Boletim Radar+SUS nº 11/2026

A saúde diante da correção pela inflação: quanto o SUS deixaria de receber até 2036

Este boletim é uma iniciativa do *Radar Mais SUS*, um projeto dedicado à produção de indicadores e ao monitoramento de temas estratégicos da Agenda Mais SUS, com potencial de contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e para a qualificação do debate público. A Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e da Umane, criada com o objetivo de contribuir para o fortalecimento das políticas de saúde no Brasil por meio de propostas concretas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Saiba mais em: https://ieps.org.br/agenda-mais-sus/.

Resumo

- Este boletim tem como principal objetivo estimar o orçamento federal do SUS para os próximos anos, comparando as regras fiscais de financiamento federal da saúde vigentes com a regra de desvinculação das despesas da Receita Corrente Líquida (RCL) para correção somente pela inflação (IPCA).[1] Todos os valores estão em reais de 2026[2];
- Desvincular as despesas federais em saúde da RCL pode levar a uma redução média de recursos ao SUS de R$ 30 bilhões ao ano (R$ 300 bilhões acumulados entre 2027 e 2036, em reais de 2026), no cenário base. Na comparação entre o ajuste pela RCL e o ajuste somente pela inflação até 2036, a redução de recursos do SUS começaria em 2028 e se ampliaria nos anos seguintes. Em 2036, a diferença chega a R$ 66 bilhões (em reais de 2026);
- A regra atual oscila com a receita: no cenário conservador, em que a RCL cresce menos, a correção pela inflação preserva mais recursos ao SUS somente entre 2027 e 2029, mas a trajetória se inverte a partir de 2030 e a perda acumulada no período ainda é de R$ 65 bilhões;
- Os R$ 30 bilhões a menos ao ano estimados na projeção correspondem, atualmente, a cerca de metade do orçamento federal da atenção primária à saúde (R$ 61,3 bilhões). Em termos de escala, esse montante equivale a três anos do custeio federal de todas as equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) existentes (57.585), a oito vezes o custeio anual de todos os 3.671 CAPS existentes no país, ou ainda, a mais de 80 vezes o total de radioterapias de mama realizadas no SUS em 2025 (40.254).

1. Contexto

Desde a Constituição Federal de 1988, diferentes regras definiram como a União deveria financiar o Sistema Único de Saúde (SUS). Pereira et al. (2025) apontam que ao menos oito métodos distintos de cálculo já foram utilizados para definir o montante mínimo que a União deveria aplicar no SUS. Até a Emenda Constitucional (EC) n°29/2000[3], vigorava, em caráter transitório,[4] a previsão de que 30% do orçamento da seguridade social, com exceção do seguro-desemprego, deveria ser destinado à área. A partir da EC n°29/2000, a aplicação mínima em saúde passou, ao menos, por sete novas metodologias de cálculo, tendo como critérios de vinculação

[1] O boletim trata somente da desvinculação do gasto federal em saúde da RCL – isto é, de o gasto deixar de acompanhar a trajetória da receita e passar a ser corrigido apenas pela inflação, sem ganhos reais. O boletim não analisa alterações no piso da saúde. Regras intermediárias, que incorporem parte do crescimento real da economia, não foram simuladas.

[2] Salvo indicação em contrário.

[3] Emenda que definiu o montante de recursos que cada ente federativo deve aplicar no SUS.

[4] Previsão do art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), válida até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias. Na prática, a norma nunca foi cumprida.

o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), a Receita Corrente Líquida (RCL) com percentual escalonado até 15% e a correção somente pela variação da inflação, até retomar o mínimo de 15% da RCL.[5]

Atualmente, o gasto federal em saúde tem sua vinculação ancorada na Receita Corrente Líquida (RCL), de modo que 15% da RCL são destinados ao financiamento do SUS[6]. Em outras palavras, o gasto federal mínimo em saúde acompanha a trajetória da arrecadação da União. Os recursos do SUS aumentam em períodos de expansão da receita e diminuem em anos de queda na arrecadação federal.

