



Câmara dos Deputados

Nota Técnica nº 07/2023

## Financiamento do Custeio do Sistema Único da Saúde e os Incrementos Temporários ao Custeio Implementados por Emendas Parlamentares

O modelo constitucional de organização e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a respectiva estrutura de financiamento do custeio dos serviços, inclusive por meio de emendas parlamentares.

**Área Temática II - Saúde**

**Consultores:**

**Mario Luis Gurgel de Souza**

**Rafael Alves de Araujo**

**Brasília, abril/2023**

© 2019 Câmara dos Deputados. Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados os autores e a Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados. Este trabalho é de inteira responsabilidade de seus autores, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados ou de suas comissões.



**Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira**



## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS .....</b>	<b>3</b>
2.1. Descentralização e Comando Único.....	4
<b>3. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE .....</b>	<b>5</b>
3.1 Modelo de Transferência e Natureza do “Custeio” do SUS .....	6
<b>4. REGRAS GERAIS TRANSFERENCIAS .....</b>	<b>7</b>
<b>5. EMENDAS PARLAMENTARES PARA CUSTEIO .....</b>	<b>9</b>
5.1. Incremento Temporário ao Custeio .....	9
<b>6. CONCLUSÕES .....</b>	<b>11</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Por meio da Solicitação de Trabalho nº 83, de 2023, do Deputado Evair Vieira de Melo, foi requerida a elaboração de nota técnica com informações e orientações sobre a legalidade de exigência quantitativa para repasse (custeio MAC) a entidades privadas filantrópicas por meio de emendas parlamentares.

O presente trabalho busca atender a referida solicitação, bem como tratar de outros questionamentos recorrentes sobre o tema, especialmente no tocante ao objeto de gasto dos incrementos temporários e ao atendimento de entidades privadas sem fins lucrativos prestadoras de serviços de saúde.

## 2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Foi consenso político derivado da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), confirmado na Constituinte (1987 a 1988), a necessidade de uma conformação federativa para o Sistema Único de Saúde (SUS). À época tal consenso defendeu três linhas convergentes:

- ✓ gestão compartilhada nos âmbitos federal, estadual e municipal (*posteriormente prevista no art. 197 da CF*), com direção única em cada esfera de governo (*prevista no art. 198, I, da CF*);
- ✓ descentralização (*prevista no art. 198, I, da CF*) que concede papel destacado à gestão municipal (*expressa no art. 30, VII, da CF*);
- ✓ funcionamento obrigatório do controle social, por meio dos conselhos de saúde (*conforme art. 198, III, da CF*).

Tais vetores orientaram a inserção de princípios e diretrizes para o sistema de saúde no texto constitucional de 1988, que constituem hoje as bases para funcionamento e organização. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído, com caráter público, por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (art. 198 da CF)<sup>1</sup>.

A regulamentação do sistema foi implementada pela Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde - LSUS)<sup>2</sup> e pela Lei nº 8.142, de 1990 (que regula as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde)<sup>3</sup>. Tais normas definiram as atribuições dos diferentes níveis de governo; estabeleceram

<sup>1</sup> Constituição: “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;  
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III - participação da comunidade”.

<sup>2</sup> Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>3</sup> Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentaram o financiamento e os espaços de participação popular; formalizaram o entendimento da saúde como área de “relevância pública” e a relação do poder público com as entidades privadas, com base nas normas do direito público; dentre outros vários princípios fundamentais do SUS.

## Descentralização e Comando Único

Como diretriz constitucional do sistema, descentralizar significa redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto maior a proximidade da decisão, maior a chance de acerto. Por isso, no SUS a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, a quem compete prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (art. 30, VII, da CF). Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer a função.

Portanto, a descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos.

Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do “*mando único*”. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da saúde, nos estados pelos secretários estaduais de saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de saúde. Eles são também conhecidos como “gestores” do sistema de saúde, como se verifica no art. 9<sup>o</sup> da Lei nº 8.080, de 1990.

Nesse contexto, a descentralização, associada à diretriz da gestão única, resulta em três arranjos organizativos para o sistema de saúde: municipais, estaduais e o nacional. No entanto, a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da negociação intergestores. Como se percebe, o SUS é fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração do sistema.

Em linhas gerais, essa distribuição de funções intergovernamental delegou à União a cooperação financeira e a formulação da política nacional de saúde, bem como a coordenação das ações intergovernamentais. Tal situação é evidenciada no art. 16<sup>o</sup> da Lei nº 8.080, de 1990.

