

Recebido em: 15/05/2025
Aceito em: 18/11/2025
DOI: 10.25110/rcjs.v28i2.2025-12150



O AR CABOUÇO FISCAL DA LEI COMPLEMENTAR Nº 200/2023 E OS IMPACTOS NA SUSTENTABILIDADE ORÇAMENTÁRIA DO SUS

THE FISCAL FRAMEWORK OF COMPLEMENTARY LAW No. 200/2023 AND ITS IMPACTS ON THE BUDGETARY SUSTAINABILITY OF THE SUS

Alex Maia Duarte Filho

Doutorando em Direito pela
Universidade de Marília (UNIMAR).
Mestre em Direito pelo UNIPÊ – Centro
Universitário de João Pessoa. Graduado
em Direito pela Universidade Federal da
Paraíba (UFPB). Procurador do
Município de João Pessoa desde 2013.

alexmaia@uol.com.br

<https://orcid.org/0000-0002-2997-9932>

Marisa Rossignoli

Professora do PPGD – UNIMAR; Pós-
Doutora em Direito pela Universidade
Estadual do Norte do Paraná – UENP
(Jacarezinho – PR); Mestre em
Economia pela PUC-SP, Graduada em
Economia pela UNESP (Araraquara);
Conselheira para o mandato 2025-2027
do Conselho Regional de Economia –
CORECON-SP.

marisarossignoli@unimar.br

<https://orcid.org/0000-0001-6223-9146>

RESUMO: O presente artigo examina os desafios da efetivação dos direitos sociais no Brasil, com ênfase no direito à saúde, a partir da análise das políticas públicas e da sua dependência de previsão orçamentária estatal. Considerando que tais direitos expressam os valores constitucionais de justiça social e igualdade material, discute-se a tensão entre a necessidade de sua concretização e os limites fiscais impostos à ação estatal. Ao final, analisa-se o impacto do novo arcabouço fiscal instituído pela Lei Complementar nº 200/2023 sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando-se compreender os desafios para a sustentabilidade financeira das políticas públicas de saúde em nosso país.

PALAVRA-CHAVE: Custo de Direitos; Direitos Sociais; Mínimo Existencial; Reserva do Possível.

ABSTRACT: This article examines the challenges of enforcing social rights in Brazil, with emphasis on the right to health, through the analysis of public policies and their dependence on state budget planning. Considering that such rights express the constitutional values of social justice and material equality, the text discusses the tension between their necessary implementation and the fiscal constraints imposed on state action. Finally, the article analyzes the impact of the new fiscal framework established by Complementary Law No. 200/2023 on the funding of the Brazilian Unified Health System (SUS), aiming to understand the financial sustainability challenges of public health policies in the country.

KEYWORDS: Cost of Rights; Social Rights; Existential Minimum; Possible Reserve.

Como citar: DUARTE FILHO, Alex Maia; ROSSIGNOLI, Marisa. O arcabouço fiscal da lei complementar nº 200/2023 e os impactos na sustentabilidade orçamentária do SUS. *Revista de Ciências Jurídicas e Sociais da UNIPAR*, Umuarama, v. 28, n. 2, p. 523-539, 2025.

INTRODUÇÃO

Os direitos fundamentais de natureza social exigem do Estado não apenas o seu reconhecimento normativo, mas também a formulação e execução de políticas públicas capazes de concretizar prestações essenciais à proteção da dignidade humana. No atual cenário brasileiro, essa exigência revela-se ainda mais complexa diante das limitações estruturais e orçamentárias que condicionam a atuação estatal.

Paralelamente ao reconhecimento da centralidade dos direitos sociais para a promoção da justiça e da inclusão, impõe-se a consciência de que toda ação pública voltada à sua implementação demanda custos financeiros. Esses custos devem ser suportados pelo poder público por meio da arrecadação tributária, revelando o papel da sociedade no financiamento das políticas públicas e, por consequência, na concretização dos próprios direitos constitucionais.

Entre os direitos sociais previstos na Constituição de 1988, a saúde se destaca como parte integrante do sistema de seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social. De acordo com o §1º do art. 198 da Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes específicas.

Assim, destaca-se a importância da previsibilidade orçamentária na estimativa dos custos dos serviços já existentes, bem como dos investimentos essenciais à ampliação das políticas públicas, levando-se em conta as receitas que o poder público dispõe através da arrecadação de receitas públicas. Desta feita, é necessário que, além de discutir o dever de implementação de certos direitos, verifique-se que qualquer ação administrativa deve ter uma base de financiamento gerada pela própria capacidade da sociedade de gerar recursos para o Estado.