O ajuste do orçamento da saúde apenas pela inflação, regra que vigorou entre 2018 e 2022, sob a Emenda Constitucional nº 95/2016 – que instituiu um novo regime fiscal conhecido como "Teto de Gastos", ao limitar o crescimento das despesas da União –, voltou a ser discutido em diferentes contextos. Em 2024, deputados anunciaram uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) para corrigir os pisos de saúde e educação apenas pela inflação, mas a proposta não chegou a ser protocolada.[7] Em 2026, o Congresso aprovou outra medida com potencial de reduzir os recursos destinados à saúde. A Lei Complementar nº 235/2026 manteve os 15% da RCL, mas excluiu do cálculo das obrigações vinculadas à RCL a receita da União com a comercialização de petróleo e gás em cenários de projeção de déficit primário.[8] A Instituição Fiscal Independente (IFI) estimou perda de R$ 4,7 bilhões para a saúde em 2027.[9] A alteração da base de cálculo também é discutida em projetos em tramitação, como o Projeto de Lei Complementar (PLP) 209/2020, que mantém o percentual de 15%, mas substitui a RCL pela arrecadação de impostos, descontadas as transferências a estados e municípios.[10] Embora sua justificativa afirme que a mudança não reduziria o piso, o texto não apresenta cálculos que sustentem essa afirmação nem dispositivo que assegure a manutenção do volume de recursos.

A fim de contribuir para este debate, este boletim tem por principal objetivo estimar o orçamento federal do SUS para os próximos anos, em volume total de recursos e por habitante, e dimensionar a escala dessa potencial perda frente ao custeio federal de ações e serviços do SUS, comparando as regras fiscais de financiamento federal da saúde nos termos em discussão. Não são simuladas regras intermediárias, como a correção pela inflação somada a parte do crescimento real da economia: esse é um ponto relevante para estudos futuros e para o debate sobre o desenho da regra.

2. Metodologia

Para estimar os recursos federais destinados à saúde em uma potencial mudança na regra de cálculo de destinação de recursos ao SUS (de 15% da RCL para correção pela inflação), tanto em volume de recursos totais como *per capita*, e a escala dessa variação frente ao custeio federal de insumos, recursos humanos e serviços, simulamos o comportamento dos gastos federais em saúde nos próximos dez anos (2027-2036), segundo ambas as regras, em diferentes cenários. Todos os valores foram deflacionados para reais de 2026 pelo IPCA do cenário base.[11]

Para projetar os gastos federais em saúde na próxima década pela regra atual, seguimos a metodologia de Casalecchi (2025). O autor adota uma elasticidade unitária entre a RCL e o Produto Interno Bruto (PIB), o que significa que a RCL cresce, em média, na mesma magnitude da taxa de crescimento do PIB. O crescimento futuro do PIB e, portanto, da RCL vem das projeções de crescimento nominal até 2036, em nível e em taxa, do Relatório de Acompanhamento Fiscal nº 113 da Instituição Fiscal Independente (IFI). Nesse trabalho, os autores

[5] A regra de 15% da RCL decorre da EC nº 86/2015 (art. 198 da Constituição Federal) e voltou a valer após o fim do "Teto de Gastos".

[6] Isto é, no mínimo 15% da arrecadação total do Executivo Federal, deduzidas as transferências legais e constitucionais e as contribuições previdenciárias e para o PIS/Pasep, devem ser aplicados em saúde. Ver mais aqui.

[7] PEC da Soberania e do Equilíbrio, anunciada em 2024 pelos deputados Pedro Paulo (PSD/RJ), Kim Kataguiri (MISSÃO/SP) e Julio Lopes (PP/RJ). Até dezembro de 2024, não havia reunido as 171 assinaturas necessárias para tramitar.

[8] Royalties e participação especial não entram nessa exclusão. Lei Complementar nº 235, de 27 de agosto de 2026, originada do PLP 114/2026. Ver nota da IFI sobre o PLP 114/2026.

[9] Ver mais aqui.