---

<sup>4</sup> **Art. 9º da Lei nº 8.080, de 1990:** “Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

<sup>5</sup> **Art. 16 da Lei nº 8.080 de 1990:** “art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

### 3. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Em consonância com o mandamento constitucional, as disposições da Lei nº 8.212, de 1991, que trata da organização da Seguridade Social, determinam que a organização das atividades de saúde obedeça as diretrizes de “*descentralização, com direção única em cada esfera de governo*”. Orientação também expressamente prevista na Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica do SUS):

*“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:*

*IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:*

*a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;*

*b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;” (grifo nosso)*

No modelo vigente, portanto, cabe à União parcela significativa do financiamento do Sistema Único de Saúde, notadamente do custeio, que necessariamente deve ser organizado de forma descentralizada em cada esfera de governo (cf. art. 198 da CF).

---

II - participar na formulação e na implementação das políticas: a) de controle das agressões ao meio ambiente; b) de saneamento básico; e c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas: a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; b) de rede de laboratórios de saúde pública; c) de vigilância epidemiológica; e d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.”

### 3.1 Modelo de Transferência e Natureza do “Custeio” do SUS

Quando da instituição do Sistema, a Lei nº 8.142, de 1990, que regulou as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, previu em seu art. 2º que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) fossem alocados como:

- despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. (grifo nosso)

Como forma de agilizar os repasses e garantir o adequado funcionamento do Sistema, a lei determinou que os recursos para “cobertura das ações e serviços de saúde” (basicamente o custeio federal) fossem repassados de forma regular e automática a Municípios, Estados e Distrito Federal (art. 3º da Lei nº 8.142, de 1990). Logo, sem necessidade de aprovação de convênios e instrumentos semelhantes.

Na prática, atendidos os requisitos previstos em normas administrativas da saúde, o ente subnacional poderia pleitear o recebimento dos mencionados recursos de forma permanente e regular (o ente aderiria ao modelo). O mecanismo original consolidou as transferências chamadas “*fundo a fundo*”, como forma de viabilizar o “custeio permanente e obrigatório” a cargo do Fundo Nacional de Saúde. Posteriormente, o modelo foi ampliado para permitir repasses não obrigatórios, mas sempre em conformidade com os normativos em vigor.

Cabe ressaltar que, provavelmente no ímpeto de proteger o custeio obrigatório da saúde, a Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF (Lei Complementar nº 101, de 2001) parece ter dito mais do que pretendia em seu art. 25. Segundo o dispositivo, “a entrega de recursos destinados ao Sistema Único de Saúde” deve ser considerada transferência obrigatória, e não apenas o custeio permanente.

Acolher literalmente a determinação significa considerar não haver despesa discricionária no SUS (seja no FNS ou nas demais unidades que integram o Ministério), o que não se reflete nas despesas da saúde e torna inócuo o §3º do mesmo artigo, que considera haver a possibilidade de transferências voluntárias no setor.

Tal entendimento sobre a natureza majoritariamente obrigatória das transferências de custeio do SUS parece ter sido reforçado pela Lei Complementar nº 141, de 2012, que regulou a aplicação dos recursos mínimos em saúde (ações e serviços públicos de saúde-ASPS).

*“Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.” (grifo nosso)*

Como se verifica, a LC nº 141, de 2012, considera obrigatória as transferências de recursos de custeio, realizadas de forma regular e automática. No orçamento federal, essas programações obrigatórias são classificadas com identificador de resultado primário 1 (RP 1, conforme previsto nas LDOs)<sup>6</sup>.

É importante mencionar ainda que os critérios de rateio mencionados no II do § 3º do art. 198 da CF são regulados pelo art. 17 da LC nº 141, de 2012. Nos termos do referido dispositivo, o Ministério da Saúde deve definir e publicar, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde, cabendo cabe aos gestores locais efetuarem as despesas finais, inclusive com o pagamento dos prestadores privados. Logo, os recursos considerados como obrigatórios são os rateados entre os entes federados segundo metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Referidas transferências obrigatórias de custeio, juntamente com as demais transferências e despesas discricionárias, de custeio e de capital, compõem o volume mínimo de aplicação em saúde previsto na Constituição.