O presente artigo tem como objetivo examinar a trajetória de financiamento da saúde pública no Brasil nas últimas três décadas, com foco nas implicações jurídico-orçamentárias das recentes reformas fiscais. Para tanto, utiliza-se a metodologia descritiva, com técnica de pesquisa

bibliográfica (livros, artigos acadêmicos e documentos oficiais) e método indutivo de abordagem.

1. O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

A Constituição Federal de 1988 conferiu tratamento especial ao direito à saúde, ao reconhecê-lo expressamente como direito fundamental de todos os cidadãos, o que o inclui no rol das cláusulas pétreas do ordenamento jurídico brasileiro. Além da positivação normativa, o texto constitucional inovou ao instituir, desde sua promulgação, as bases estruturantes da política pública nacional de saúde, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações e serviços organizados de forma descentralizada, regionalizada e articulada em todo o território nacional.

A consagração do direito à saúde no art. 6º da Constituição superou as omissões das constituições anteriores, firmando-o como um dos pilares do núcleo do mínimo existencial — conjunto de garantias indispensáveis à dignidade da pessoa humana. Tal reconhecimento implica sua exigibilidade mesmo diante da inércia do legislador, permitindo sua judicialização nos casos de omissão estatal quanto à sua regulamentação ou implementação.

O art. 196 da Constituição reforça essa concepção ao estabelecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada mediante políticas públicas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, com acesso universal e igualitário. Tais ações se realizam prioritariamente por meio do SUS, com participação complementar da iniciativa privada, conforme previsto no art. 199.

A criação do SUS representou uma ruptura com o modelo anterior, centrado no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que prestava assistência médica apenas aos trabalhadores formais e contribuintes da previdência, tendo em vista que o direito à saúde era fortemente condicionado à existência de vínculo formal de trabalho, sendo usualmente negociada em contratos coletivos ou prevista em esquemas previdenciários incipientes.

Nesse contexto, ressalta-se que conceito de saúde era reduzido à mera “ausência de doenças”, cuja manutenção era funcional à continuidade da

produção e aos interesses da indústria. Observa-se, portanto, que as primeiras formulações em torno do direito à saúde estavam essencialmente vinculadas à proteção da classe trabalhadora formal ou à contenção de emergências sanitárias de grande escala, sem a constituição de uma política pública perene e universal voltada à totalidade da população (Leite, 2014. p. 104).

Somente na segunda metade do século XX, a saúde passou a ser concebida como dever do Estado em relação a toda a população, independentemente de contribuição prévia. Nesse sentido, a criação do SUS trouxe uma nova concepção de saúde pública no Brasil, instalando uma rede regionalizada e hierarquizada, sob direção única, com foco nas ações preventivas e coletivas no tratamento da saúde. Como um sistema integrado de serviços públicos, pressupõe um consenso administrativo de repartição de competências, com serviços articulados e contínuos, programas definidos e com a devida regulação do financiamento das ações.

Nesse novo modelo, o SUS instituiu uma rede de atenção à saúde hierarquizada e regionalizada, sob direção única, orientada por ações preventivas e voltadas à integralidade do cuidado. Como sistema público integrado, pressupõe a articulação contínua entre os entes federativos, com programas previamente definidos e estrutura normativa que discipline a distribuição de competências e o financiamento das ações e serviços de saúde.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, aproximadamente 30 milhões de brasileiros tinham acesso ao atendimento médico-hospitalar por meio do antigo modelo previdenciário, limitado aos trabalhadores formais e seus dependentes. Com a implantação do SUS, esse número saltou para cerca de 190 milhões de beneficiários, sendo que aproximadamente 80% da população brasileira depende exclusivamente da rede pública de saúde para atendimento integral.

Como sistema público de acesso universal e integral, o SUS exige uma regulação complexa das competências entre os entes federativos, com a definição das atribuições em relação à atenção básica, média e alta complexidade. A organização dos serviços se baseia nos princípios da regionalização e da hierarquização, visando otimizar recursos, ampliar o acesso e garantir a continuidade do cuidado.

