

Nota Técnica

EVOLUÇÃO DO PISO FEDERAL EM SAÚDE: 2013-2020

Disoc

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Nº 109

Carlos Octávio Ocké-Reis

Rodrigo Benevides

Francisco Funcia

Mariana Melo

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Outubro de 2023

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas

Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

ARISTIDES MONTEIRO NETO

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais

FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenador-Geral de Imprensa e

Comunicação Social

ANTONIO LASSANCE

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

EQUIPE TÉCNICA

Carlos Octávio Ocké-Reis

Técnico de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Diest/Ipea). *E-mail:* carlos.ocke@ipea.gov.br.

Rodrigo Benevides

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Ipea (Disoc/Ipea). *E-mail:* rodrigo.benevides@yahoo.com.br.

Francisco Funcia

Professor dos cursos de economia e medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). *E-mail:* francisco.funcia@online.uscs.edu.br.

Mariana Melo

Assistente de pesquisa IV no Ipea. *E-mail:* marianamelo.economista@gmail.com.

Como citar:

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; BENEVIDES, Rodrigo; FUNCIA, Francisco; MELO, Mariana. Evolução do piso federal em saúde: 2013-2020.

Brasília, DF: Ipea, out. 2023. 12 p. (Disoc : Nota Técnica, 109). DOI:

<http://dx.doi.org/10.38116/ntdisoc109-port>.

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e ePUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte.

Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	4
2 PERDAS DA SAÚDE: EC Nº 95 <i>VERSUS</i> EC Nº 86	5
3 EVOLUÇÃO DO PISO FEDERAL DA SAÚDE	6
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	9
REFERÊNCIAS	9
APÊNDICE A.....	12

1 INTRODUÇÃO

Após a pandemia da covid-19, que originou uma crise sanitária mundial, matando mais de 700 mil pessoas no Brasil,¹ é urgente superar o desfinanciamento da saúde e aumentar os recursos destinados ao Sistema Único de Saúde – SUS (Ocké-Reis *et al.*, 2021; Barros e Piola, 2016).

Criado na Constituição Federal de 1988, o SUS sofreu desde seu nascedouro com o subfinanciamento de ações e serviços públicos de saúde – ASPS (Mendes, 2012). Dada tal restrição orçamentária, não é difícil imaginar que boa parte dos problemas de gestão do SUS decorra exatamente do baixo financiamento (Ocké-Reis, 2008): comparado com outros sistemas universais de saúde, o gasto total em saúde do Brasil aproxima-se da média, no entanto é o único sistema em que o gasto privado é maior do que o gasto público. Este último, em termos *per capita*, é definitivamente muito baixo em nosso país (tabela 1).^{2,3}

TABELA 1
Gasto público e privado com saúde em países selecionados (2019)

País	Gasto com saúde (% do PIB)			Gasto <i>per capita</i> com saúde em dólar PPC			Gasto público em percentual do gasto total com saúde (%)
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	
Canadá	10,8	7,6	3,2	5.521	3.874	1.647	70
Reino Unido	10,2	8,1	2,1	5.087	4.043	1.045	79
Brasil	9,6	3,9	5,7	1.498	610	888	41
Portugal	9,5	5,8	3,7	3.518	2.143	1.375	61
Espanha	9,1	6,4	2,7	3.984	2.813	1.170	71

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>. Acesso em: 5 abr. 2022.

Obs.: PIB – produto interno bruto; e PPC – paridade do poder de compra.

O principal objetivo desta Nota Técnica (NT) é descrever a evolução do piso federal em saúde no período de 2013 a 2020, destacando o impacto da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congelou seu valor por vinte anos ao estabelecer um teto de gastos e um piso que são atualizados anualmente pela inflação, medida pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Vale dizer que, a partir de 2013, a Lei Complementar (LC) nº 141/2012 redefiniu o que poderia ser considerado ou não gastos com as ASPS,⁴ afetando o cômputo dos pisos nas três esferas de governo. Assim, para garantir a coerência deste trabalho, a série histórica estudada teve início no referido ano.