#### 4. REGRAS GERAIS TRANSFERENCIAS

A base legal orçamentária e financeira para realização de transferências é encontrada na Lei nº 4.320, de 1964, que estabelece condições e características do

<sup>6</sup> Lei nº 14.436, de 2022 (LDO 2023): Art. 7º (...)§ 4º O identificador de Resultado Primário - RP visa a auxiliar a apuração do resultado primário previsto nos art. 2º e art. 3º, o qual deverá constar do Projeto de Lei Orçamentária de 2023 e da respectiva Lei em todos os GNDs e identificar, de acordo com a metodologia de cálculo das necessidades de financiamento do Governo Central, cujo demonstrativo constará anexo à Lei Orçamentária de 2023, nos termos do disposto no inciso X do Anexo I, se a despesa é:

I - financeira (RP 0);

II - primária e considerada na apuração do resultado primário para cumprimento da meta, sendo:

a) **obrigatória**, cujo rol deve constar da Seção I do Anexo III (RP 1);

b) **discricionária** não abrangida pelo disposto na alínea “c” (RP 2);

c) **discricionária** decorrente de programações incluídas ou acrescidas por emendas:

1. individuais, de execução obrigatória nos termos do disposto nos § 9º e § 11 do art. 166 da Constituição (RP 6);

2. de bancada estadual, de execução obrigatória nos termos do disposto no § 12 do art. 166 da Constituição e no art. 2º da Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019 (RP 7);

3. de comissão permanente do Senado Federal, da Câmara dos Deputados e de comissão mista permanente do Congresso Nacional (RP 8); ou

4. de relator-geral do projeto de lei orçamentária anual que promovam alterações em programações constantes do projeto de lei orçamentária ou inclusão de novas, excluídas as de ordem técnica (RP 9); ou

III - primária discricionária constante do Orçamento de Investimento e não considerada na apuração do resultado primário para cumprimento da meta (RP 4).

apoio a ser concedido, podendo ocorrer a título de despesas correntes ou de capital. As primeiras para manutenção de serviços anteriormente criados, inclusive as destinadas a atender obras de conservação de bens imóveis, podendo se dar sob a forma de subvenções (sociais e econômicas) ou contribuições correntes (§§1º e 2º do art. 12 da Lei nº 4.320, de 1964); e as segundas, para viabilizar a realização de investimentos e inversões financeiras, ocorrendo sob a modalidade de auxílios ou contribuições de capital (§§4º, 5º e 6º do art. 12 da Lei nº 4.320, de 1964).

A legislação apresenta classificação segundo a finalidade da despesa e a base legal que a autoriza. Nesse contexto, as transferências correntes a entidades privadas podem ser segregadas em “subvenções sociais” e “contribuições correntes” e as transferências de capital em “auxílios” e “contribuições de capital”. Subvenções sociais e auxílios derivam diretamente da lei do orçamento, configurando meras autorizações orçamentárias, e as contribuições de capital necessitam de lei específica anterior para que possam integrar a lei de meios, conforme prevê o §6º do art. 12 da Lei nº 4.320, de 1964.

As transferências de capital para realização de investimento destinam-se ao planejamento e à execução de obras, à aquisição de instalações, equipamentos e material permanente e à constituição ou ao aumento do capital de empresas que não sejam de caráter comercial ou financeiro (§4º do art. 12 da Lei nº 4.320, de 1964); e as inversões financeiras destinam-se à aquisição de imóveis, ou de bens de capital já em utilização; de títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer espécie, já constituídas, quando a operação não importe aumento do capital; e a constituição ou aumento do capital de entidades ou empresas que visem a objetivos comerciais ou financeiros, inclusive operações bancárias ou de seguros (§5º do art. 12 da Lei nº 4.320, de 1964).

Tendo em vista a presente solicitação de trabalho haver especificado custeio, enfocaremos tão somente a subvenção social (despesas correntes no âmbito da saúde).

Nos termos do art. 16 da Lei nº 4.320, de 1964, a subvenção social destina-se a entidades privadas sem fins lucrativos (EPSFL) que exerçam atividades de natureza continuada nas áreas de assistência social, saúde e educação.

*Ainda segundo a Lei, “fundamentalmente e nos limites das possibilidades financeiras, a concessão de subvenções sociais visará à prestação de serviços essenciais de assistência social, médica e educacional, sempre que a suplementação de recursos de origem privada aplicados a esses objetivos revelar-se mais econômica”. Portanto, todo repasse pressupõe um serviço a ser prestado em conformidade com as metas e produtos previamente ajustados em instrumento administrativo próprio.*

Dessa forma, entidades privadas voltadas à saúde administram suas próprias unidades (patrimônio privado) e participam do SUS em caráter complementar, nos termos do que dispõe o art. 4º, §2º, da Lei nº 8.080, de 1990. Ou seja, atuam dentro do modelo geral adotado pelo SUS e se submetem ao custeio do sistema de saúde pública. Dessa forma, estão sujeitas às regras e aos critérios de remuneração (inclusive tabelas de procedimentos) estabelecidas para instituições habilitadas para prestação de serviços básicos ou especializados a usuários do SUS.