A descentralização administrativa e a regionalização da rede de saúde possibilitam uma maior eficiência na alocação dos recursos públicos, especialmente em um setor que exige investimentos elevados em pessoal qualificado, infraestrutura e tecnologias médicas. A regionalização, ao organizar os fluxos de atenção por territórios e níveis de complexidade, contribui para a racionalização dos custos e a qualificação da assistência, desde a porta de entrada do sistema até os serviços de maior densidade tecnológica.

Em relação à regionalização, o ordenamento jurídico brasileiro prevê a constituição das Regiões de Saúde como unidades geográficas que organizam, de forma integrada, os serviços de atenção primária, especializada, hospitalar e de urgência e emergência. Essa estrutura foi normatizada pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e institui diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território nacional. Nesse sentido, Lenir Santos (2013) ensina:

Em contrapartida, seria impossível pensar em uma rede de serviços de saúde sem uma consequente delimitação territorial, que é a região da saúde. Poderia ter sido o território estadual, mas o legislador preferiu a região, mais condizente com o modelo tridimensional da nossa Federação e com a descentralização da saúde (Santos, 2013, 84-85).

Dessa forma, o SUS constitui um sistema único, descentralizado e de gestão compartilhada entre os entes federativos, articulado por meio de uma direção única em cada esfera de governo. A cada ente da Federação compete um conjunto de prerrogativas e responsabilidades específicas, distribuídas conforme os níveis de complexidade da atenção — da atenção básica, de caráter preventivo, até os serviços de média e alta complexidade.

Em relação ao princípio do atendimento integral, o SUS visa propiciar-se a todos os usuários o atendimento de suas necessidades de forma mais abrangente possível. Trata-se de um conceito que ultrapassa a noção estrita de acesso a procedimentos ou medicamentos, exigindo a articulação entre as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com foco no bem-estar da população em todas as etapas do cuidado, conforme ressalta Campos (2003):

Ainda segundo o conceito de integralidade, as pessoas são encaradas como sujeitos. A atenção deve ser totalizadora e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social. Esse modo de entender e

abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo o qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente (Campos, 2003, p. 569).

Deve-se destacar que nenhum sistema de saúde, por mais desenvolvido que seja, possui condições materiais e financeiras de assegurar o acesso universal e irrestrito a todos os tratamentos, medicamentos e tecnologias disponíveis no mercado. A área da saúde é uma das que mais demandam investimentos contínuos em pesquisa e inovação, resultando em uma proliferação constante de novos insumos terapêuticos, diagnósticos de alta complexidade e intervenções clínicas cada vez mais onerosas.

Diante dessa realidade, a integralidade do atendimento, embora constitua um princípio estruturante do Sistema Único de Saúde, deve ser interpretada à luz das escolhas públicas legítimas realizadas pelos Poderes Executivo e Legislativo, respeitando-se os critérios de razoabilidade, equidade e compatibilidade com os valores constitucionais, conforme destaca-se:

Na atual realidade brasileira, o Poder Público tem sido obrigado a realizar escolhas que beneficiem a maioria da população e sem descuidar da importância da vida de todos. Nesse sentido, Castro afirma que

A integralidade da assistência é a mais correta expressão do mínimo existencial em relação à saúde no caso concreto. Sem atendimento integral das necessidades do paciente, não há concretização do mínimo existencial do direito (Castro, 2012, p. 263).

A integralidade deve, portanto, atender ao mínimo existencial, que permita a manutenção do Sistema Único de Saúde, sendo que:

Não se incluem, pois, nas responsabilidades do SUS, algumas importantíssimas prestações de caráter social, tais como alimentação, moradia, saneamento básico e lazer, entre outras, todas vinculadas ao bem-estar social e à prevenção de agravos, mas não diretamente de ações dos serviços de saúde (Weichert, 2010, p.117).

Desta forma, a integralidade, enquanto princípio constitucional do Sistema Único de Saúde, não pressupõe que o direito à saúde consiste em “direito de tudo para todos”, nem implica que todos os medicamentos e tecnologias lançadas no mercado devam estar, de forma automática e irrestrita, à disposição da população.

Ao contrário, a integralidade deve ser compreendida dentro dos limites

da política pública, da avaliação técnica e da capacidade orçamentária do Estado, considerando critérios de eficácia terapêutica, custo-benefício e prioridades sanitárias coletivas. Em resumo:

A integralidade, por isso mesmo, não constitui um imperativo genérico, absoluto e sem limites legais, mas se insere na organização sistemática do SUS, com protocolos clínicos, tabelas e listas oficiais, formulados como programas da ação governamental, fundados na discretionary administrativa técnica e no poder de polícia sanitária, como se percebe claramente da redação do art. 198 da Constituição Federal (Wiechert, 2010, p.118).

