TEXTO PARA DISCUSSÃO

2937

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE DO IMPACTO FINANCEIRO DE PROPOSTAS LEGISLATIVAS PARA AUMENTAR OS RECURSOS FEDERAIS ALOCADOS AO SISTEMA

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

NAÇÕES UNIDAS
CEPAL
ipea
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

TEXTO PARA DISCUSSÃO

2937
Rio de Janeiro, outubro de 2023

FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ANÁLISE DO IMPACTO FINANCEIRO DE PROPOSTAS LEGISLATIVAS PARA AUMENTAR OS RECURSOS FEDERAIS ALOCADOS AO SISTEMA

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA[1]

2. Especialista em saúde pública; e consultor no âmbito do Programa Executivo de Cooperação entre a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em Políticas públicas para o desenvolvimento econômico, social e ambiental do Brasil e da América Latina orientadas pela Agenda 2030 das Nações Unidas e pelas propostas dos desafios para a nação brasileira do Ipea. *E-mail*: sergiofpiola@gmail.com.

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

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

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

© Nações Unidas 2023
LC/BRS/TS.2023/11

Piola, Sérgio Francisco
Financiamento do Sistema Único de Saúde : análise do impacto financeiro de propostas legislativas para aumentar os recursos federais alocados ao sistema / Sérgio Francisco Piola. – Rio de Janeiro: IPEA, 2023.
48 p. – (Texto para Discussão ; 2937).

Inclui Bibliografia.

1. Financiamento da Saúde. 2. Financiamento Público da Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Brasil I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. II. Título.

CDD 362.60981

Ficha catalográfica elaborada por Ana Paula Fernandes Abreu CRB-7/4769.

Como citar:
PIOLA, Sérgio Francisco. **Financiamento do Sistema Único de Saúde** : análise do impacto financeiro de propostas legislativas para aumentar os recursos federais alocados ao sistema. Rio de Janeiro: Ipea, out. 2023. 48 p. (Texto para Discussão, n. 2937). DOI: http://dx.doi.org/10.38116/td2937-port

JEL: H51.

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos).

Acesse: https://repositorio.ipea.gov.br/ e https://www.cepal.org/es/publications

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 e da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) ou as dos países que representa.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas. Os Estados-membros das Nações Unidas e suas instituições governamentais podem reproduzir este estudo sem autorização prévia. É solicitado, apenas, que mencionem a fonte e informem à CEPAL sobre essa reprodução.

Este estudo foi elaborado no âmbito do Programa Executivo de Cooperação entre a CEPAL e o Ipea.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 APRESENTAÇÃO 7

2 BREVE HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO DO SUS 8

2.1 Financiamento público da saúde antes do SUS 8

2.2 Financiamento do SUS Constitucional em seus primeiros anos 9

2.3 Financiamento a partir do ano 2000 13

2.4 Nova base para o piso federal com ASPS – a EC 86, de 2015 18

2.5 O NRF a partir de 2016 20

3 PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS COM O OBJETIVO DE REFORÇAR O FINANCIAMENTO FEDERAL DO SUS: UMA COMPARAÇÃO DO IMPACTO 22

3.1 Delimitação da análise 22

3.2 Resultados 24

4 PERPECTIVAS 28

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 34

REFERÊNCIAS 36

APÊNDICE 1 39

APÊNDICE 2 – PRINCIPAIS GRUPOS DE PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO 44

APÊNDICE 3 – PRINCIPAIS GRUPOS DE PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR 46

