



Implementação dos critérios de rateio, uma análise após quatorze anos da Lei Complementar nº 141/2012

SUStentabilidade da saúde e redes de atenção

Brasília-DF, 31 de agosto de 2026



Por que o critério de rateio é o coração do financiamento

- Rateio é a regra que decide quanto de dinheiro público vai para cada Estado e cada município.
- Sem critério explícito, prevalece a série histórica: quem já tinha rede recebe mais; quem tem mais necessidade e menos oferta recebe menos.
- A Constituição não pede apenas repasse: o art. 198, §3º, II exige critérios voltados à progressiva redução das disparidades regionais.
- É também questão federativa: municípios e estados respondem pela execução, mas dependem de transferências definidas por outro ente.

**5.570 e
27**

Municípios e estados recebem recursos federais

3

esferas com dever de cofinanciar o SUS

Art. 35 da Lei 8.080/1990

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, DF e municípios, será utilizada combinação dos seguintes critérios:

I Perfil demográfico

População da região a ser coberta.

II Perfil epidemiológico

Necessidades e carga de doença da população.

III Rede de saúde

Características quantitativas e qualitativas da rede na área.

IV Desempenho

Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior.

V Esforço próprio

Participação da saúde nos orçamentos estaduais e municipais.

VI Investimentos

Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede.

VII Ressarcimento

Atendimento prestado a outras esferas de governo.

§1º Metade per capita

50% dos recursos divididos pelo número de habitantes, sem procedimento prévio.

Lei 8.142/1990, art. 3º, §1º: enquanto os critérios do art. 35 não fossem regulamentados, aplicava-se exclusivamente o critério per capita. O provisório virou regime.

Arcabouço constitucional do financiamento

1988

CF/88 — arts. 196 a 200

Saúde como direito e dever do Estado; descentralização com direção única em cada esfera; rede regionalizada e hierarquizada.

2000

EC 29 — vinculação de receitas

Cria o §3º do art. 198: percentuais mínimos por ente e a exigência de critérios de rateio voltados à redução das disparidades regionais.

2015

EC 86 — piso federal em % da RCL

Escalonamento de 13,2% até 15% da receita corrente líquida e emendas parlamentares individuais impositivas, metade destinada à saúde.

2016

EC 95 — teto de gastos

Congela o piso federal no valor de 2017 corrigido pelo IPCA por 20 anos; desvincula o piso do crescimento da receita.

2022

EC 126 e LC 200/2023 — novo regime fiscal

Revogam o teto e restabelecem o piso de 15% da RCL do exercício, mantendo tensão com o limite global de despesa primária.

A era das NOBs (1990–2000)

1990

Lei 8.080, art. 35, e Lei 8.142, art. 3º

Critérios definidos em lei, mas sem regulamentação; vigora o repasse per capita como regra exclusiva.

1991

NOB 01/91

Pagamento por produção de serviços (AIH e UCA); o volume de procedimentos, e não a necessidade, define o repasse.

1993

NOB 01/93 — “Descentralização das ações e serviços”

Habilitação em condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena) e primeiras transferências fundo a fundo.

1996

NOB 01/96 e o PAB fixo (implantado em 1998)

Primeiro componente de fato per capita da atenção básica: um valor por habitante/ano, desvinculado da produção.

2000

EC 29

Vinculação orçamentária cria a base financeira que tornaria possível discutir rateio equitativo.

Regionalização e blocos (2001–2011)

2001

NOAS 01/2001 e 01/2002

Regionalização assistencial, PDR e Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento de alocação entre municípios.

2002

Portaria GM/MS 1.101/2002

Parâmetros assistenciais de cobertura — base técnica para estimar necessidade de serviços.

2006

Pacto pela Saúde — Portaria GM/MS 399/2006

Substitui a habilitação por termos de compromisso e organiza o financiamento em blocos.

2007

Portaria GM/MS 204/2007

Regulamenta cinco blocos (atenção básica; média e alta complexidade; vigilância; assistência farmacêutica; gestão) com conta por bloco.

