

A REFORMA TRIBUTÁRIA E AS IMPLICAÇÕES SOBRE O FINANCIAMENTO DO SUS

Micheli Burginski¹

Evilasio Salvador²

Resumo: O artigo analisa as implicações da reforma tributária (EC 132/2023) para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), à luz do histórico de subfinanciamento, do desfinanciamento e da dependência das contribuições sociais. A pesquisa, de natureza documental e quantitativa, utilizou dados do Siga Brasil e de legislações recentes sobre arcabouço fiscal e reforma tributária. Os resultados indicam que a substituição das contribuições sociais por tributos sobre o consumo (CBS e IBS) cria incertezas quanto à manutenção das fontes vinculadas à Seguridade Social. Conclui-se que a reforma tributária aprofunda a regressividade fiscal e ameaça a sustentabilidade do SUS, exigindo novas estratégias de financiamento que garantam estabilidade e equidade.

Palavras-chave: Fundo Público. Reforma Tributária. Financiamento do SUS. Seguridade Social. Austeridade Fiscal.

1 Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Assistente Social. Mestra em Educação e Doutora em Política Social. Professora do Departamento de Serviço e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT).

E-mail: vanda.burginski@ufmt.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9178454746153446>

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2866-5309>

2 Universidade de Brasília (UnB). Economista. Mestre e doutor em política social. Professor do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação da Universidade de Brasília (UnB). Bolsista Produtividade do CNPq.

E-mail: evilasio@unb.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9255679876512606>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9474-374X>

TAX REFORM AND ITS IMPLICATIONS ON SUS FUNDING

Abstract: The article analyzes the implications of Brazil's tax reform (Constitutional Amendment No. 132/2023) for the financing of the Unified Health System (SUS), in light of its historical underfunding, defunding, and dependence on social contributions. The research, based on documentary and quantitative methods, draws on *Siga Brasil* data and recent legislation on the fiscal framework and tax reform. The findings indicate that the replacement of social contributions with consumption-based taxes (CBS and IBS) generates uncertainty regarding the preservation of revenues linked to Social Security. It concludes that the tax reform deepens fiscal regressivity and threatens the sustainability of the SUS, calling for new financing strategies capable of ensuring stability and equity.

Keywords: Public fund. Tax reform. SUS financing. Social Security. Fiscal austerity.

Introdução

Após uma grave pandemia, segue a disputa em torno da garantia ao financiamento suficiente, adequado e estável para o Sistema Único de Saúde (SUS) como condição para a materialização do direito à saúde. Inserindo-se nessa disputa, o foco central do artigo são as implicações da recente reforma tributária para o financiamento do SUS.

Estudos como os de Rezende (2024) e Salvador (2023) apontam a elevada regressividade do sistema tributário brasileiro. Nos últimos anos³, pesquisas sobre essa regressividade aumentaram de forma expressiva, com a participação de movimentos organizados na sociedade civil brasileira, pautando maior progressividade no sistema

3 Apenas para citar algumas, destacam-se a importante coletânea organizada por Fagnani (2018) no âmbito da campanha liderada pelas ANFIP e pela FENAFISCO; a tese de doutorado de . Rezende (2021).

tributário, com destaque para a campanha “tributar os super-ricos”, liderada pelo Instituto de Justiça Fiscal (IJF),⁴ que defende a cobrança de impostos sobre os mais ricos e a diminuição da tributação sobre os mais pobres na sociedade brasileira.

Contudo, essas proposições não vêm conseguindo lograr êxito na correlação das lutas de classes no Brasil e, assim, não se tornam uma agenda pública prioritária na questão tributária. Nessa direção, o artigo aborda a saga do financiamento da saúde, fazendo um breve resgate acerca das dificuldades na garantia de orçamento para sua viabilidade. Após analisar as recentes mudanças no sistema tributário brasileiro e suas possíveis implicações para o financiamento do SUS — com base em dados do Siga Brasil e nas novas leis e diretrizes da reforma tributária, Emenda Constitucional 132 (20/12/2023) — conclui-se que são necessários estudos mais aprofundados sobre a relação entre as novas formas de arrecadação e o financiamento da saúde, diante da complexidade do atual cenário de transição.