1. Painel Coronavírus, atualizado em 25 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 jan. 2022.

2. Segundo Silveira e Gaiger (2021, p. 185-186), dada a “proeminência do setor privado de saúde no Brasil, considerando o nível de renda e de gasto em saúde, coloca o país como um caso ‘fora da curva’, uma vez que a experiência internacional mostra que, com o crescimento da renda e um maior nível de desenvolvimento, tem-se um aumento da participação do consumo de bens e serviços de saúde lastreada, em especial, pelo financiamento e pela oferta públicos”.

3. Segundo Giovanella *et al.* (2018), a partir da análise das experiências internacionais, os sistemas públicos de saúde têm sido fundamentais para reduzir as desigualdades de acesso. Não há evidência de que os modelos orientados pelo *mix* público/privado tenham produzido resultados superiores nessa direção.

4. Essa lei regulamentou a EC nº 29/2000 – que vigorou até o ano de 2015 e *grasso modo* previa a correção da despesa empenhada pela variação nominal do PIB – ao definir o rol de despesas das ASPS, mas não alterou a regra do piso da União. Uma vez que a “despesa empenhada” era utilizada como parâmetro para o cumprimento do piso, a LC nº 141 equacionou também uma fragilidade da EC nº 29, no tocante à aplicação do mínimo da saúde, ao regulamentar a obrigatoriedade de reposição de restos a pagar cancelados no ano seguinte em dotações específicas, identificadas nas modalidades de aplicação 35, 45 e 95 do Ministério da Saúde (MS).

Além desta breve introdução, este trabalho está dividido em três seções.⁵ Na primeira, apresentaremos as perdas da saúde, a partir da comparação das regras da EC nº 95 com as do piso anterior (EC nº 86/2015). Na segunda seção, mostraremos a evolução do piso em termos *per capita*, bem como será exibida sua trajetória em relação à receita corrente líquida (RCL) da União e à sua própria média. Verificaremos, ainda, o percentual da despesa paga em ASPS no conjunto da despesa primária do governo federal (apêndice A). Nas considerações finais, discutiremos que, para se refrearem as perdas dos recursos da saúde, é necessário mudar as atuais regras fiscais com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população brasileira.

2 PERDAS DA SAÚDE: EC Nº 95 VERSUS EC Nº 86

A EC nº 86 e a EC nº 95 introduziram dispositivos adversos para o planejamento e para a execução orçamentária e financeira do MS. A primeira vinculou o piso federal à RCL e estabeleceu a execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais em 0,6% da RCL como parte das despesas que são computadas para o piso (que poderiam ser extrapiso, bem como ser pactuadas nas instâncias de deliberação do SUS). Já a segunda retirou recursos do sistema em decorrência da lógica do “piso deslizante” no interior do teto de gasto (Rossi e Dweck, 2016).

Cabe sublinhar que, com a aprovação da EC nº 95, o escalonamento previsto na EC nº 86, para a aplicação de recursos no SUS, foi tornado sem efeito por liminar do ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal (STF),⁶ de modo que o piso da saúde passou a ser equivalente a 15% da RCL (Funcia *et al.*, 2022b). O valor mínimo obrigatório passou a ser atualizado pela inflação passada, tendo como base inicial 15% da RCL calculada para o exercício de 2017.

Nesse contexto, no período entre 2018 e 2022,⁷ quando expurgamos os créditos extraordinários sancionados pelas medidas provisórias no quadro da emergência sanitária,⁸ o congelamento do piso da saúde pela EC nº 95 retirou R\$ 64,8 bilhões em termos nominais do SUS (tabela 2).⁹ Se descontados, em 2022, também os recursos para covid incluídos na Lei Orçamentária Anual (LOA), no valor de R\$ 5,7 bilhões, conforme metodologia do Boletim Cofin (Funcia e Benevides, 2022), o valor aplicado seria de R\$ 141,7 bilhões, e a perda no período seria maior, de R\$ 70,5 bilhões.