[10] PLP 209/2020, de autoria do deputado Léo Moraes (PODE/RO), tramita apensado ao PLP 204/2015 na Comissão de Saúde da Câmara.

[11] Os valores nominais constam no Apêndice.

constroem as projeções de crescimento do PIB sob três cenários – otimista, base e pessimista.[12] Adotamos os mesmos cenários para a projeção das despesas em saúde. Para a projeção de crescimento segundo a variação da inflação, usamos as projeções de IPCA do mesmo relatório, referentes aos respectivos anos de projeção,[13] apenas no cenário base.[14]

Durante a elaboração das análises, os cenários otimista (limite superior) e conservador (limite inferior) de crescimento das despesas federais em saúde, segundo a regra atual, de 15% da RCL, consideraram a taxa de crescimento do PIB real de cada um deles com o IPCA do cenário base, resultando em uma taxa de crescimento nominal do PIB. Com isso, a inflação foi mantida fixa em todos os cenários, de modo a isolar o efeito do crescimento real da economia sobre a RCL e sobre as despesas. Sem o ajuste, a maior inflação projetada no cenário conservador elevaria o PIB nominal e, com ele, a despesa em saúde, em relação ao cenário base.

A partir desses ajustes, e tendo como parâmetro a RCL realizada até o segundo quadrimestre de 2026,[15] projetamos o crescimento da RCL até 2036 e, por consequência, das despesas federais destinadas ao SUS ao longo do ano, tanto em volume total como por habitante. Em relação aos gastos federais em saúde, utilizamos como linha de base a dotação inicial da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2026 destinada à função saúde no Ministério da Saúde (MS).[16] Também incorporamos às análises as dotações iniciais destinadas à área entre 2014 e 2025. Por fim, para dar dimensão da magnitude de recursos que podem deixar de ser destinados ao SUS, caso haja mudança que implique em o SUS não ter ganho real no orçamento, mensuramos a equivalência desses recursos em termos do custeio federal anual de equipes de saúde, estabelecimentos e produção assistencial no SUS.

Os dados das despesas federais em saúde são oriundos do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), acessados por meio do Painel do Orçamento do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP). Já a RCL de 2026 é oriunda do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), disponibilizado pelo Tesouro Nacional.[17] Por fim, as projeções populacionais de 2026 a 2036 são oriundas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3. Resultados

a) Com a desvinculação das despesas federais em saúde da RCL, o SUS pode deixar de receber, em média, R$ 30 bilhões ao ano, em reais de 2026

Estimamos, no cenário base, que uma eventual mudança na regra de cálculo das despesas federais em saúde implicaria anualmente em R$ 30 bilhões a menos de recursos para o setor (em reais de 2026) nos próximos dez anos, em média – ou uma redução acumulada de R$ 300 bilhões no período (Figura 1). A redução de recursos tende a ser crescente, aprofundada ano após ano. Enquanto, em 2027, haveria R$ 3,6 bilhões a mais

[12] Esses cenários foram criados pela IFI para projetar a evolução do PIB ao longo do tempo.

[13] Utilizamos a inflação projetada dos respectivos anos porque, dessa maneira, a correção pelo IPCA mantém o valor constante em termos reais, e toda a diferença em relação à regra atual (15% da RCL) decorre do crescimento real. Caso optássemos pela inflação defasada, seja a dos doze meses encerrados em junho do exercício anterior, como no Teto de Gastos, seja a do ano anterior, haveria um descompasso temporal, prejudicando a comparação da trajetória das despesas federais em saúde, visto que a regra atual considera a RCL do próprio exercício. Como nosso objetivo é apenas apresentar a diferença entre a projeção das despesas federais em saúde corrigidas pela RCL (crescimento real) e pela inflação, a escolha do ano de referência da inflação (do ano projetado ou do período anterior) não interfere nas estimativas.

[14] Trabalhamos com um único cenário no caso do ajuste somente pela inflação porque a inflação foi mantida fixa em todos os cenários. Variar a inflação entre cenários misturaria seu efeito com o do crescimento real da economia.