Aliado ao princípio da integralidade, a Constituição Federal consagrou também o princípio da universalidade, segundo o qual o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, sem qualquer forma de discriminação ou exigência prévia de contribuição à seguridade social. Asensi (2012) observa que:

Princípio da universalidade diz respeito ao reconhecimento da saúde enquanto um direito fundamental de todo e qualquer ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o efetivo acesso a atenção e a assistência da saúde em todos os níveis de complexidade (Asensi, 2012, p. 2).

Destarte, o princípio da universalidade sustenta a noção de saúde como bem jurídico indisponível e como elemento central da dignidade da pessoa humana, fundando-se na solidariedade social e no dever coletivo de custeio das políticas públicas por meio do sistema tributário.

O Sistema Único de Saúde, embora consolidado como um marco civilizatório e um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, não constitui um modelo acabado. Passados mais de 35 anos desde sua criação, o SUS ainda enfrenta desafios estruturais e institucionais que suscitam questionamentos sobre a extensão de sua cobertura, a qualidade dos serviços prestados e, sobretudo, a sustentabilidade de seu financiamento.

2. FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

O subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde é uma das maiores fragilidades do modelo constitucional de saúde pública no Brasil. Desde a promulgação da Constituição de 1988, a insuficiência de recursos

destinados ao setor tem sido objeto de intensos debates e tentativas de regulamentações. Assim, a busca por recursos suficientes e estáveis para o financiamento da saúde pública tem sido um dos principais eixos de atuação dos formuladores e defensores do Sistema Único de Saúde.

A trajetória do financiamento público da saúde no Brasil evidencia que a primeira tentativa significativa de conferir maior estabilidade ao sistema ocorreu com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que determinou percentuais mínimos de aplicação de recursos pelos entes federativos. Essa vinculação representou um marco institucional ao estabelecer limites objetivos para o investimento obrigatório em saúde pelos entes federativos, ainda que tenha deixado lacunas importantes, especialmente no tocante à definição da base de cálculo da União, cuja regulamentação ficou condicionada à edição de lei complementar.

Verifica-se que, no período imediatamente posterior à promulgação da Constituição de 1988, o financiamento federal da saúde pública ficou submetido a uma norma transitória prevista no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), segundo a qual a União deveria destinar, no mínimo, 30% do orçamento da seguridade social à área da saúde. No entanto, essa regra transitória jamais foi plenamente cumprida, em virtude da ausência de mecanismos legais de controle e da ausência de vontade política em assegurar sua efetivação.

Trata-se de um período de transição no federalismo brasileiro, ao mesmo tempo que estados e principalmente municípios tinham suas receitas aumentadas surgiam contribuições como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF e a Contribuição de Intervenção de Domínio Econômico - CIDE em 2001 (Oliveira; Rossignoli, 2019).

Durante os anos 1990, o Sistema Único de Saúde enfrentou graves crises de financiamento, agravadas pela ampliação do acesso, pelo crescimento da demanda por serviços médicos e pela complexificação da assistência. Nesse contexto, a ausência de vinculação permanente de receitas comprometeu a consolidação institucional do SUS, exigindo reformas normativas.

Diante disso, diversas propostas de Emenda Constitucional e Projetos de Lei tentaram fixar uma parcela do orçamento dos entes federativos para a

saúde. A discussão durou mais de uma década e somente teve algum êxito com a aprovação e promulgação da Emenda Constitucional n.º 29/2000.

Vale destacar também a Desvinculação das Receitas da União – DRU criada como Fundo Social de Emergência em 1994, transformado em Fundo de Estabilização Fiscal até dezembro de 1999 e, a partir de 2000, transformado na DRU. A DRU permitia ao governo federal usar 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas de forma livre.

A Emenda 29/2000 passou, então, a prever uma afetação da receita de impostos para o financiamento de ações e serviços ligados à saúde, acrescentando mais uma exceção ao princípio da não vinculação da receita de impostos, constante do art. 167, IV, da CF/88, dispondo que o total de receitas para este setor, nos Estados e Distrito Federal seria de 12% sobre o produto da arrecadação de impostos próprios do ente previstos no art. 155; o produto da arrecadação prevista no art. 157; sobre o produto da repartição de receitas do art. 159, I, 'a', e II.