5. Os dados foram obtidos das fontes oficiais do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop); do Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas (Siga Brasil), do Senado Federal; da Secretaria do Tesouro Nacional (STN); do IBGE; e da OMS.

6. Em setembro de 2022, o plenário do STF votou no mérito contra a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) 5595. Desse modo, cabe destacar, entre outros aspectos, que os recursos do pré-sal deixaram de ser considerados “extrapiso”, ou seja, serão contabilizados dentro do mínimo da saúde (Pinto, 2022).

7. A partir da introdução da EC nº 95, o SUS perdeu recursos significativos em todos os anos entre 2018 e 2022, exceto em 2020, dada a queda da RCL provocada pela retração econômica no primeiro ano de ocorrência da covid-19 (Levy, Ferreira e Martins, 2021).

8. Em 2020, o decreto de calamidade pública suspendeu as regras fiscais, viabilizando a edição de créditos extraordinários não computados no teto de gasto. Em 2021, ainda que não tenha sido renovado o decreto, foram autorizados também recursos extraordinários, uma vez que o orçamento encaminhado ao Congresso Nacional, elaborado sob rígido arcabouço fiscal, não tinha previsão de gastos para o enfrentamento da pandemia, apesar do aumento do número de casos naquele período (Chioro *et al.*, 2021).

9. Segundo Moretti *et al.* (2022), parte dos recursos vinculados à saúde relativa aos *royalties* do petróleo foi retirada do setor à medida que se converteu em superávit financeiro apurado no balanço da União, para a amortização da dívida pública, nos termos da EC nº 109/2021. *Estima-se que essas perdas possam ter alcançado a magnitude de R\$ 11 bilhões.*

TABELA 2
ASPS: estimativa das perdas pela EC nº 95 (2018-2022)
 (Em R\$)

Ano	Despesa empenhadas ASPS sem MPs de créditos extraordinários para a covid-19 (A)	EC nº 86 – 15% da RCL (B)	Perdas com a EC nº 95 (B - A)
2018	116.820.887.299	120.802.260.520	3.981.373.221
2019	122.269.917.718	135.848.788.439	13.578.870.721
2020	118.812.279.123	97.791.489.905	-21.020.789.219
2021	131.713.511.353	159.377.857.166	27.664.345.814
2022	147.395.248.863	188.014.095.980	40.618.847.117
Total	637.011.844.356	701.834.492.010	64.822.647.654

Fontes: Siop; LOA; e STN.

Elaboração: Adaptado de documento da Associação Brasileira de Economia da Saúde – Abres (Funcia *et al.*, 2022a).

Obs.: 1. MPs – medidas provisórias.

2. Recursos das MPs dos créditos extraordinários não são contabilizadas no limite da EC nº 95.

3. As despesas empenhadas na fonte "royalties do petróleo" (fontes 142 e 342) foram classificadas como ASPS (Id Uso 6) em 2019 e 2020 por força de decisão liminar do STF e como não ASPS nos anos de 2018, 2021 e 2022. Neste nota técnica, foram consideradas não ASPS em todo o período. Os valores empenhados em 2019 e 2020 nessas fontes foram de R\$ 344,4 milhões e R\$ 551,7 milhões, respectivamente.