O financiamento do SUS: uma saga histórica⁵

Um dos maiores problemas da política de saúde brasileira diz respeito a seu financiamento. O SUS, desde a sua origem, teve que disputar recursos no interior da Seguridade Social. De maneira que, quando pesquisamos sobre o financiamento do SUS, o que se revela são as intensas disputas entre as áreas econômica e social, uma verdadeira saga, ainda não completada.

4 <https://ijf.org.br/tributar-os-super-ricos/>

5 Salientamos que, dados os limites do artigo, a saga do financiamento da saúde possui vários aspectos, como também sujeitos, que não puderam ser contemplados nessa redação.

Sob os marcos constitucionais, a saúde, a previdência e a assistência social passaram a integrar a Seguridade Social, um sistema que deveria ser contemplado com orçamento próprio e contribuições sociais específicas, além dos recursos do orçamento fiscal (art. 195 da Constituição da República). No entanto, desenhou-se o sistema na constituição, mas se relegou ao plano infraconstitucional a definição das fontes de custeio. O entusiasmo político que viabilizou a constitucionalização desses direitos não se desdobrou em igual compromisso com o financiamento, ou seja, o consenso foi normativo, mas não orçamentário. Além disso, cada uma das políticas de Seguridade comportou características e diretrizes de organização específicas, o que dificultou, dentre muitos aspectos, a configuração em sistema de proteção social intersetorial e integrado.

Na tentativa de assegurar recursos suficientes para o financiamento da política de saúde foi estabelecido no artigo 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a destinação de, no mínimo, 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).⁶

O surgimento do SUS coincidiu com a ascensão do neoliberalismo e a adoção de políticas de contenção de gastos públicos, contexto desfavorável a políticas universais e redistributivas. Marques e Mendes (2012) mostram que, entre 1985 e 2008, o financiamento do SUS foi marcado por incertezas e fragilidades. Essa situação se agravou em 1993, quando o Ministério da Previdência interrompeu o repasse de recursos à saúde, rompendo o pacto que destinava parte das contribuições

⁶ Fato nunca ocorrido, conforme demonstra a tabela 1 deste artigo.

sociais ao sistema. O governo federal priorizou o equilíbrio previdenciário, reduzindo o gasto sanitário, dependente de repasses instáveis. A falta de vinculação rígida gerou disputas dentro da Seguridade Social e, após 1994, o orçamento da saúde passou a enfrentar os efeitos do ajuste fiscal e da busca por superávit primário (Marques e Mendes, 2012). A crise de 1993 evidenciou esse quadro, levando o Ministério da Saúde a recorrer a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Salvador, 2010). Com o Plano Real, a criação do Fundo Social de Emergência — sucedido pela Desvinculação de Receitas da União (DRU) — aprofundou o problema, ao permitir o uso de 20%, e depois 30%, das contribuições sociais para o pagamento da dívida pública.

Em 1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) foi instituída como uma solução emergencial, cuja criação esteve menos vinculada ao reforço estrutural do orçamento da saúde e mais associada a um rearranjo interno das contas públicas, no contexto do regime de austeridade fiscal do pós-Plano Real. Como apontam Santos e Funcia (2021), embora a narrativa oficial afirmasse que os novos recursos seriam destinados *exclusivamente* ao SUS, na prática ocorreu um movimento contábil compensatório: à medida que a CPMF ingressava como receita adicional, outras fontes originárias foram simultaneamente reduzidas, sobretudo a Cofins e a CSLL. Em termos efetivos, não houve ampliação real do financiamento.