[15] Isto é, a RCL acumulada nos 12 meses encerrados em agosto de 2026 (de setembro de 2025 a agosto de 2026).

[16] Optamos por utilizar o total das despesas destinadas à saúde, sem distinguir recortes entre gastos obrigatórios e discricionários. Utilizamos 2026 como ano-base por ser o período mais recente, e dotação inicial em vez da atual pois o exercício de 2026 ainda não está finalizado, estando ainda sujeito a créditos suplementares. Como a diferença entre o inicialmente orçado e o atualizado ao longo do exercício tende a ser baixa, isso não influencia os resultados das projeções. A premissa que justifica o uso do total da dotação consta no texto.

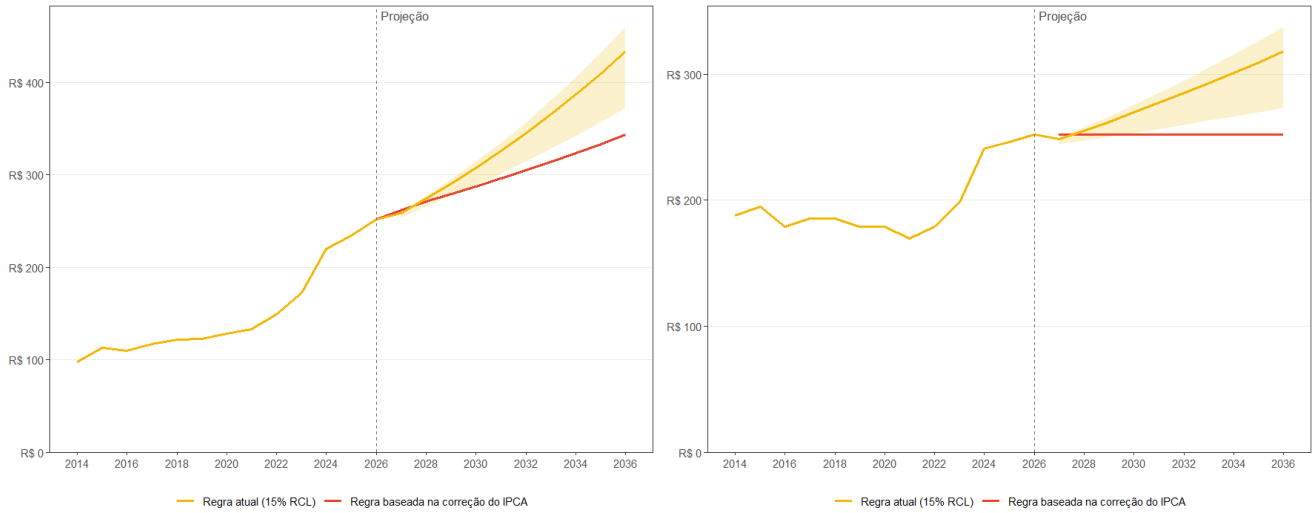
[17] Ver mais aqui.

de recursos frente à regra atual,[18] a partir de 2028 há uma inversão, e a diferença passa a ser de R$ 3,4 bilhões a menos. Em 2029, a perda chega a R$ 10,3 bilhões e alcança R$ 66 bilhões em 2036.

Nota-se que as diferenças variam bastante conforme o cenário. No caso do cenário otimista, em que o PIB nominal e, por consequência, a RCL crescem mais do que no cenário base, o SUS teria R$ 39,5 bilhões a menos por ano, ou R$ 395 bilhões no acumulado de 2027 a 2036. No cenário pessimista, em que o PIB cresce menos, a redução média vai para R$ 6,5 bilhões ao ano (R$ 65 bilhões acumulados) e o resultado muda de sinal ao longo do período: entre 2027 e 2029, a correção pela inflação preservaria mais recursos ao SUS do que a regra atual (R$ 7,5, R$ 4,6 e R$ 1,6 bilhão a mais, respectivamente). Isso ocorre porque a regra atual oscila com a receita e, numa eventual recessão,[19] a correção pela inflação protege mais. A partir de 2030, a regra atual volta a superar a correção pela inflação e a diferença cresce até 2036.