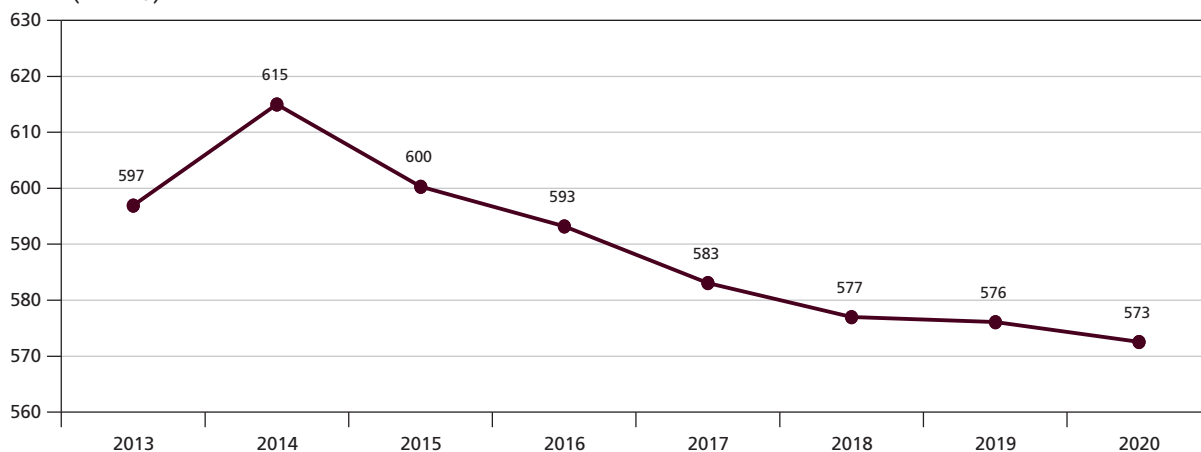
3 EVOLUÇÃO DO PISO FEDERAL DA SAÚDE

Uma outra forma de olhar para as perdas do SUS é examinar a evolução do piso federal da saúde. Pareceu-nos relevante descrever tal evolução entre 2013 e 2020, uma vez que essa trajetória representa uma espécie de farol para a definição do montante da despesa empenhada, o que se constitui em importante parâmetro do financiamento do SUS desde 2001 (o mínimo).

No gráfico 1, observa-se que houve aumento significativo em termos reais do valor do piso entre 2013 e 2014, o qual alcançou nesse último ano o pico da série histórica de R\$ 615 *per capita* na vigência da regra da EC nº 29 de indexação do piso ao crescimento nominal do PIB. A seguir, apesar da recessão em 2015 e 2016, os pisos se mantiveram relativamente próximos ao de 2013 (é importante lembrar o efeito da revogação do escalonamento da EC nº 86, que ancorou o piso em 15% da RCL em 2016 e 2017). A partir de 2018, entre outros fatores, a introdução do novo modelo de financiamento do SUS, com o piso corrigido pela inflação passada, não reverteu a queda observada no período anterior; ao contrário, reforçou essa tendência: o piso *per capita* foi o menor do período em 2020 (R\$ 573).¹⁰

10. Conferir Funcia (2019). A redução do piso *per capita* também se deu como consequência do crescimento vegetativo da população.

GRÁFICO 1
Piso federal da saúde *per capita* (2013-2020)
 (Em R\$)



Fontes: Siga Brasil, para a execução orçamentária e financeira de ASPS (disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrazil>; acesso em: 15 set. 2019, 7 fev. 2020 e 2 abr. 2021); e IBGE, para a população estimada com data de referência em 1º de julho (disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?&t=o-que-e>; acesso em: 28 mar. 2021).
 Elaboração dos autores.

Obs.: 1. Valores atualizados para preços médios de 2020 pelo IPCA.

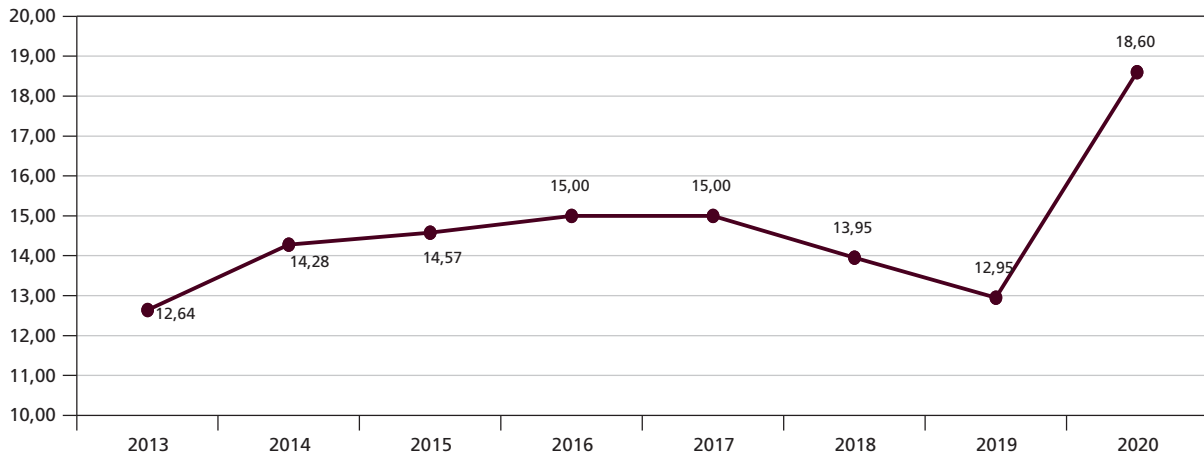
2. ASPS.