A EC 29/2000 buscou reduzir a instabilidade do financiamento da saúde ao definir percentuais mínimos de aplicação por União, estados e municípios, o que resultou em algum aumento dos gastos locais. Contudo, manteve indefinido o compromisso da União, perpetuando a disputa interna por recursos

no orçamento federal. Somente com a Lei Complementar (LCP) 141/2012, foram fixados os valores mínimos anuais para União, estados, municípios e Distrito Federal, além de critérios de rateio, fiscalização e controle (Brasil, 2012). Os municípios e o Distrito Federal devem aplicar ao menos 15% de sua arrecadação em saúde, enquanto os estados — incluindo o DF em sua condição estadual — devem destinar 12%. Esses parâmetros visam a assegurar o financiamento do SUS e a efetivação do direito à saúde em todo o país.

A extinção da CPMF em 2007 agravou a fragilidade do sistema: sem consolidar-se como fonte estável de recursos, sua eliminação deixou um vazio orçamentário e ampliou a disputa por financiamento dentro da Seguridade Social.

Em 2015, no lugar da regulamentação integral da EC 29 e do projeto Saúde+10⁷ — que previa 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para a saúde — aprovou-se a EC 86, vinculando o gasto federal não à RCB, mas à Receita Corrente Líquida (RCL), reduzindo o patamar do piso e abrindo caminho para compressão orçamentária. A EC 86/2015 supostamente veio corrigir distorções no financiamento do SUS, ampliar seus recursos e garantir maior previsibilidade orçamentária. Contudo, ao mesmo tempo que regulamentou o piso constitucional de 15% da RCL, também instituiu, na composição desse piso, a obrigatoriedade

7 Parte dos movimentos organizados da sociedade civil em torno da defesa do financiamento do SUS (Movimento Saúde +10) à época defenderam que a vinculação alcançasse 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União, como piso da esfera federal para compor o financiamento do SUS. Esse movimento se organizou em torno do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com proposta de projeto de iniciativa popular junto às bases comunitárias e importantes organizações da sociedade civil.

da execução orçamentária via emendas parlamentares individuais no equivalente a 1,2% da RCL, sendo metade desse percentual destinado às ações e serviços públicos de saúde.

Com a vigência da EC 95/2016, após o golpe jurídico, parlamentar e midiático contra a presidenta Dilma Rousseff para a ascensão de Michel Temer à presidência, a regra constitucional estabelecida de 15% da RCL para o financiamento da saúde foi desconsiderada e se redefiniu o piso da participação federal do SUS de acordo com novos parâmetros, que se limita à correção da variação do IPCA.

A Tabela 1 sintetiza a trajetória do financiamento do SUS e evidencia as dificuldades em garantir recursos compatíveis com seus princípios constitucionais. Os dados — referentes aos valores pagos e restos a pagar pagos⁸ entre 2016 e 2024, atualizados pelo IPCA — abrangem as três funções da seguridade social: previdência, assistência e saúde. O Orçamento da Seguridade Social (OSS) apresentou crescimento real de 28,6% acima do IPCA no período, com retomada a partir de 2023, após o fim da EC nº 95/2016, passando de R\$1,4 trilhão para R\$1,6 trilhão. Ainda assim, o montante segue insuficiente para atender às exigências constitucionais. Em 2020, excluídos os créditos extraordinários da pandemia, o OSS teve sua pior execução, cerca

⁸ Os restos a pagar pagos correspondem às despesas empenhadas e não pagas até 31 de dezembro, distinguindo-se entre despesas processadas e não processadas, conforme o art. 67 do Decreto nº 93.872/1986. As despesas processadas são aquelas liquidadas no exercício anterior, enquanto as não processadas referem-se às despesas empenhadas, mas ainda não liquidadas no exercício de origem (Brasil, 1986). Assim, o conceito de “restos a pagar pagos” expressa a execução financeira realizada no exercício corrente referente a obrigações assumidas em exercícios anteriores, abrangendo todos os pagamentos efetivamente desembolsados para quitar esses compromissos.

de R\$1,2 trilhão, refletindo os efeitos restritivos da EC 95 sobre o financiamento social.