SINOPSE

Garantir recursos suficientes para o Sistema Único de Saúde (SUS) é preocupação presente desde a sua criação. A vinculação de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) prevista no Ato das Disposições Transitórias (ADCT) da Constituição Federal de 1988 não foi cumprida, tampouco as primeiras leis de diretrizes orçamentárias (LDO) foram capazes de manter o aporte regular de recursos que o novo sistema requeria. A aprovação da Emenda Constitucional (EC) 29 de 2000 trouxe os estados, o Distrito Federal (DF) e os municípios para o financiamento mais regular do SUS, mas não garantiu o aumento necessário dos recursos federais, embora tenha contribuído para sua estabilidade, mesmo que em patamar insuficiente. O fracasso dessa tentativa de aumentar o aporte federal ao SUS fez com que, por diversos momentos, fosse intensificada a produção legislativa de propostas, de cunho bastante variado, para ajudar a resolver a insuficiência do aporte federal ao sistema. Neste texto, procura-se resgatar o trajeto dos principais grupos de proposições que tramitaram pela Câmara Federal de 2003 a 2020, feitas estimativas do impacto financeiro de propostas típicas de cada grupo caso tivessem sido aprovadas, comparando-se os resultados estimados dessas com o gasto federal executado no período com ações e serviços públicos de saúde (ASPS). O estudo demonstra que não faltaram propostas do poder Legislativo com a finalidade de aumentar a participação federal no financiamento do SUS. Constata-se que uma maior estabilidade no financiamento, propiciada pela EC 29 de 2000, foi fundamental para que os serviços públicos de saúde não sofressem solução de continuidade, mas que é preciso um esforço político adicional de apoio ao SUS para que esse sistema aumente sua cobertura efetiva, diminua as desigualdades de acesso e possa, efetivamente, enfrentar as dificuldades futuras decorrentes de fatores epidemiológicos, demográficos e tecnológicos que vão pressionar ainda mais os gastos com saúde e para que o Brasil possa sair da incômoda posição de ser um dos poucos países que, mesmo tendo um sistema com a obrigação de fazer atendimento universal e integral, tenha um gasto público em saúde bastante inferior ao gasto privado.

Palavras-chave: financiamento da saúde, financiamento público da saúde, sistema único de saúde.

ABSTRACT

Ensuring sufficient resources for the Unified Health System (SUS) has been a concern since its inception. The linking of resources from the Social Security Budget (OSS) provided for in the Transitional Provisions Act (ADCT) of the Federal Constitution of 1988 was not complied with, nor were the first Budget Guidelines Law (LDO) able to maintain a regular contribution of resources that the new system required. The approval of Constitutional Amendment (CA) 29 of 2000 brought the states, the Federal District and municipalities to the more regular financing of the SUS, but did not guarantee the necessary increase in federal resources, although it contributed to its stability, even if at an insufficient level. The failure of this attempt to increase the

federal contribution to the SUS led to the intensification of the legislative production of proposals, of a very varied nature, to help solve the insufficiency of the federal contribution to the system. In this text, we seek to rescue the path of the main groups propositions that were processed by the Federal Chamber from 2003 to 2020 and made estimates of the financial impact of typical proposals of each group if they had been approved, comparing the estimated results of these proposals with the federal expenditure executed in the period with public health actions and services (ASPS). The study shows that there was no shortage of proposals from the Legislative in order to increase federal participation in the financing of SUS. It is observed that a greater stability in financing, provided by CA 29 of 2000, was fundamental for public health services not to suffer a solution of continuity, but that an additional political effort is needed to support the SUS so that this system increases its effective coverage, reduces inequalities of access and can effectively face future difficulties arising from epidemiological, demographic and technological factors that will put even more pressure on health spending and so that Brazil can get out of the uncomfortable position of being one of the few countries that, even having a system with the obligation to provide universal and comprehensive care, has a public spending on health much lower than private spending.

Keywords: healthcare financing, public funding of health care, Unified Health System.

1 APRESENTAÇÃO

Este texto faz parte do trabalho intitulado Mais SUS: *financiamento do Sistema Único de Saúde – análise de medidas já propostas e possíveis alternativas para expandir os recursos alocados ao sistema*. O primeiro produto fez um resumo do estado da arte do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e identificou algumas das principais proposições legislativas apresentadas com o objetivo de fortalecer o financiamento do sistema, desde 1988, data de sua criação, até 2020. O segundo relatório apresentou os resultados estimados do impacto de tais proposições, em termos monetários, caso tivessem sido aprovadas. Este texto faz uma síntese dos resultados encontrados nos dois primeiros produtos e analisa perspectivas e possibilidades de financiamento do SUS nos próximos anos.