No caso dos Municípios e Distrito Federal, o total de recursos da saúde deveria ser de 15%, a incidir sobre o produto da arrecadação de impostos próprios do ente previstos no art. 156; o produto da arrecadação prevista no art. 158; sobre o produto da repartição de receitas do art. 159, I, 'b' e II.

Já a União conseguiu que a vinculação das receitas federais ao orçamento da saúde fosse definida apenas em Lei Complementar, já sabedora que os Projetos de Lei neste sentido caminhariam lentamente, sem uma definição promissora para um aumento dos gastos federais para o SUS.

Esses percentuais foram fixados através do art 77 da ADCT, acrescido pela EC 29, deveriam ter vigorado provisoriamente até 2004. No entanto, a própria emenda, prevendo uma demora na aprovação da lei complementar exigida, possibilitou que fosse aplicado além deste prazo, já imaginando uma longa demora para que ocorresse uma regulamentação definitiva.

A regulamentação do § 3º do art. 198 da Constituição Federal, inserido pela Emenda Constitucional nº 29/2000, somente veio a ocorrer com a promulgação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que disciplinou os percentuais mínimos de investimento em ações e serviços públicos de saúde a serem observados por cada ente federativo, além de

estabelecer os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

A LC 141/2012 também instituiu mecanismos voltados à redução das desigualdades regionais, definiu regras de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde em todas as esferas de governo e estipulou os parâmetros para o cálculo do montante a ser aplicado anualmente pela União no setor.

A promulgação da Lei Complementar nº 141/2012 frustrou as expectativas daqueles que defendiam o incremento dos investimentos públicos em saúde, uma vez que a União permaneceu sem a fixação de um percentual mínimo vinculado ao financiamento da saúde, o que evidencia sua capacidade de influência sobre o processo legislativo federal e sobre os demais entes federativos, notadamente mais frágeis do ponto de vista fiscal.

Por outro lado, a Lei Complementar nº 141/2012 trouxe avanços ao permitir, por meio de seu art. 11, que Estados, o Distrito Federal e os Municípios fixem pisos mínimos de investimento em saúde superiores aos percentuais constitucionais, seja por meio das constituições estaduais, seja pelas respectivas leis orgânicas municipais. Tal previsão contribui para o fortalecimento da proteção ao direito à saúde, ao possibilitar uma ampliação voluntária dos recursos destinados ao financiamento do Sistema Único de Saúde pelos entes subnacionais.

No contexto de crescente demanda por ampliação dos investimentos no Sistema Único de Saúde, o Congresso Nacional aprovou e promulgou a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 — também conhecida como “Emenda do Orçamento Impositivo” —, a qual, além de disciplinar a obrigatoriedade da execução de emendas parlamentares individuais, introduziu alterações relevantes nas regras de financiamento da saúde pública, promovendo modificações no art. 198 da Constituição Federal.

Com a redação conferida pela Emenda Constitucional nº 86/2015, o § 9º do art. 165 da Constituição Federal passou a prever que as emendas parlamentares individuais ao projeto de lei orçamentária anual poderão ser aprovadas até o limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida (RCL), sendo que, pelo menos, 50% (cinquenta por cento)

deverão ser obrigatoriamente destinados a ações e serviços públicos de saúde, vedada sua aplicação no custeio de despesas com pessoal e encargos sociais.

Esse montante de recursos orçamentários foi ampliado ainda mais com a Emenda Constitucional n.º 126/2022, que ampliou as emendas impositivas para 2% da RCL. Destaca-se, contudo, que há a pendência da ADI nº 7697, do PSOL, tramitando no STF, sob relatoria do Ministro Flávio Dino, sob o argumento que esse modelo de execução orçamentária subverte o princípio da separação dos Poderes, ao transferir indevidamente para o Legislativo a competência de definir a alocação de recursos, que é típica do Poder Executivo.

Por outro lado, vê-se que a principal inovação introduzida pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015, consistiu na alteração do inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal, ao estabelecer, de forma expressa, um percentual mínimo fixo de investimento da União em ações e serviços públicos de saúde. Com a nova redação, ficou determinado que a União deverá aplicar, anualmente, o equivalente a pelo menos 15% (quinze por cento) de sua receita corrente líquida (RCL) no financiamento do Sistema Único de Saúde, ficando a regulamentação dos percentuais mínimos dos demais entes federativos subordinada à disciplina da LC nº 141/2012.