Observa-se, ao longo do período, uma mudança na distribuição interna dos recursos da seguridade social. A partir de 2021, a assistência social supera a saúde em participação no OSS, ampliando sua fatia de 16,2% para 18,4%. Já a saúde, durante o governo Bolsonaro, caiu para 11,85% do total, considerando apenas os recursos regulares. Com o fim da EC 95 e a recomposição do piso de 15% da RCL, houve leve recuperação, alcançando 13,9% em 2024 — ainda abaixo da assistência social. Em síntese, os dados da Tabela 1 confirmam o subfinanciamento persistente da saúde, que perdeu espaço relativo no OSS e não recuperou as perdas acumuladas de cerca de R\$ 70 bilhões durante a vigência da EC 95 (Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2023).

Tabela 1 - Orçamento da Seguridade Social por Funções típicas em valores pagos em R\$ bilhões pagos mais restos a pagar pagos, deflacionados pelo IPCA, a preços de dezembro de 2024

Ano	Funções orçamentárias			Total	Participação em % sobre total OSS		
	Assistência social	Previdência	Saúde		Assistência social	Previdência	Saúde
2016	128,69	958,04	171,82	1.258,55	10,23%	76,12%	13,65%
2017	126,84	970,25	162,30	1.259,39	10,07%	77,04%	12,89%
2018	126,25	954,81	174,21	1.255,27	10,06%	76,06%	13,88%
2019	133,00	1.008,39	174,66	1.316,05	10,11%	76,62%	13,27%
2020	107,18	959,53	147,77	1.214,48	8,83%	79,01%	12,17%
2021	117,01	1.086,64	161,73	1.365,38	8,57%	79,58%	11,85%
2022	234,08	1.032,64	178,13	1.444,84	16,20%	71,47%	12,33%
2023	291,28	1.063,27	194,06	1.548,62	18,81%	68,66%	12,53%
2024	297,91	1.095,40	225,02	1.618,33	18,41%	67,69%	13,90%
Var. 16-24	131,49%	14,34%	30,96%	28,59%	-	-	-

Fonte: Siga Brasil. Elaboração Própria.

Notas: 1. Exclui o refinanciamento da dívida pública. 2. Restos a pagar pagos, conforme metodologia do SIAFI. 3. Os dados foram extraídos do Siga Brasil em 17 de agosto de 2025. 4. Exclui o orçamento extraordinário (EC 106/2020) pagos mais restos a pagar com despesas da COVID nas funções assistência social, previdência e saúde.

Em 2023, entrou em vigor o piso constitucional de 15% da RCL para os gastos em saúde, promovendo uma recomposição orçamentária. No entanto, essa medida não recuperou as perdas acumuladas durante a vigência da EC 95/2016 — tema recorrente nas pautas dos movimentos sociais e do controle social.

A LCP 200⁹, de 30 de agosto de 2023, que instituiu o Novo Arcabouço Fiscal (NAF), substituiu a EC 95, estabelecendo regras mais flexíveis para os gastos públicos. O NAF limita as despesas primárias — incluindo os gastos sociais — a 70% das receitas, permitindo crescimento real entre 0,6% e 2,5% ao ano, sempre vinculado às metas de resultado primário.

No orçamento de 2023, uma controvérsia sobre o cumprimento do piso de 15% da RCL levou a consulta ao TCU, que decidiu adotar como base o valor estimado no PLOA. Essa interpretação reduziu os recursos da saúde em cerca de R\$2,6 bilhões, podendo chegar a R\$5 bilhões, contrariando a Recomendação n° 016/2023 do CNS.