## 5. EMENDAS PARLAMENTARES PARA CUSTEIO

Considerando o caráter facultativo de apresentação de emendas, não há garantia de regularidade da destinação de recursos para entes e entidades que eventualmente já tenham sido beneficiados. Além disso, ainda que impositivas, as emendas estão sujeitas a contingenciamento (§18 do art. 166 da CF) e impedimentos técnicos (§13 do art. 166 da CF), dessa forma, smj, as emendas não se caracterizam como transferências obrigatórias.

O oposto ocorre com o custeio permanente do setor. Por toda a estrutura constitucional e legal do SUS anteriormente exposta, tal despesa se apresenta majoritariamente como de caráter obrigatório, em função da regularidade das despesas com procedimentos, medicamentos e gastos com pessoal junto aos gestores locais.

Diante da natureza diversa entre as emendas e o custeio permanente, foi formulada consulta ao TCU pela Comissão de Seguridade Social da CD. Por meio do Acórdão TCU nº 2.869/2013 – Plenário, o Tribunal informou não haver manifestação contrária da Corte de Contas, nem óbice legal acerca da execução de emendas parlamentares para pagamento de despesas de custeio, desde que respeitadas as orientações e vedações previstas na legislação.

### Incremento Temporário ao Custeio

Diante do posicionamento do TCU, as leis de diretrizes passaram a conter dispositivo específico tratando da execução de emendas parlamentares que adicionarem recursos de custeio a transferências automáticas e regulares a serem realizadas pela União a ente federativo. Assim, a LDO para 2023 (art. 46, §5º, II) prevê:

*“Art. [...]*

*§ [...] Independentemente da opção de custeio ou investimento, as emendas parlamentares que adicionarem recursos a transferências automáticas e regulares a serem realizadas pela União a ente federativo serão executadas, em conformidade com atos a serem editados pelos Ministros de Estado do Desenvolvimento Social, e da Saúde, e publicados no Diário Oficial da União, como acréscimo ao valor financeiro:*

*(...)*

*II - dos tetos transferidos à Rede do Sistema Único de Saúde - SUS, constituindo valor a ser somado aos repasses para cumprimento de metas contratualizadas por integrantes da citada Rede, inclusive em relação às ações de assistência para medicamentos necessários destinados ao controle e tratamento de programas específicos de hemodiálise, hipertensão, bem como para o custeio das internações das Unidades de Tratamento Intensivo. (Lei nº 14.436, de 2022 – LDO 2023)*

Como se percebe, o mecanismo adotado utiliza o próprio sistema de financiamento do SUS, a partir do acréscimo de recursos discricionários a serem transferidos a partir de emendas parlamentares.

A fim de garantir efetividade ao dispositivo e evitar que as emendas produzissem distorções significativas nos valores pactuados, a LDO previu desde o primeiro dispositivo inserido a regulamentação a cargo do respectivo Ministério. No âmbito do SUS, as emendas para custeio são previstas em dotações orçamentárias a serem executadas por transferências fundo a fundo (ações: 2E89 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Atenção Básica em Saúde e 2E90 - Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial).

Perceba-se, contudo, que a execução das mencionadas ações adota o modelo SUS – *com transferências a fundos estaduais e municipais, como ocorre com as programações permanentes* – e sob a forma de “reforço” das dotações repassadas a título de piso de atenção básica e de procedimentos de média e alta complexidade.

Em consonância com o exposto no tópico anterior, sobre a necessidade de novas metas pactuadas para justificar novos repasses, e tendo em vista a possibilidade de que tais metas fossem qualitativas, a LDO passou a disciplinar a mencionada situação de .

*Art. 46. ...*

*§ 7º Os recursos derivados de emendas parlamentares que, nos termos do disposto no inciso II do § 5º, adicionarem valores transferidos à Rede do SUS, ficarão sujeitos, quando o atendimento final beneficiar entidades privadas sem fins lucrativos que complementem o sistema de saúde na forma prevista nos art. 24 e art. 26 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, à demonstração de atendimento de metas:*

*I - quantitativas, para ressarcimento até a integralidade dos serviços prestados pela entidade e previamente autorizados pelo gestor; ou*

*II - qualitativas, cumpridas durante a vigência do contrato, tais como aquelas derivadas do aperfeiçoamento de procedimentos ou de condições de funcionamento das unidades. (Lei nº 14.436, de 2022 – LDO 2023)*

Em 2022, a Portaria GM/MS nº 684, de 30 de março de 2022, regulamentou a matéria da seguinte forma:

*“Art. 7º Os recursos do incremento temporário da Média e Alta Complexidade serão destinados à: (...)*

