata. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, 18, n. 63, jul/dez 2013. 186-204.

PINTO, E. G. **Financiamento dos direitos à saúde e à educação uma perspectiva constitucional**. Belo Horizonte: Fórum, 2017. ISBN ISBN 978-85-7700-921-3.

ROA, A. C.; CANTON, G. A.; FERREIRA, M. R. J. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; OPAS/OMS no Brasil, 2016. p. 37-74.

SCHEFFER, M. Aumento de gastos privados com saúde no Brasil impede o avanço do SUS, São Paulo, 21 abril 2022. Disponível em:
<<https://politica.estadao.com.br/blogs/politica-e-saude/aumento-de-gastos-privados-com-saude-no-brasil-impede-o-avanco-do-sus/>>. Acesso em: 2022. Artigo Blog Política&Saúde.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2020. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1530>.

VASQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. 1201-1212. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600017>.