O Novo Arcabouço Fiscal (LC 200/2023) enfrenta desafios semelhantes aos da antiga EC 95/2016, diante do aumento dos gastos previdenciários e da retomada dos pisos de saúde e educação, que tendem a crescer acima das despesas discricionárias. Estas, por sua vez, serão as primeiras a sofrer contingenciamento, comprometendo políticas sociais essenciais (Salvador, 2024).

As emendas parlamentares também ganharam peso expressivo: de R\$4,31 bilhões em 2016 para R\$24,11 bilhões em 2024 (valores corrigidos pelo IPCA), representando 10,71% do orçamento pago da saúde (Salvador; Burginski, 2025). Esse aumento acentua a falta de transparência e enfraquece o planejamento estratégico do SUS.

A reforma tributária, consolidada na EC 132/2023 e regulamentada pela LC 214/2025, acrescenta novas incertezas.

9 Durante o período de transição para o novo governo, foi aprovada a EC 126, cujos artigos 6° e 9° determinam o envio ao Congresso Nacional de um Projeto de Lei Complementar para estabelecer um regime fiscal sustentável. O NAF (LCP 200/2023) foi apresentado visando cumprir essa exigência constitucional e propor alternativas diante dos desafios relacionados ao teto de gastos vigente.

Convém destacar que ainda se encontra em debate no Congresso Nacional o PLP 108/2024. A manutenção do financiamento do SUS dependerá da definição das alíquotas da Contribuição sobre Bens e Serviços (CBS) e do Imposto sobre Bens e Serviços (IBS), tema tratado na próxima seção.

Reforma tributária e o financiamento do SUS

A saga do financiamento da saúde evidencia um subfinanciamento crônico, agravado pela EC 95/2016, que provocou o primeiro desfinanciamento real desde 1988, isto é, uma redução em termos reais de recursos de um ano para outro (conforme tabela 1). O Novo Arcabouço Fiscal (LC 200/2023) pode repetir esse cenário ao limitar as despesas primárias a 70% da arrecadação, enquanto os pisos de saúde e educação seguem a variação das receitas, o que ameaça sua manutenção (Salvador, 2024). Diante disso, o governo ameaça encaminhar uma PEC para revisar e limitar ainda mais as correções desses pisos (Martello; Sant’Ana; Lima, 2023).

As renúncias tributárias ampliam a perda de recursos e favorecem o setor privado (Salvador; Burginski, 2024). Além disso, a regulamentação da reforma tributária traz incertezas quanto ao cumprimento do mínimo constitucional em saúde (LCP 141/2012). A reforma tributária, consolidada pela EC 132/2023, representa uma ampla reestruturação da tributação sobre o consumo, mas mantém a regressividade do sistema. No campo da renda, o PL 1.087/2025, já aprovado na Câmara, propõe isenção do IR para rendas até R\$5 mil, e aguarda análise no Senado.

Segundo Introíni (2025), a reforma tributária busca simplificar o sistema, aumentar a transparência, eliminar a cumulatividade e pôr fim à “guerra fiscal” entre estados, promovendo maior competitividade — segundo seus defensores. A EC 132/2023, originada das PECs 45/2019 (Câmara) e 110/2019 (Senado), retoma debates anteriores já criticados por Salvador (2010; 2023), ao priorizar a unificação de tributos sem enfrentar a principal distorção do sistema: sua elevada regressividade.

A reforma tributária (EC 132/2023), originária nas PECs em comento, implicou a criação de um IVA dual com a extinção de cinco tributos (ICMS, ISS, IPI, PIS e Cofins)¹⁰ da seguinte forma: a) CBS, de competência federal, unifica PIS, Cofins e IPI; b) IBS, de competência de estados e municípios, unifica ICMS e ISS.