*§ 3º Para a transferência dos recursos previstos no inciso II do caput, o gestor local do SUS deverá observar a necessidade de contrato, convênio ou instrumento congênere com o ente federativo, nos termos do parágrafo único do art. 24 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cujo valor englobe a totalidade dos recursos a serem repassados para o desenvolvimento de ações e serviços relativos à atenção de média e alta complexidade para cumprimento de metas.*

*(...)*

Art. 8º Os contratos, convênios ou instrumentos congêneres, ou os aditivos aos instrumentos já existentes, de que trata o § 3º do art. 7º deverão considerar o caráter temporário dos recursos financeiros a serem transferidos, para o estabelecimento de compromissos e metas que não ocasionem ampliação permanente dos recursos repassados à entidade privada sem fins lucrativos contratada.

§ 1º Para fins do disposto no caput e no §3º do art. 7º, as metas a serem definidas poderão ser quantitativas ou qualitativas, devendo ser justificada a escolha da entidade privada sem fins lucrativos, quando houver mais de uma entidade contratualizada com o ente.

§ 2º As metas quantitativas poderão englobar, dentre outros, o excedente de produção previamente autorizado e o atendimento a necessidades pontuais como a redução da fila da regulação, devendo estar de acordo com o plano de saúde e com a programação anual de saúde.

§ 3º As metas qualitativas poderão considerar, dentre outros, o aperfeiçoamento de práticas e condições de funcionamento das unidades, como implantação de protocolos, adoção de políticas de humanização e de adequação da ambiência e o tempo médio de realização de procedimentos.” (grifo nosso)

Dessa forma, as normas internas do MS vedam a utilização de recursos de emendas de incremento temporário para atendimento de compromissos e metas que demandem ampliação permanente de despesas (como ocorre normalmente com gastos de pessoal) e determinam que a aplicação desses recursos correspondam a novas metas, não podendo haver destinação de novos recursos para custeio de metas e produtos já remunerados pelos repasses regulares e permanentes.

## 6. CONCLUSÕES

No arcabouço legislativo-orçamentário vigente, a participação da União na saúde ocorre essencialmente como agente de financiamento junto aos diversos governos estaduais e locais, cabendo a estes promoverem os ajustes administrativos que considerarem necessários, inclusive com entidades privadas em suas localidades, para complementação do atendimento de saúde prestado à população. **Tal modelo respeita a diretriz constitucional de descentralização e comando único em cada esfera de governo e impõe que o repasse do custeio aos prestadores ocorra a partir dos gestores locais.**

A Constituição impõe a aplicação mínima de determinado volume de recursos no setor. Isso **não significa que todas as despesas que compõem o piso sejam obrigatórias**, sendo o piso atendido com despesas e/ou transferências obrigatórias e discricionárias (como as sujeitas a contingenciamentos e impedimentos). Dessa forma, nem todas as transferências de recursos no âmbito do SUS apresentam natureza de transferências obrigatórias, salvo as efetivamente classificadas com RP 1.



As despesas correntes transferidas pela União aos gestores locais é realizada majoritariamente como transferência obrigatória (RP 1). Justamente por isso tais despesas não se submetem ao disposto no art. 167, X, da Constituição.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS), como protagonista do sistema descentralizado previsto na legislação do SUS, financia o custeio geral do Sistema a partir de transferências obrigatórias fundo a fundo relativas à Atenção Primária (PAP) e Média e Alta Complexidade (MAC). Já os incrementos temporários (RPs diversos do 1) apresentam discricionariedade e não se adequam ao financiamento de despesas permanentes.

As transferências correntes realizadas no âmbito do SUS, classificadas como ASPS, devem atender o art. 17 da LC nº 141, de 2012;

Atendidas as demais normas legais, **as transferências correntes e obrigatórias** (classificadas com **RP 1**) **são aptas à subsequente utilização em despesas de pessoal**, uma vez que não se submetem ao disposto no art. 167, X, da CF.

**As transferências no âmbito do SUS pressupõem a prestação de serviços à saúde**, não havendo repasses para ampliação de despesas por serviços já contratados ou pagos.

**Tendo em vista a pactuação dos serviços e metas com entidades ocorrer com os governos locais, eventual transferência direta da União com o mesmo objeto poderia ensejar duplo pagamento** pelos serviços realizados, ou mera doação sem contraprestação em bens e serviços à sociedade.

A exigência de metas (quantitativas ou qualitativas) para realização de despesas com incrementos temporários ao custeio exige **repactuação** (acréscimo ou melhoria) na prestação de serviços já contratualizados para saúde.

Brasília, em 28 abril de 2023