Esses resultados sugerem que uma mudança na regra de cálculo na direção de desvinculação da despesa federal em saúde da RCL e do reajuste somente pela variação da inflação pode gerar perdas acumuladas substanciais ao SUS em todos os cenários, mesmo no mais conservador em relação ao crescimento do PIB.

Figura 1. Projeções de Gastos Federais em Saúde, em valores nominais e reais, segundo ambas as regras, em diferentes cenários (em R$ bilhões nominais e R$ bilhões de reais de 2026)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIAFI, IFI e Tesouro Nacional. Nota I: as áreas sombreadas correspondem aos cenários pessimista e otimista projetados para o crescimento das despesas federais em saúde, segundo a regra atual. Nota II: o painel da esquerda apresenta a projeção dos gastos em saúde em valores nominais, e o painel da direita apresenta os valores em reais constantes de 2026.

Para conferir senso de proporcionalidade aos valores tratados, em 2026, a União destinou à atenção primária à saúde R$ 61,3 bilhões de todo o orçamento federal da saúde[20]. Assim, a redução média projetada de R$ 30 bilhões ao ano corresponde a cerca de metade da rubrica total destinada ao financiamento da atenção primária à saúde (APS) no país no ano. Em relação à rede de assistência à saúde, atualmente, o Brasil conta com 57.585 equipes da ESF, em suas diversas modalidades. Em média, o repasse federal para o custeio mensal de cada equipe é de R$ 15 mil (R$ 180 mil ao ano). Já a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com 3.671 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre CAPS infantojuvenil, AD (álcool e drogas) e outros. O repasse federal médio para o custeio mensal de cada CAPS é de R$ 81.628.[21]

[18] Essa diferença em 2027 ocorre essencialmente em razão da linha de base utilizada. No cenário em que o ajuste ocorre somente pela inflação, o ponto de partida é a dotação inicial em saúde de 2026, que contém tanto os montantes destinados ao cumprimento do piso constitucional como valores adicionais, enquanto no cenário da regra da RCL, ou seja, dos 15% da RCL, o parâmetro é o do piso constitucional. Porém, nos anos seguintes, como a RCL incorpora o crescimento real do PIB, ela cresce mais que a inflação, tornando a diferença entre os gastos federais em saúde negativa.

[19] Como o piso atual equivale a 15% da RCL, ele acompanha a arrecadação: numa eventual recessão, a receita cresce menos que a inflação e o piso perde valor real. Já a correção pelo IPCA preserva esse valor independentemente do ciclo econômico. Em contrapartida, em períodos de crescimento econômico, a correção pelo IPCA impede que o gasto em saúde acompanhe a expansão da economia.

[20] Esse valor corresponde à dotação inicial destinada à APS em 2026.

[21] Mais informações na Tabela A3 do Apêndice.