Segundo Introíni (2025), o IVA incidirá apenas sobre o valor agregado, eliminando a cumulatividade e reduzindo preços. A arrecadação seguirá o princípio do destino, encerrando a “guerra fiscal” entre entes federativos. Cria-se ainda o Imposto Seletivo (IS), aplicado a produtos nocivos à saúde e ao meio ambiente. A transição ocorrerá de 2026 a 2032, com extinção dos tributos atuais em 2033, além da criação do Fundo de Desenvolvimento Regional e do Fundo de Compensação.

A reforma gerou dois Projetos de Lei Complementar: o PLP 65/2024, convertido na LC nº 214/2025, e o PLP 108/2024, ainda em tramitação, que cria o Comitê Gestor do IBS (CG-IBS), com

10 ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, de Competência: Estados e Distrito Federal; ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza de competência dos Municípios e do Distrito Federal; IPI- Imposto sobre Produtos Industrializados de competência da União; PIS – Contribuição Social sobre o Programa de Integração Social; e a Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, de competência da União sendo incidente sobre o faturamento das empresas, destinada ao financiamento da seguridade social (saúde, previdência e assistência social).

autonomia técnica e administrativa. A LC 214, principal marco da reforma, institui o IBS, a CBS e o Imposto Seletivo, definindo suas regras gerais de incidência e arrecadação, consolidando as bases do novo sistema tributário sobre o consumo (Introíni, 2025).

A CBS, portanto, substitui os tributos federais (PIS, Cofins, IPI), enquanto o IBS é a proposta para uma estrutura mais abrangente que envolve impostos estaduais e municipais. Ambos fazem parte do esforço de reformular o sistema de tributação sobre consumo no Brasil, mas têm âmbitos de atuação diferentes.

Diante disso, podemos observar, preliminarmente, que a reforma tributária não prioriza o orçamento da seguridade social diante da forma adotada de unificação de tributos federais, o que, na prática, pode inviabilizar a manutenção desse orçamento preconizado na CF de 1988. A reforma tributária revela uma contradição ao buscar conciliar interesses distintos: por um lado, promove a simplificação e pode estimular a atividade econômica; por outro, mantém a regressividade do sistema, já que os tributos sobre produção e consumo continuam onerando proporcionalmente mais as camadas de baixa renda.

A criação da CBS e do IBS, que compõem o IVA dual, substitui tributos como PIS e Cofins e traz incertezas quanto ao financiamento do SUS, pois o fim das contribuições sociais pode reduzir a vinculação de recursos à saúde. Salvador (2010) destaca a importância dessas contribuições para a Seguridade Social e alerta para a regressividade dos tributos que a financiam, que acabam onerando mais os mais pobres. Essa situação não foi resolvida com a reforma tributária, pois tanto a CBS e o IBS são tributos regressivos¹¹.

11 De acordo com Rezende (2023), as contribuições sociais como principal fonte de financiamento da seguridade social brasileira, apresentam um duplo caráter:

Levantamento que realizamos no sistema Siga Brasil mostra que, no período de 2016 a 2024, a Confins e a CSLL foram as duas principais contribuições sociais que financiaram a saúde, como pode ser visualizado na tabela 2. Pela tabela, fica evidente a forte dependência do financiamento da saúde de COFINS, que foi extinta pela reforma tributária e chegou a representar 71,83% do orçamento pago, em 2022, na função orçamentária saúde.

ao mesmo tempo em que são essenciais para a sustentação de direitos sociais, apresentam efeitos regressivos que penalizam os trabalhadores e os mais pobres.

Tabela 2 - Financiamento da saúde por fonte orçamentária no período de 2016 a 2024

Em % do orçamento pago mais restos a pagar pagos

Ano	CSLL (fonte 151)	COFINS (fonte 153)	Demais fontes (Fonte 100 e outras)
2016	21,61%	50,72%	27,67%
2017	26,59%	58,52%	14,89%
2018	16,39%	63,47%	20,14%
2019 (1)	21,57%	55,23%	23,20%
2020	14,53%	54,07%	31,41%
2021	10,35%	67,38%	22,28%
2022 (2)	1,84%	71,83%	26,33%
2023 (3)	10,56%	69,73%	19,71%
2024	35,50%	48,03%	16,48%

Fonte: SIGA Brasil. Elaboração própria.