3. População para 2020 estimada pelo IBGE (projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação por sexo e idade, para o período de 2010 a 2060, atualizada em 23 de maio de 2019). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/todos-os-produtos-estatisticas/9109-projecao-da-populacao.html?&t=resultados>.

4. O piso da saúde (ASPS) para 2019, de R\$ 117,293 bilhões, foi calculado conforme a regra da EC nº 95/2016. Nesse sentido, aplicou-se a correção de 7,52%, referente ao IPCA acumulado de julho de 2016 a junho de 2018, sobre o equivalente a 15% da RCL de 2017 (R\$ 109,088 bilhões). Para 2020, o valor de 2019 foi corrigido por 3,37%, referente ao IPCA acumulado de julho de 2018 a junho de 2019.

Após o avanço promovido pela EC nº 86, o gráfico 2 mostra o recuo do piso, que não foi mantido no patamar de 15% da RCL nos dois anos seguintes à introdução da EC nº 95. Em 2018 e 2019, o piso representou, respectivamente, 13,95% e 12,95% da RCL, registrando queda de pelo menos 1,0 ponto percentual (p.p.) ao ano. Já o piso de 2020 foi afetado pelos efeitos econômicos da pandemia, que reduziram fortemente a RCL.¹¹

11. Consultar Moretti, Funcia e Ocké-Reis (2020).

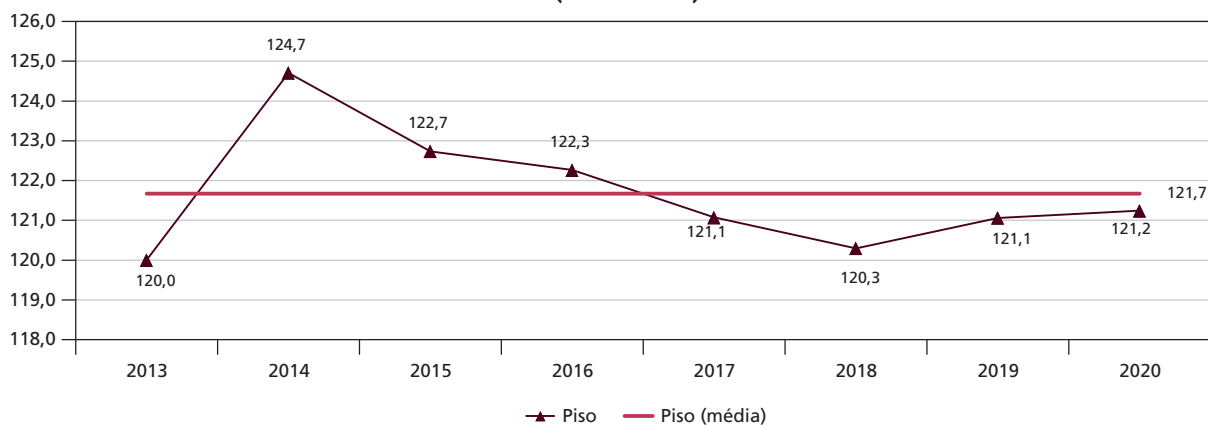
GRÁFICO 2**Piso da saúde em percentual da RCL (2013-2020)**
(Em %)

Fontes: Siga Brasil, para a execução orçamentária de ASPS (disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>); e STN, para a RCL (disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/receita-corrente-liquida-rcl/2022/29>; acesso em: 12 fev. 2020).
Elaboração dos autores.