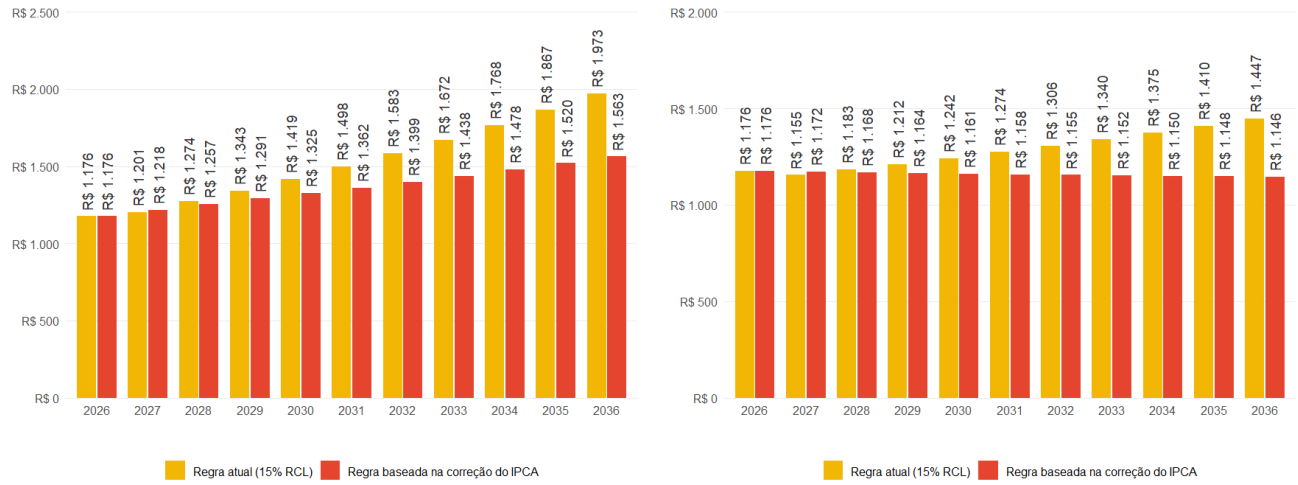
Ou seja, em termos de escala, R$ 30 bilhões ao ano equivalem ao custeio federal de todas as equipes ESF existentes (57.585), ao custeio de todos os 3.671 CAPS existentes no país e, ainda, a mais de 80 vezes toda a produção ambulatorial de radioterapias de mama realizada no ano de 2025.[22]

b) Caso as despesas federais em saúde fossem corrigidas apenas pela inflação, em 2036 a União teria 21% a menos para gastar com o SUS por habitante

Um segundo exercício consiste em estimar as potenciais perdas das despesas federais em saúde por habitante. No cenário base, caso as despesas fossem desvinculadas da RCL e passassem a ser corrigidas apenas pela inflação, em 2036 o SUS receberia cerca de R$ 300 a menos por habitante (em reais de 2026) (Figura 2). Em termos relativos, isso representa uma queda de cerca de 21% no gasto federal em saúde por habitante.

Assim como no exercício anterior, a diferença no gasto por habitante, em relação à regra atual, tende a aumentar ao longo do tempo. Em 2028, a diferença é de R$ 16. Em 2030, chega a R$ 81 e, em 2035, penúltimo ano da série, alcança R$ 262 por habitante (em reais de 2026). Esses resultados reforçam o quanto o SUS pode perder caso haja essa mudança de vinculação.

Figura 2. Projeções de Gastos Federais em Saúde, *per capita*, em valores nominais e reais, segundo ambas as regras, cenário base (em valores nominais e R$, *per capita*, de 2026)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIAFI, IFI, Tesouro Nacional e Projeções Populacionais do IBGE. Nota I: em valores nominais. Nota II: o gráfico da esquerda apresenta a projeção dos gastos em saúde, *per capita*, sem desconsiderar os efeitos da inflação (valores nominais), enquanto a figura da direita apresenta o mesmo indicador, porém, reportado em valores constantes de 2026.

4. Considerações Finais

Este boletim buscou estimar qual seria a redução de recursos federais ao SUS, caso o crescimento das despesas federais em saúde passasse a ser condicionado somente à variação da inflação. Em linhas gerais, pelas projeções realizadas, mudar a regra de cálculo dos atuais 15% da RCL para considerar somente a variação do IPCA implicaria em menos R$ 30 bilhões ao ano no orçamento do SUS (em reais de 2026), em média – R$ 300 bilhões acumulados entre 2027 e 2036. No cenário conservador, em que o PIB e, consequentemente, a RCL crescem menos, a redução média é menor (de R$ 6,5 bilhões ao ano) e a correção pela inflação chega a preservar mais recursos entre 2027 e 2029. Isso mostra que a regra atual oscila com a receita e que, em recessão, o índice de inflação poderia proteger mais, o que reforça o argumento de longo prazo e permite discutir o desenho da regra, e não apenas defender o formato vigente.