Notas: 1. Em 2019 alteraram-se os nomes das fontes sendo a fonte 151 chamada de “recursos livres da seguridade social” e a fonte 153 “Recursos destinados às atividades fins da seguridade social”. 2. Em 2022 ocorre uma nova denominação das fontes: a 151 passa a ser equivalente a “0351 e 6151” como “recursos livres da seguridade social” e as fontes “0353 e 6153” como “Recursos destinados às atividades fins da seguridade social”. 3. Em 2023, outra alteração ocorreu com a criação da fonte 1001 “recursos livres da seguridade social” (equivalente a fonte 151) e a fonte 1002 “Atividades fins da seguridade social “ (correspondente à fonte 153).

O financiamento da saúde no Brasil segue fortemente sustentado pelas contribuições sociais previstas no artigo 195 da Constituição de 1988, que compõem a base fiscal da Seguridade Social. Mesmo após a reclassificação das fontes orçamentárias pela Portaria STN/MF nº 1.181/2024, as fontes 1001 (Recursos Livres da

Seguridade Social) e 1002 (Atividades-Fim da Seguridade Social), originadas da COFINS e da CSLL, responderam por 83,52% dos recursos aplicados na função saúde em 2024, incluindo valores pagos e restos a pagar pagos.

O Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), em processo de extinção pela reforma tributária, compõe junto ao Imposto de Renda (IR) a base dos principais mecanismos de transferência constitucional da União: o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O FPE recebe 21,5% e o FPM 24,5% da arrecadação desses tributos, garantindo redistribuição de receitas, redução das desigualdades regionais e fortalecimento do equilíbrio federativo.

Esses recursos são essenciais para que os entes federativos cumpram o mínimo constitucional de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, conforme a LC nº 141/2012. Pesquisa de Pereira et al. (2025)¹² mostra que o financiamento do SUS vem sendo progressivamente transferido para estados e municípios desde a Constituição de 1988. Com base em dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), os autores destacam que, em 2023, os municípios destinaram cerca de 1,4% do PIB à saúde, frente a 1,1% dos estados e 1,7% da União. Esse equilíbrio pode ser afetado pela extinção do ISS, um dos principais tributos municipais.

Oliveira Junior et al. (2024) alertam que a substituição de impostos como ICMS e ISS pode gerar incertezas na arrecadação e comprometer a sustentabilidade financeira do SUS. A manutenção

12 Trata-se do importante livro “Financiamento da Saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios”, organizado por Blenda Pereira, Jurandi Silva, Mauro Junqueira e Antonio de Oliveira Junior, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 2025.

de alíquotas reduzidas para o setor privado tende a ampliar o gasto tributário — já equivalente a dois orçamentos anuais do Ministério da Saúde — e aumentar a desigualdade fiscal. A desvinculação entre arrecadação e financiamento ameaça a previsibilidade e a estabilidade orçamentária, podendo comprometer a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde, sobretudo diante das incertezas do período de transição tributária.

Considerações finais

As alterações recentes no sistema tributário brasileiro, que ocorrem em um contexto de aprofundamento da contrarreforma do Estado e de redefinição do fundo público sob a ótica dos interesses do capital, não enfrentam a regressividade do sistema e produzem incertezas sobre o financiamento da Seguridade Social, em especial, da saúde. Nesse sentido, são necessários estudos mais aprofundados acerca dos impactos que a reforma tributária atual produzirá sobre o orçamento do SUS, o que extrapola os limites deste artigo. Ao unificar tributos vinculados sem salvaguardas explícitas à Seguridade Social, abre-se a possibilidade de esvaziamento paulatino de fontes constitucionalmente protegidas.