Obs.: 1. ASPS.

2. O piso da saúde (ASPS) para 2019, de R\$ 117,293 bilhões, foi calculado conforme a regra da EC nº 95/2016. Nesse sentido, aplicou-se a correção de 7,52%, referente ao IPCA acumulado de julho de 2016 a junho de 2018, sobre o equivalente a 15% da RCL de 2017 (R\$ 109,088 bilhões). Para 2020, o valor de 2019 foi corrigido por 3,37%, referente ao IPCA acumulado de julho de 2018 a junho de 2019.

O gráfico 3 demonstra que, exceto no primeiro ano da série histórica, se comparados com o valor médio do piso a preços de 2020 (R\$ 121,7 bilhões), depois da aprovação da EC nº 95, em dezembro de 2016, os valores dos pisos foram menores do que a média em todos os anos.

GRÁFICO 3**Piso federal ASPS versus valor da média (2013-2020)**

Fonte: Siga Brasil, para a execução orçamentária e financeira de ASPS. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>.
Acesso em: 12 fev. 2020.

Elaboração dos autores.

Obs.: 1. Subtraindo-se os créditos extraordinários, em 2020, do ponto de vista contábil, o piso federal da saúde (R\$ 121,2 bilhões) foi menor que a despesa empenhada ASPS (R\$ 118,8 bilhões).

2. Valores atualizados para preços médios de 2020 pelo IPCA.

3. O piso da saúde (ASPS) para 2019, de R\$ 117,293 bilhões, foi calculado conforme a regra da EC nº 95/2016. Nesse sentido, aplicou-se a correção de 7,52%, referente ao IPCA acumulado de julho de 2016 a junho de 2018, sobre o equivalente a 15% da RCL de 2017 (R\$ 109,088 bilhões). Para 2020, o valor de 2019 foi corrigido por 3,37%, referente ao IPCA acumulado de julho de 2018 a junho de 2019.

4. Subtraindo-se os créditos extraordinários, em 2020, do ponto de vista contábil, a despesa empenhada ASPS (R\$ 118,8 bilhões) foi menor que o piso federal da saúde (R\$ 121,2 bilhões).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde 2020, a partir da pandemia da covid-19, economistas de todos os matizes são obrigados a examinar mais do que nunca como a política econômica e a política de saúde podem sobredeterminar as causas de morbimortalidade de uma sociedade.

Nesse sentido, David Stuckler e Sanjay Basu deram uma contribuição importante ao publicarem, em 2013, o livro intitulado *The Body Economic: why austerity kills*, no qual criticam e demonstram os efeitos negativos das políticas de austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde das populações (Stuckler e Basu, 2013).

Para capacitar o Estado a responder aos desafios da retomada do crescimento e da redução da desigualdade, diversos países vêm ampliando o gasto público em saúde no período pós-pandemia (Moretti, Funcia e Ocké-Reis, 2021). Desse modo, o Brasil seguirá em sentido oposto caso não reverta o desfinanciamento do SUS (Funcia e Ocké-Reis, 2018), em especial no período de vigência do modelo de financiamento, com base na inflação passada, o qual foi introduzido pela EC nº 95.

Nesse contexto, para refrear as perdas do SUS depois de 2018, *que atingiram o valor de R\$ 75,8 bilhões¹² e se refletiram na queda do piso per capita federal em saúde em termos reais*, a vinculação orçamentária do gasto em saúde continua na pauta (Vieira, Piola e Benevides, 2019), bem como a própria mudança da regra do piso (Funcia et al., 2022a).

Caso se queira melhorar as condições de saúde e o acesso à atenção à saúde da população brasileira, é preciso debater um novo modelo de financiamento do SUS que permita aumentar a participação do gasto federal nos próximos dez anos. Assim, seria possível priorizar a contratação de profissionais e gestores de saúde; a capacitação e a expansão das unidades públicas de saúde da administração direta; e o fortalecimento das redes regionalizadas, com ênfase no papel da atenção primária à saúde como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres; MS; Opas/OMS, 2016. p. 101-138.