2011

Decreto 7.508 e aprovação da LC 141

Regiões de saúde, RENASES, RENAME e o COAP; em dezembro, o Congresso aprova a lei complementar da EC 29.

LC 141/2012

Transferências da União

- Art. 17 — o rateio observa necessidades de saúde e as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta, além do art. 35 da Lei 8.080.
- Art. 17, §1º — o Ministério da Saúde define e publica anualmente os montantes por ente, com metodologia pactuada na CIT e aprovada pelo CNS.
- Art. 17, §2º — investimentos com programação anual e prioridade à redução de desigualdades na oferta.
- Art. 18 — repasse fundo a fundo, regular e automático, dispensada a celebração de convênio.

Estados, controle e transparência

- Art. 19 — o rateio dos Estados para os municípios segue o critério de necessidades de saúde, com metodologia pactuada em CIB e aprovada pelo Conselho Estadual.
- Art. 20 — recursos estaduais transferidos aos fundos municipais de forma regular e automática.
- Arts. 30 a 38 — planejamento ascendente, Relatório Detalhado do Quadrimestre e prestação de contas em audiência pública.
- Arts. 39 e 40 — SIOPS obrigatório: base de dados que permite auditar aplicação mínima e rateio.

Camada infralegal

D

Decreto 7.827/2012

Condicionamento, suspensão e restabelecimento de transferências constitucionais e voluntárias por descumprimento da aplicação mínima.

D

Decreto 7.508/2011

Região de saúde, mapa da saúde, RENASES/RENAME e COAP: a base territorial que o rateio deveria seguir.

R

Resoluções da CIT

Instância de pactuação da metodologia. Em 2012, a Resolução CIT nº 3 criou subgrupo específico para propor os critérios de rateio da LC 141.

P

Portaria de Consolidação 6/2017

Consolida as normas de financiamento e transferência de recursos federais; é hoje o texto de referência, alterado por portarias sucessivas.

P

Portaria GM/MS 3.992/2017

Substitui os cinco blocos por dois — custeio e investimento — com conta única para cada um.

S

SIOPS e instrumentos de gestão

Plano de Saúde, Programação Anual, RDQA e RAG: a LC 141 amarra o repasse ao ciclo de planejamento e à prestação de contas.

A tentativa implantação da LC 141 (2012–2017)

2012

Sanção da LC 141 (13 de janeiro) e Decreto 7.827

Entram em vigor piso, base de cálculo, definição de ASPS e as sanções por descumprimento.

2012

Resolução CIT nº 3 — subgrupo dos critérios de rateio

A CIT reconhece a tarefa e cria grupo técnico para propor a metodologia do art. 17; a proposta global não chega a ser pactuada.

2013

SIOPS obrigatório e primeiros COAP

A alimentação do sistema torna-se condição para transferências; transparência avança mais rápido que o rateio.

2015

Portaria GM/MS 1.631 — parâmetros de planejamento

Atualiza a 1.101/2002 e oferece parâmetros de necessidade por região de saúde, insumo técnico para alocação.

2016

CIT pactua a unificação dos blocos

Pactuação de dezembro de 2016 e janeiro de 2017 abre caminho para a Portaria 3.992/2017 e a autonomia alocativa dos gestores.

Autonomia e equidade (2018–2026)

2018

Dois blocos em operação

Contas únicas de custeio e de investimento; fim das cinco contas carimbadas e maior liberdade de execução local.

2019

Previne Brasil — Portaria GM/MS 2.979

Capitação ponderada por pessoas cadastradas, pagamento por desempenho e incentivos estratégicos substituem o PAB fixo.

2020

Pandemia — EC 106 e LC 172

Repasses extraordinários e autorização para transposição e remanejamento de saldos: flexibilidade sem critério redistributivo.

2024

Portaria GM/MS 3.493 — novo cofinanciamento da APS

Componente fixo modulado pelo Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), vínculo territorial, qualidade e per capita populacional.