Contudo, a aplicação integral do percentual de 15% pela União não se daria de forma imediata. O art. 2º da EC nº 86/2015 previu uma regra de transição, escalonando os percentuais mínimos ao longo dos exercícios financeiros seguintes: 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; e, finalmente, 15% a partir de 2020.

Não obstante o avanço representado pela vinculação de um percentual mínimo de recursos federais para o financiamento do setor sanitário, a Emenda Constitucional nº 86/2015 acabou por produzir, paradoxalmente, um retrocesso prático no curto prazo. A adoção de percentuais progressivos inferiores ao patamar historicamente executado pela União — que, em 2015, já aplicava mais do que os 13,2% fixados para o exercício seguinte — resultou na criação de um hiato orçamentário que comprometeu o ritmo de crescimento dos investimentos federais em saúde.

A situação foi agravada pela redação do art. 3º da referida emenda, que autorizou a inclusão, nos cálculos do piso federal de gastos com saúde, das

receitas oriundas da participação nos resultados e da compensação financeira decorrente da exploração de petróleo e gás natural. Tal previsão contraria a diretriz estabelecida pelo art. 4º da Lei Federal nº 12.858/2013, segundo o qual esses recursos extraordinários deveriam ser destinados como reforço adicional — e não substitutivo — ao financiamento da saúde e da educação.

Diante da redução do patamar mínimo de financiamento federal em saúde no curto prazo e à possibilidade de inclusão de receitas extraordinárias no cálculo do piso, o Procurador-Geral da República propôs a ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5595/DF questionando a constitucionalidade dos arts. 2º e 3º da referida emenda.

Argumentou que tais dispositivos promoveriam uma diminuição indevida dos recursos federais destinados às ações e serviços públicos de saúde. Contudo, em 2022, o julgamento final declarou a constitucionalidade dos dispositivos, entendendo que o legislador ordinário tem a competência para definir os critérios de alocação de recursos, não violando o direito à saúde a forma como foi estabelecida a progressividade dos gastos mínimos.

Por outro lado, importante destacar que o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86/2015 foi revogado com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que instituiu o chamado o teto fiscal da União Federal, vedando o crescimento das despesas primárias da União — incluindo aquelas destinadas ao financiamento do Sistema Único de Saúde — por um período de vinte anos.

Neste cenário de restrições fiscais da União Federal, verificou-se que, embora a saúde seja matéria de competência comum entre os entes federativos, nos termos do art. 23, II, da Constituição Federal, o ônus do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) tem recaído, de forma desproporcional, sobre Estados e Municípios. Essa assimetria se acentua quando se observa que a União, apesar de concentrar aproximadamente 53% de toda a arrecadação tributária nacional, tem adotado mecanismos que lhe permitem limitar sua participação nos gastos com saúde, transferindo crescentemente a responsabilidade financeira para os entes subnacionais.

Antes da promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000, a União respondia por cerca de 60% do total de recursos aplicados no SUS. No entanto, a imposição de pisos mínimos de investimento para Estados e

Municípios — sem a concomitante fixação de um percentual mínimo obrigatório para a União — fez com que esses entes passassem a ampliar significativamente sua participação no financiamento do sistema.

De acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2012 a contribuição da União representava 45,3%, enquanto os Estados e o Distrito Federal ampliaram sua participação para 25,3% e os Municípios para 29,4% (IPEA, 2020).

Já em 2023, os Municípios atingiram o patamar de 24,2% de suas receitas vinculadas destinadas à saúde, igualando o recorde de 2017 (MULTICIDADES, 2023). Esses dados evidenciam o crescente protagonismo dos entes subnacionais no custeio das ações e serviços públicos de saúde, especialmente após a instituição do teto de gastos pela Emenda Constitucional nº 95/2016.