CHIORO, A. et al. **Financiamento do SUS e garantia de direitos**: orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia covid-19. São Paulo: Unifesp, 2021.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/subfinanciamento-e-orcamento-federal-do-sus-referencias-preliminares-para-a-alocacao-adicional-de-recursos/17339?id=17339&id=17339>. Acesso em: 7 abr. 2022.

FUNCIA, F. R. et al. **Nota de política econômica**: nova política de financiamento do SUS. Rio de Janeiro: Grupo de Economia do Setor Público e Associação Brasileira de Economia da Saúde, set. 2022a. (Nota de Política Econômica). Disponível em: [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20\(2\).pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20(2).pdf). Acesso em: 4 nov. 2022.

12. Somaram-se aqui os R\$ 11 bilhões (perda do SUS relativa aos *royalties* do petróleo) com os R\$ 64,8 bilhões (parte retirada do SUS após a introdução da EC nº 95).

FUNCIA, F. R. *et al.* STF julga na ADI 5.595 destino de mais de R\$ 40 bilhões para o SUS. **Consultor Jurídico**, 2 ago. 2022b. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-ago-02/opinioao-stf-julga-destino-40-bi-sus>. Acesso em: 29 jan. 2023.

FUNCIA, F. R.; BENEVIDES, R. P. S. **Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde**, 31 dez. 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/boletim-cofin>. Acesso em: 22 ago. 2023.

FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. *In*: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. de. (Org.). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e de alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 83-97.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018.

LEVY, P. M.; FERREIRA, S. F.; MARTINS, F. dos S. Impactos da pandemia sobre os resultados recentes das contas públicas. **Carta de Conjuntura**, n. 50, nota 13, p. 1-10, 1º trim. 2021.

MENDES, A. N. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MORETTI, B. *et al.* Sangrando o SUS. **Focus Brasil**, n. 50, p. 17-19, 21 mar. 2022. Disponível em: https://fpabramo.org.br/focusbrasil/wp-content/uploads/sites/11/2022/03/Focus_18Mar2022.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. O teto dos gastos e o “desfinanciamento” do SUS. **Le Monde Diplomatique Brasil**, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/o-teto-dos-gastos-e-o-desfinanciamento-do-sus/>. Acesso em: 4 nov. 2022.

MORETTI, B.; FUNCIA, F. R.; OCKÉ-REIS, C. O. **Austeridade fiscal e captura do orçamento público no Brasil**. Brasília: Fonacate, dez. 2021. (Caderno da Reforma Administrativa, n. 28). Disponível em: <https://fonacate.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Cadernos-Reforma-Administrativa-N.-28.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2022.

OCKÉ-REIS, C. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 613-622, 2008.

OCKÉ-REIS, C. O. *et al.* Saúde. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 28, p. 109-172, 2021.

PINTO, E. G. Em meio ao caos no SUS e ao piso da enfermagem, ADI 5.595 seria solução. **Consultor Jurídico**, 20 set. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-set-20/contas-vista-adi-5595-seria-solucao-caos-sus-piso-enfermagem>. Acesso em: 7 fev. 2022.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, p. 1-5, 2016.

SILVEIRA, F. G.; GAIGER, M. L. C. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil. *In*: GADELHA, P. *et al.* (Org.). **Economia e financiamento do sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2021. p. 113-192.

STUCKLER, D.; BASU, S. **The body economic**: why austerity kills – recessions, budget battles, and the politics of life and death. London: Penguin, 2013.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, out. 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 set. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 29 jan. 2023.

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; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 mar. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm. Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 26 jan. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 mar. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc109.htm. Acesso em: 29 jan. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IPCA**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9256-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplio.html?=&t=destaques>.