[22] Em 2025, foram realizadas pelo SUS 40.254 radioterapias de mama (SIA/SUS); a estimativa de custo médio (R$ 8.905,89) foi extraída do valor de ressarcimento ao SUS cobrado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Conforme apontado por Nobre e Semente (2025), como as emendas parlamentares (EPs) representaram 43% das despesas discricionárias da área e a diminuição de recursos está associada em grande medida às despesas obrigatórias, um cenário provável é que, além de haver menos recursos para o SUS, a parcela alocada por meio de EPs nos recursos restantes aumente ainda mais. Isso porque as emendas impositivas continuam atreladas à RCL. Se o gasto em saúde passar a ser corrigido apenas pela inflação, a parcela das emendas no orçamento da saúde crescerá por construção.

O debate fiscal que motiva essa discussão é legítimo: o arcabouço fiscal limita o crescimento real das despesas primárias, e o gasto em saúde vinculado à RCL cresce com a receita. Este boletim não avalia a sustentabilidade fiscal; mostra o custo, para o SUS, de enfrentá-la por meio da desvinculação. Regras intermediárias, como a correção pela inflação somada a parte do crescimento real da economia, merecem ser simuladas em estudos futuros.

Por fim, é válido apontar que as demandas por saúde vêm crescendo sistematicamente nos últimos anos, em particular em função do envelhecimento populacional e do aumento da prevalência de doenças crônicas (Rocha, Furtado e Spinola, 2021). Mesmo sob a regra atual, o cenário projetado já apresenta sérios desafios em razão do subfinanciamento do SUS. Nesse contexto, alterações que reduzam a proteção orçamentária conferida pelas regras atuais podem comprometer a capacidade de financiamento do sistema e a continuidade das políticas públicas de saúde, especialmente diante das crescentes necessidades da população. Um debate sobre possíveis mudanças nas regras de vinculação orçamentária deve reforçar a importância de preservar mecanismos que assegurem previsibilidade e estabilidade ao financiamento do SUS.

Em resumo, a desvinculação dos gastos federais em saúde da RCL não é uma discussão nova, tendo sido debatida por diferentes governos e agentes políticos ao longo do tempo. No entanto, caso isso, de fato, se materialize, pode reduzir o financiamento federal do SUS.

Autores

Victor Nobre
Assistente de Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Marcella Semente
Especialista em Relações Institucionais do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Agradecimentos

Agradecemos a Júlia Pereira, Rebeca Freitas, Bernardo Jazra e Rudi Rocha pelas sugestões e comentários e a Letícia Victer pelo apoio na edição deste documento.

Referências

Casalecchi, Alessandro. 2025. *Cenários de longo prazo para a necessidade de financiamento da saúde.* Estudo Especial N-20. Instituição Fiscal Independente (IFI).

Instituição Fiscal Independente (IFI). 2026. *Relatório de Acompanhamento Fiscal nº 113, 25 de junho.* Relatório técnico. Instituição Fiscal Independente. https://www12.senado.leg.br/ifi/pdf/raf113_jun2026.pdf.

Nobre, Victor e Marcella Semente. 2025. *O Orçamento do SUS para 2025: O que podemos esperar?* Nota Técnica 39. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Pereira, Blenda Leite Saturnino, Natalia Nunes Ferreira-Batista, Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes, Daniel Resende Faleiros e Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior. 2025. *Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios.* Brasília, DF: Conass.

Rocha, Rudi, Isabela Furtado e Paula Spinola. 2021. "Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil". *Health Economics* 30:1082–1094.

Apêndice

Tabela A1. Projeção de crescimento dos Gastos Federais em Saúde, segundo regra atual e correção somente pelo IPCA, em diferentes cenários (valores nominais)