O texto está dividido em mais quatro tópicos que seguem a esta introdução. A seção 2 traz um breve resumo do financiamento do sistema público de saúde, com ênfase na participação de recursos da União, destacando os seguintes períodos: imediatamente antes do SUS, primeiros anos do SUS, financiamento a partir dos anos 2000, nova base de cálculo para o piso dos recursos da União (Emenda Constitucional – EC – 86 de 2015) e problemas recentes decorrentes do Novo Regime Fiscal (NRF). A seção 3 é dedicada à comparação contrafactual dos resultados de proposições legislativas que tramitaram pela Câmara de Deputados no período 2000-2020 e que tinham como objetivo alterar a forma de definição do piso federal para gastos com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), com os gastos efetivamente realizados pelo governo federal no período. Na seção 4, são apresentados alguns estudos que estimaram as necessidades de financiamento para a saúde no Brasil nas próximas décadas, bem como as propostas sugeridas para o reforço do financiamento público, de forma que o SUS efetivamente consiga cumprir seu papel definido pela Constituição Federal de 1998 (CF/1988), qual seja, o de proporcionar serviços públicos de saúde à população brasileira de forma universal, com igualdade no acesso e de forma integral. Por fim, a seção 5 apresenta as considerações finais.

2 BREVE HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO DO SUS

2.1 Financiamento público da saúde antes do SUS

O financiamento sempre foi o "calcanhar de Aquiles" da implantação do SUS. Afinal, não é nada trivial passar de um sistema público segmentado,[1] em que apenas uma parcela menor da população tinha acesso a serviços mais integrais de saúde, para um sistema em que a saúde foi reconhecida como direito inerente à cidadania, com satisfação vinculada a condicionantes sociais e econômicos e em que a universalidade no acesso aos serviços de saúde e igualdade no atendimento são diretrizes básicas do novo sistema.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que, pela primeira vez, se falou em SUS e se propôs, no tocante ao seu financiamento, uma aplicação mínima das receitas públicas para a manutenção e o desenvolvimento das ações do SUS. Ademais, previa-se a integração dos recursos públicos em fundos de saúde, nos diferentes níveis de governo, que seriam geridos de forma colegiada (Brasil, 1986).

Por sua vez, a proposta apresentada no I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco), de setembro de 1986, explicitava a necessária junção dos recursos da previdência social e dos recursos orçamentários da União, de estados e municípios no financiamento do setor saúde:

> Art. 4º - O financiamento do setor saúde será provido com recursos regulares da União, da previdência social, assim como dos Estados e Municípios.
>
> § 1º - A previdência social alocará vinte e cinco por cento (mais a porcentagem correspondente a "acidentes de trabalho") da receita do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), ao setor saúde.
>
> § 2º - A União, os estados e os municípios destinarão doze por cento das suas receitas tributárias ao setor saúde.
>
> § 3º - A União poderá estabelecer tributos vinculados, destinados ao financiamento do setor.
>
> § 4º - A integração dos recursos das várias fontes se dará através de Fundo de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, administrados de forma colegiada pelos órgãos financiadores, executores e por representantes de usuários.

1. Sistemas segmentados são os que apresentam subsistemas específicos para parcelas da população.

Note-se que, nesta proposta, já eram estabelecidos percentuais mínimos para os recursos da União, de estados e municípios e da previdência social.[2]

Antes do SUS, o financiamento federal da saúde era, majoritariamente, feito com recursos da previdência social. Esta atendia basicamente aos seus segurados, enquanto Ministério da Saúde (MS) e as secretarias de saúde dos estados e dos municípios cuidavam das ações de saúde pública e do atendimento da população não vinculada à previdência social. Nos anos 1970, começou uma maior articulação entre os serviços de saúde providos por essas instâncias. Essa articulação programática, reforçada nos anos 1980, serviu de base para as propostas do SUS Constitucional.[3]

2.2 Financiamento do SUS Constitucional em seus primeiros anos

No texto inicialmente aprovado na CF/1988, o financiamento da saúde (art. 198, § 1º) deveria ser feito, nos termos do art. 195,[4] com os recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS)[5], da União, dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios, além de outras fontes. Ou seja, no corpo da CF estavam especificadas as fontes de financiamento da seguridade social como um todo, inclusive as novas bases que seriam

2. Quase todas as propostas para o financiamento da saúde no processo constituinte previam a participação de recursos da previdência social, mas a inclusão da saúde no conceito de seguridade social e a integração com o respectivo orçamento se deram no final do processo constituinte. Sobre esta questão, consultar Rodriguez Neto, 2003.

3. Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS –, em 1983, transformado em AIS em 1984, visava à integração interinstitucional e à descentralização. Em 1987, cerca de 2.500 municípios estavam integrados às AIS e ao Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (Suds), de 1987, aprovado por decreto e originário da presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (Inamps). Esses programas tinham como proposta a transferência dos serviços de saúde da previdência social para estados e municípios, o estabelecimento do secretário de saúde como gestor único do sistema em cada esfera de governo, entre outras medidas. Foi, de certa forma, uma proposta de preparação para o SUS (Escorel, 2012).

4. "Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1º As receitas dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos."

5. O OSS deveria reunir os recursos destinados às áreas que compõem a seguridade social, a saber, previdência e assistência social, saúde e seguro-desemprego.

utilizadas para a criação de novas fontes, como o lucro e o faturamento de empresas, que vieram a dar origem, anos depois, à Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e à Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins).

No Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), em seu art. 55, foi inserida a vinculação de pelo menos 30% do OSS para a área de saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).[6] Essa lei, daí em diante, deveria estabelecer, a cada ano, o montante a ser destinado à área de saúde, dentro do orçamento da seguridade.

Até a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), em 1994, os recursos da seguridade só poderiam ser aplicados nas áreas que a compunham e não podia haver vinculação das fontes da seguridade a qualquer uma de suas áreas, exceto no caso do Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep) (CF, art. 239) e dos 30% do orçamento da seguridade social que seriam destinados à área da saúde (art. 55 da ADCT).[7]

Os cinco primeiros anos após a aprovação da nova Constituição se caracterizaram por baixos percentuais de recursos destinados à saúde no OSS, bastante inferiores aos 30% previstos no art. 55 do ADCT.[8] Este percentual vigorou em 1989 e, a partir desse ano, a participação da saúde no OSS passou a ser estabelecida na LDO de cada ano. Mas o percentual de 30% do OSS, apesar de repetido nos anos seguintes, nunca foi cumprido.

Em 1993, a crise do financiamento da saúde chegou ao seu momento mais complicado, uma vez que, alegando problemas de insuficiência de recursos para cumprir seus compromissos previdenciários, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) deixou de transferir recursos para o SUS, que, como consequência, teve de assumir empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (Mendes e Funcia, 2016). Em 1994, o governo federal instituiu o FSE, que desvinculava 20% das receitas da seguridade social. A intenção era colocar à disposição do Orçamento Geral parte dos recursos

6. "Art. 55. Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde."

7. Apesar do nome, o FSE, na verdade, foi criado como um instrumento de ajuste fiscal. Por ele, foram desvinculados 20% das receitas da seguridade social para que pudessem ser usadas em outras áreas. O FSE passou a se chamar, com maior propriedade, de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1996, e, posteriormente, em 2000, passou a se denominar de Desvinculação de Receitas da União (DRU), sendo assim mantido até hoje.

8. Em 1991, as transferências do OSS para a saúde representaram 33,1% das receitas de contribuições, e se reduziram para 20,9% em 1992. Em 1993, a LDO determinava o repasse de 15,5% do orçamento da seguridade social, mas nada foi repassado (Mendes e Funcia, 2016).

das contribuições sociais criadas em 1988 para suprir os dispêndios da seguridade social, para abater os juros e encargos da dívida pública.

Em uma situação de embate com a área econômica, o então ministro da saúde, Adib Jatene, foi buscar junto ao Legislativo a aprovação de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).[9] Esta contribuição, criada para reforçar o financiamento da saúde, apesar do nome de provisória, durou até 2007 e, durante a sua existência, foi usada em programas de diversas áreas.[10] A CPMF foi muito importante para que os recursos para a saúde pudessem ser mantidos em um patamar minimamente aceitável. Mesmo com a CPMF, a situação de penúria para a saúde se manteve até os anos 2000, quando foi aprovada a EC 29 de 2000. Esta emenda teve, de certa forma, origem em proposições legislativas apresentadas na primeira metade dos anos 1990.[11] Mas, diferentemente daquelas, a preocupação maior da EC 29 de 2000, pelo menos em seu substitutivo final, foi como trazer os estados, o DF e os municípios para um financiamento mais efetivo do SUS. Para tanto, estabeleceu vinculações de percentuais da receita próprios desses entes federados com o financiamento de ASPS. Mas essa Emenda à Constituição (EC) não garantiu um aporte mais significativo de recursos federais ao SUS, como veremos mais adiante.