O cenário de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde agravou-se significativamente com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, haja vista a imposição de um teto individualizado para as despesas primárias de todos os Poderes da União, autarquias e fundações públicas federais, com o objetivo declarado de conter o crescimento dos gastos públicos. O limite de despesas foi fixado com base nos valores efetivamente empenhados no exercício de 2016, autorizando-se, para os anos subsequentes, apenas a atualização monetária pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

No tocante às áreas de saúde e educação, a emenda fixou o exercício de 2017 como ano-base para aplicação do teto, sendo a primeira atualização inflacionária autorizada apenas a partir de 2018. Como a EC nº 95/2016 vedou expressamente qualquer aumento real das despesas primárias da União, independentemente do crescimento da arrecadação, da expansão do Produto Interno Bruto (PIB) ou da evolução da dívida pública, tal modelo congelou, na prática, os investimentos públicos federais nessas áreas essenciais por um período de vinte anos.

Ao limitar a correção das despesas primárias federais apenas à variação da inflação, a Emenda Constitucional nº 95/2016 engessou substancialmente o orçamento da União, comprometendo a formulação e a implementação de novas políticas públicas. Qualquer despesa adicional

passou a depender de cortes em outras rubricas orçamentárias, mesmo em contextos de crescimento econômico ou de aumento da arrecadação federal, o que reduziu sensivelmente a flexibilidade fiscal do Estado.

Em virtude desse cenário de rigidez orçamentária, agravado pela insuficiência estrutural dos investimentos públicos, o teto de gastos passou a ser alvo de intensas críticas, especialmente após os efeitos econômicos e sociais da pandemia de Covid-19. As despesas extraordinárias autorizadas durante o estado de calamidade pública acabaram por romper, na prática, o limite constitucional estabelecido, e, a partir de 2022, intensificaram-se as pressões políticas e sociais por sua revisão, resultando em propostas e medidas de alteração do regime fiscal então vigente.

3. O NOVO ARCOABOUÇO FISCAL E OS IMPACTOS NO FINANCIAMENTO DO SUS

A Lei Complementar nº 200/2023 revogou formalmente o regime fiscal instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016, encerrando o modelo de teto de gastos. Em seu lugar, foi criado um regime de metas fiscais com bandas e limites para o crescimento das despesas, vinculado ao desempenho da receita primária líquida. O objetivo declarado é equilibrar responsabilidade fiscal com previsibilidade para investimentos sociais, como saúde e educação.

O novo arcabouço fiscal parte da premissa de que é necessário preservar a sustentabilidade da dívida pública sem comprometer os investimentos sociais essenciais. Para tanto, a LC 200/2023 fixou limites para o crescimento real das despesas primárias do governo federal, que passaram a ser corrigidas anualmente conforme a variação da receita primária realizada, com um piso de 0,6% e um teto de 2,5% de crescimento real ao ano.

Embora o novo regime mantenha a previsibilidade e o controle das contas públicas, ele abandona a lógica de congelamento absoluto imposta pela EC 95/2016. Agora, o crescimento das despesas primárias está vinculado ao desempenho da arrecadação, o que permite, em teoria, maior flexibilização para ampliação de investimentos em políticas públicas, inclusive na saúde.

No entanto, essa flexibilização está condicionada ao resultado fiscal. Caso a meta de resultado primário não seja atingida, a lei impõe restrições

adicionais, como a impossibilidade de ampliar a despesa acima do crescimento mínimo (0,6%), o que pode gerar limitações à expansão de recursos para áreas sociais, inclusive a saúde.

Apesar da retórica de flexibilização, o novo regime não garante crescimento real contínuo das despesas com saúde. Como o crescimento está atrelado ao desempenho da receita, em cenários de baixo crescimento econômico, o percentual de aumento permitido pode se restringir ao piso de 0,6% acima da inflação — o que, em termos reais, pode não ser suficiente para cobrir a expansão da demanda do SUS, a incorporação de novas tecnologias e o aumento de custos administrativos e hospitalares.

Além disso, o novo arcabouço não altera diretamente a regra do art. 198, § 2º, inciso I, da Constituição Federal, que obriga a União a aplicar, anualmente, no mínimo, 15% da receita corrente líquida (RCL) em ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Porém, a vinculação constitucional mínima passa agora a conviver com o limite global de crescimento das despesas primárias. Ou seja, se o limite de expansão das despesas primárias for atingido, e a saúde ainda não tiver alcançado os 15% da RCL, pode haver conflito entre a vinculação setorial e o teto global de crescimento.