Ano	Regra atual (15% da RCL): Otimista	Regra atual: Base	Regra atual: Pessimista	Correção somente pelo IPCA: Base
2026	R$ 251.840.004.995	R$ 251.840.004.995	R$ 251.840.004.995	R$ 251.840.004.995
2027	R$ 259.677.870.764	R$ 258.191.387.891	R$ 254.120.562.245	R$ 261.913.605.195
2028	R$ 277.635.893.916	R$ 274.715.636.716	R$ 266.170.959.307	R$ 271.080.581.377
2029	R$ 295.401.814.768	R$ 290.649.143.645	R$ 277.445.961.143	R$ 279.212.998.818
2030	R$ 314.608.840.764	R$ 307.797.443.120	R$ 289.198.572.057	R$ 287.589.388.782
2031	R$ 335.064.707.591	R$ 325.957.492.264	R$ 301.449.023.570	R$ 296.217.070.446
2032	R$ 356.850.614.878	R$ 345.188.984.308	R$ 314.528.896.702	R$ 305.103.582.559
2033	R$ 380.420.597.991	R$ 365.555.134.382	R$ 328.176.305.530	R$ 314.256.690.036
2034	R$ 405.547.378.488	R$ 387.122.887.311	R$ 342.415.875.427	R$ 323.684.390.737
2035	R$ 431.916.069.038	R$ 409.576.014.775	R$ 357.273.300.262	R$ 333.394.922.459
2036	R$ 459.999.251.846	R$ 433.331.423.632	R$ 372.775.388.760	R$ 343.396.770.133

Fonte: Elaboração própria. Nota I: para 2026, trata-se da dotação inicial fixada pelo MS, enquanto para os demais anos trata-se das projeções, segundo ambas as regras, em diferentes cenários. Nota II: valores nominais; a Tabela A2 traz os valores em reais de 2026.

Tabela A2. Projeção dos Gastos Federais em Saúde em reais de 2026 (R$ bilhões) e diferença entre a regra atual e a correção somente pelo IPCA, em diferentes cenários

Ano	Regra atual (vinculação à RCL)			Reajuste somente por inflação (IPCA)	Diferença (R$ bilhões)		
	limite superior	base	limite inferior		cenário otimista	cenário base	cenário conservador
2026	251,8	251,8	251,8	251,8	0,0	0,0	0,0
2027	249,7	248,3	244,3	251,8	-2,1	-3,6	-7,5
2028	257,9	255,2	247,3	251,8	6,1	3,4	-4,6
2029	266,4	262,2	250,2	251,8	14,6	10,3	-1,6
2030	275,5	269,5	253,2	251,8	23,7	17,7	1,4
2031	284,9	277,1	256,3	251,8	33,0	25,3	4,4
2032	294,6	284,9	259,6	251,8	42,7	33,1	7,8
2033	304,9	292,9	263,0	251,8	53,0	41,1	11,2
2034	315,5	301,2	266,4	251,8	63,7	49,4	14,6
2035	326,3	309,4	269,9	251,8	74,4	57,5	18,0
2036	337,4	317,8	273,4	251,8	85,5	66,0	21,5

Fonte: Elaboração própria. Nota: valores nominais da Tabela A1 deflacionados pelo IPCA do cenário base (coluna "Correção somente pelo IPCA"), com 2026 como ano-base; por construção, a correção somente pelo IPCA é constante em termos reais. Diferença = regra atual menos correção pelo IPCA; valor negativo indica que a correção pelo IPCA preserva mais recursos. Média 2027-2036 da diferença: Base 30,0; Otimista 39,5; Pessimista 6,5.

Tabela A3. Dimensão, quantitativo, valores-base e parâmetro de referência

Dimensão	Número/ quantidade	Período de referência	Tipo de custo	Valor de referência	Parâmetro de referência
Recursos Humanos					
Equipes ESF	57.585	set./2026	Repasse médio de custeio por equipe (componente fixo)	R$ 180.000 (anual)	Portaria GM/MS nº 3.493/2024
Estabelecimentos					
CAPS	3.671	set./2026	Custo médio de manutenção	R$ 979.536 (anual)	Portaria GM/MS nº 5.500/2024
Serviços / Procedimentos					
Radioterapia de mama	40.254	jan./2025 a dez./2025	Valor unitário	R$ 8.905,89 (unitário)	ANS

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES, do SIA/SUS e da ANS. Nota: custo anual total do indicador no país (quantidade existente × valor mensal de referência × 12 meses, ou volume anual de procedimentos × valor unitário).