Se confirmada essa tendência, haverá continuidade do padrão histórico em que a saúde é chamada a responder por crises sistêmicas sem dispor de um financiamento estável, progressivo e constitucionalmente garantido. A consolidação de um SUS universal depende, portanto, menos de reformas tópicas e mais da recuperação do orçamento da Seguridade como espaço próprio de proteção social. Sem recompor a progressividade do sistema tributário e sem redefinir o papel do fundo público como instrumento redistributivo

e não mero garantidor da estabilidade macroeconômica, não haverá espaço fiscal efetivo para materializar o direito à saúde.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 016, de 13 de julho de 2023**. Brasília: CNS, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/3091-recomendacao-n-016-de-13-de-julho-de-2023> Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 713, de 15 de junho de 2023**. Dispõe sobre a reprovação do Relatório Anual de Gestão 2022 do Ministério da Saúde e a indicação de medidas corretivas de gestão. Brasília, DF: CNS, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2023/Reso713.pdf>. Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Portaria STN/MF nº 1.181, de 18 de julho de 2024. **Altera a classificação das fontes ou destinações de recursos a ser utilizada por Estados, Distrito Federal e Municípios**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jul. 2024.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [...]**. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 jan 16 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

BRASIL. Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986. **Dispõe sobre a unificação dos recursos de caixa do Tesouro Nacional, atualiza e consolida a legislação pertinente**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 dez. 1986.

FAGNANI, Eduardo (ORG.). **A Reforma Tributária Necessária Diagnóstico e Premissas**. Brasília: ANFIP e FENAFISCO, 2018.

INTROÍNI, Paulo. **A Reforma Tributária do Consumo e Suas Regulamentações**. Porto Alegre: Instituto Justiça Fiscal, 2025.

INTROÍNI, Paulo. **Principais críticas as PECs 45/2009 E 110/2019**. Porto Alegre: Instituto Justiça Fiscal, 2023.

MARQUES, Rosa; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. In: **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, ago. 2012.

MARTELLO, Alexandro; SANT'ANA, Jéssica; LIMA, Bianca. Governo enviará PEC no 2º semestre para mudar piso de gastos em saúde e educação, diz secretário do Tesouro. G1, Brasília, 2023, **portal G1**, n. 2, p. 1–8. Acesso em 10 de outubro de 2023.

OLIVEIRA JUNIOR, Antonio et al. **A Reforma Tributária e o Financiamento da Saúde**. *Folha de S.Paulo – Blog Saúde em Público*, São Paulo, 19 set. 2024. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/blogs/saude-em-publico/2024/09/a-reforma-tributaria-e-o-financiamento-da-saude.shtml>. Acesso em: 30 out. 2025.

PEREIRA, Blenda et al. **Financiamento da Saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 2025.

REZENDE, Thiago. **Sistema tributário brasileiro: fundamentos socioeconômicos**. 1. ed. Jundiaí-SP: Paco Editorial, 2024.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

SALVADOR, Evilasio. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. **Argumentum**, Vitória, v. 16, n. 1, p. 6–19, 2024.

SALVADOR, Evilasio. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social & Sociedade**, n. 130, p. 426–446, set. 2017.

SALVADOR, Evilasio; BURGINSKI, Micheli. Orçamento da saúde: hora de rever os privilégios tributários. O crescimento das emendas impositivas enfraquece o planejamento do SUS. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 15 jul. 2025. Tendências/Debates. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/>. Acesso em: 29 out. 2025.

SANTOS, Lenir; FUNCIA, Francisco R. Histórico do financiamento do SUS: evidências jurídico-orçamentárias do desinteresse governamental federal sobre a garantia do direito fundamental à saúde. In: Claudio Ferreira do Nascimento; Ruth Ribeiro Bitencourt e Lizandra Nunes Coelho Conte (orgs.). **O financiamento do sus: uma luta do controle social**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021.