Assim, o novo arcabouço fiscal apresenta avanços em relação à EC 95/2016 por permitir crescimento real das despesas, mas ainda impõe restrições que limitam a expansão efetiva dos investimentos sociais. A continuidade do subfinanciamento do SUS, mesmo com a vigência da LC 200/2023, reforça a necessidade de discussão sobre uma reforma tributária solidária e a revisão das prioridades orçamentárias do Estado brasileiro.

CONCLUSÃO

O presente artigo teve por base central o estudo e discussão do financiamento do Sistema Único de Saúde e a efetivação do direito fundamental à saúde no Brasil, haja vista um processo de subfinanciamento que marca a construção do SUS desde a sua implementação na Constituição de 1988.

Viu-se que os direitos fundamentais possuem um custo financeiro para o Estado, requerendo a efetivação de políticas públicas gerais, que

ocasionam custos e exigem receitas para dar sustento ao mundo do “dever ser” da norma jurídica. A simples previsão de uma garantia constitucional não consubstancia uma prestação social efetiva.

De fato, qualquer discussão que se faça sobre a eficácia e implementação do direito à saúde não pode ignorar as dificuldades de financiamento das políticas sanitárias no Brasil. Em qualquer lugar do mundo, a prestação de serviços de saúde exige um uso intensivo de mão de obra e possui um alto custo de manutenção dos serviços e centros hospitalares.

A sociedade como um todo, por meio dos seus tributos, é quem deve financiar as ações e serviços do SUS. A formação de um orçamento mínimo para a saúde é a garantia de implementação deste direito, sendo um verdadeiro pressuposto do direito à saúde.

De outro lado, verifica-se que a vinculação de recursos para as áreas sociais foi a forma encontrada para implementar a educação e saúde no Brasil. Independentemente dos governantes, foi uma opção política da própria Constituição, enquanto valores imprescindíveis para uma sociedade justa e solidária.

Contudo, o teto constitucional das despesas públicas primárias, criado pela EC 95/2016, ao não excluir as vinculações mínimas da saúde e educação, comprometeu essas opções constitucionais e trouxe um ciclo de restrições orçamentárias que agravou o subfinanciamento do SUS.

A revogação do teto e a instituição do novo arcabouço fiscal pela LC 200/2023 representa um avanço relevante, ao permitir crescimento real das despesas e retomar os efeitos da EC 86/2015 no que tange ao financiamento federal do SUS. No entanto, o novo modelo ainda está estruturado sobre limites que podem restringir a expansão necessária dos investimentos em saúde.

Em síntese, embora o novo regime fiscal traga um modelo mais flexível que o anterior, ainda mantém restrições significativas aos investimentos em saúde pública, como a rigidez dos limites de despesa primária, a dependência do resultado fiscal e a ausência de uma flexibilidade orçamentária que amplie a capacidade de investimento público do Estado brasileiro. Desta forma, o desafio central permanece: compatibilizar responsabilidade fiscal com o

financiamento adequado de direitos sociais fundamentais, como o direito à saúde, exigindo vigilância contínua do legislativo, do controle social e dos órgãos de fiscalização.

REFERÊNCIAS

ASENSI, Felipe Dutra. O direito à saúde no Brasil. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (orgs.). **Direito sanitário**. Rio de Janeiro: Campus Jurídico, 2012.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. **Gasto público em saúde**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro/beneficiometro-artigos/saude/gasto-publico-em-saude>. Acesso em: 7 maio 2025.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569–584, 2003.

CASTRO, Ione Maria Domingues de. **Direito à saúde no âmbito do SUS**: um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário?. São Paulo: I.M.D. Castro, 2012.

LEITE, Carlos Alexandre Amorim. **Direito fundamental à saúde**: efetividade, reservado possível e mínimo existencial. Curitiba: Juruá, 2014.

MULTICIDADES. Investimentos batem recorde e municípios investem mais que a União ou que os estados, em 2023. 2024. Disponível em: <https://multicidadesonline.com.br/panorama/despesas/>. Acesso em: 9 maio 2025.

OLIVEIRA, Emerson Ademir Borges de; ROSSIGNOLI, Marisa. Federalismo fiscal no Brasil: da teoria federalista à crise econômica. **Revista Jurídica**, [S.l.], v. 1, n. 54, p. 395 - 424, mar. 2019. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3315/371371807>. Acesso em: 15 maio 2025.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**: desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2013.

WIECHERT, Marlon Albert. O direito à saúde e o princípio da integralidade. In: SANTOS, Lenir (org.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2010. p. 97–116.