2025

Portaria GM/MS 6.907

Atualiza a metodologia do Piso da APS e os indicadores de qualidade, consolidando vulnerabilidade e porte como variáveis de rateio.

O que efetivamente avançou?

1

Piso e base de cálculo

Definição legal de ASPS e do que não pode ser computado encerrou a controvérsia sobre o que conta como gasto em saúde.*

2

Transferência fundo a fundo

Repasse regular e automático, sem convênio, como regra geral — previsibilidade para o gestor local.*

3

Autonomia alocativa

De cinco blocos carimbados para dois (custeio e investimento), com conta única e decisão local sobre a aplicação.*

4

Transparência e controle

SIOPS, RDQA quadrimestral, audiência pública e atuação de conselhos, tribunais de contas e Ministério Público.

5

Governança tripartite

CIT e CIB consolidadas como arenas obrigatórias de pactuação da metodologia, com aprovação pelos conselhos de saúde.

6

Equidade na fórmula da APS

IED, vulnerabilidade social e porte populacional entram no cálculo do cofinanciamento federal a partir de 2024.

EXEMPLO: Cofinanciamento federal da APS

O caso mais próximo do que o art. 17 pede: fórmula pública, com variáveis de necessidade, aplicada a todos os municípios.

A Componente fixo

Valor mensal por equipe, modulado pelo estrato do município no IED.

B Vínculo e acompanhamento

Critérios demográficos (menores de 5 e maiores de 60 anos) e de vulnerabilidade (BPC e Bolsa Família).

C Qualidade

Indicadores de processo e resultado do cuidado, sucessores do pagamento por desempenho.

D Implantação e manutenção

Apoio à estruturação de novas equipes e serviços da atenção primária.

E Per capita populacional

Parcela de base populacional para ações no âmbito da APS.

F Regra de não redução

Transição escalonada com garantia de que nenhum município perde valor nominal.

IED — Índice de Equidade e Dimensionamento: combina o Índice de Vulnerabilidade Social (Ipea) e o porte populacional (IBGE) em quatro estratos; o estrato 1 reúne os municípios menores e mais vulneráveis, que passam a receber mais por equipe.

Exemplos 2 e 3 — blocos unificados e rateio estadual

Blocos de custeio e investimento

- Antes: cinco contas carimbadas por bloco e uma conta por projeto de investimento; saldos presos ao programa de origem.
- Depois: uma conta de custeio e uma de investimento por ente, com aplicação em qualquer ação do bloco.
- Permanece a vinculação ao programa de trabalho ao fim do exercício e o cumprimento do objeto pactuado.
- Vedação relevante: recursos de custeio não podem financiar obras novas, ampliações ou adequações de imóveis.

Rateio estadual (art. 19) na CIB

- Cada Estado deve pactuar em CIB e aprovar no Conselho Estadual a metodologia de repasse aos municípios.
- Desenhos mais comuns: cofinanciamento per capita ponderado por porte e vulnerabilidade; incentivos por rede temática; apoio a regiões de saúde e a consórcios intermunicipais.
- É o nível em que a construção de índices de necessidade tem sido mais viável, pela escala menor e pelos dados locais.
- Verifique com sua CIB a deliberação vigente e traga o caso do seu Estado para esta discussão.

O que ainda não saiu do papel e o que temos atualmente

- A metodologia global de rateio do art. 17, §1º nunca foi pactuada na CIT nem aprovada pelo CNS; não há publicação anual de montantes por ente com base em fórmula de necessidade.
- A média e a alta complexidade seguem majoritariamente pagas por habilitações de serviços, produção, alocações pontuais e por tetos financeiros de origem histórica.
- O investimento, que o §2º manda alocar para reduzir desigualdades, é fortemente determinado por emendas parlamentares.
- O art. 35 da Lei 8.080 permanece sem regulamentação própria: a LC 141 remete a ele sem traduzir seus sete incisos em parâmetros.

Obrigado

Diogo Demarchi Silva

Secretário de Estado da Saúde de Santa Catarina

diogodemarchi88@gmail.com

48-984783781