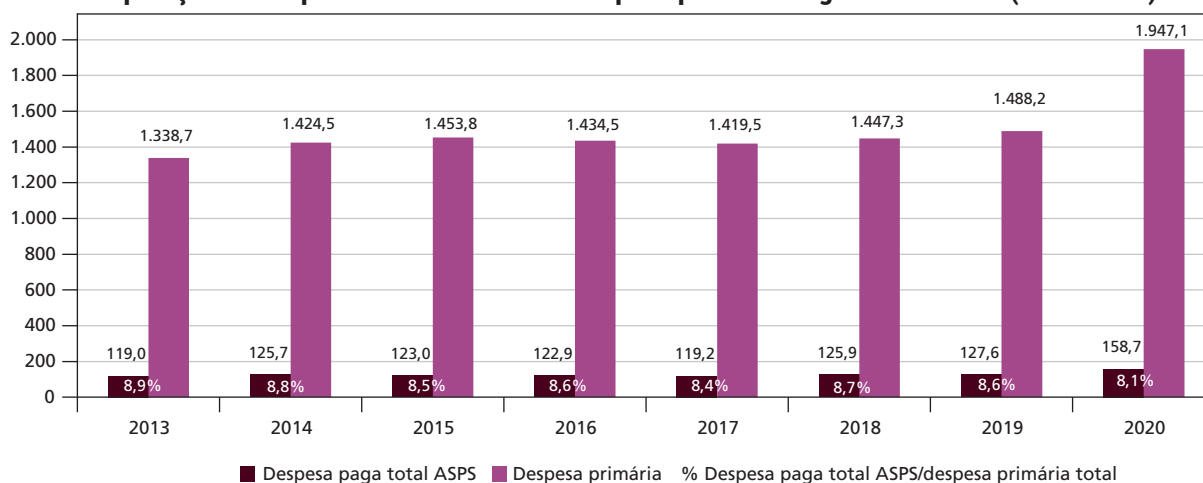
SIOP – SISTEMA INTEGRADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. **Painel do orçamento**. Disponível em: https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS/Execucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS@pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06.

APÊNDICE A

Se compararmos a despesa paga total em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) em relação à despesa primária total do governo federal entre 2013 e 2020 (gráfico A.1), em que pese a flexibilização das regras fiscais nesse último ano em razão da pandemia, verificaremos, de um lado, que a participação percentual da saúde no total da despesa primária foi a menor do período, o que indica que tal flexibilização não permitiu o aumento relativo nos gastos em saúde no interior do teto. De outro lado, observaremos que, ao longo do período, a despesa paga para as ASPS sempre esteve abaixo do percentual encontrado em 2013 (8,9%), cuja tendência de queda, embora tenha apresentado leve flutuação em 2018 e 2019, voltou a se manifestar em 2020.

GRÁFICO A.1

Comparação da despesa total ASPS com a despesa primária do governo federal (2013-2020)



Fonte: Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas (Siga Brasil), do Senado Federal, para a execução orçamentária e financeira com ASPS. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>. Acesso em: 12 fev. 2020.

Elaboração dos autores.

Obs.: 1. Despesa primária total = despesa primária paga mais "restos a pagar" pagos.

2. Valores atualizados para preços médios de 2020 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3. Despesa paga total = despesa paga mais "restos a pagar" pagos no exercício financeiro.

4. A classificação dos restos a pagar em ASPS e não ASPS segue critério adotado pelo Ministério da Saúde em cada ano de empenho.

5. As despesas empenhadas na fonte "royalties do petróleo" (fontes 142 e 342) foram classificadas como ASPS (Id Uso 6) em 2019 e 2020 por força de decisão liminar do STF e como não ASPS nos anos de 2018, 2021 e 2022. Neste nota técnica, foram consideradas não ASPS em todo o período. Os valores empenhados em 2019 e 2020 nessas fontes foram de R\$ 344,4 milhões e R\$ 551,7 milhões, respectivamente..

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Brena Rolim Peixoto da Silva

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Reginaldo da Silva Domingos

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Natália de Oliveira Ayres

Capa

Leonardo Hideki Higa

Projeto Gráfico

Leonardo Hideki Higa

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.