Na área legislativa, nos primeiros anos, após a crise de 1993, houve a apresentação de diversas propostas de emenda à Constituição com o intuito de vincular recursos ao SUS, uma vez que haviam fracassado as vinculações anteriores.[12] Proposições relevantes que, de certa forma, abriram o caminho para a aprovação da EC 29 de 2000, foram a PEC 157 de 1993, de Chafic Farhat, e a PEC 169, de 1993, de Waldir Pires e outros. A primeira, por meio de alteração no inciso IV do art. 167 da CF[13] e de acréscimo de § 1º ao art. 198 da CF, determinava que o SUS deveria ser financiado "com recursos da Seguridade Social, da União, dos estados, do DF e dos municípios, além de outras fontes". Em um § 2º, acrescido ao mesmo artigo, ficava estabelecido o valor a ser aplicado anualmente pela União: "(...) nunca menos de 18% da receita de impostos

9. A proposição da CPMF foi feita PEC 256 de 1995 do Senado Federal, que outorgou à União a instituição de contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e créditos e direitos de natureza financeira. Inicialmente, esta contribuição foi destinada integralmente à saúde.

10. Quando foi extinta a CPMF arrecadava para a União cerca de 40 bilhões/ano, assim distribuídos: 53% para a Saúde. 26% para a Previdência Social e 21% para o Fundo de Erradicação da Pobreza.

11. PEC 157/1993, de Chafic Farhat, e PEC 169/1993, de Waldir Pires e Eduardo Jorge. PEC 170, de 1995, de José Aristodemo Pinotti, e 82-B de 1995, de Carlos Mosconi e outros.

12. 30% do OSS e, posteriormente, definição a cada ano, na LDO, do percentual a ser vinculado.

13. O inciso IV do art. 167 da CF é onde estão identificadas as situações em que impostos e contribuições podem ser objeto de vinculações.

e contribuições." Observe-se, no entanto que o piso estabelecido se referia somente à participação da União, mas não definia um piso para a participação dos estados, do DF e dos municípios. Também nada especificava, em termos de percentuais, por exemplo, qual a seria a participação da saúde no OSS. Já a PEC 169 estabelecia que a União aplicaria, anualmente, na implementação do SUS, nunca menos do que 30% do OSS e 10% da receita de impostos e acrescentava parágrafo discriminando a participação de estados, DF e municípios, como sendo "(...) nunca menos do que 10% da receita de impostos".[14]

Outra proposição relevante foi a PEC 170, de 1995, de José Aristodemo Pinotti. Essa proposição, além das alterações pertinentes no inciso IV do art. 167 da CF, propunha acrescentar ao art. 195 da CF que "o produto das contribuições sociais incidentes sobre o faturamento e o lucro de empresas sejam destinadas, exclusivamente, ao custeio dos programas de saúde" e um parágrafo ao art. 198 da CF, definindo que a União aplicaria em saúde nunca menos de 5% do produto interno bruto (PIB) do ano anterior, e os estados, o DF e os municípios, nunca menos do que 10% da receita de impostos e transferências constitucionais.

Ainda em 1995, foi apresentada a PEC 82-B, pelo deputado Carlos Mosconi e outros. Esta PEC acrescentava dispositivo ao art. 195 da CF, estabelecendo que os recursos provenientes dos empregadores sobre o faturamento e o lucro seriam totalmente destinados ao financiamento do SUS. Em 1997, a PEC 496, de 1997, do deputado Marcos Lima,[15] estabelecia que o SUS seria financiado, nos termos do art. 195 da CF, com recursos da seguridade social, da União, de estados, do DF e de municípios, com no mínimo 10% da receita efetivamente disponível.

A maior novidade, no caso da PEC 170, de 1995, do deputado José Aristodemo Pinotti, citada anteriormente, é que inseria parágrafo estabelecendo que a aplicação do percentual de 10% das receitas efetivamente disponíveis pelos estados, pelo DF e pelos municípios se faria de forma *conjugada* com o do percentual estabelecido pelo art. 212 da CF, podendo compensar as diferenças a menor em saúde ou educação, consideradas isoladamente, desde que obedecido o piso de 35% sobre a base.[16]

14. As PEC 157 e 169, de 1993, foram encaminhadas, em novembro desse mesmo ano, para o processo de revisão constitucional que estava previsto na própria CF para ser realizado após cinco anos contados da data de promulgação da Constituição, mas não foram aproveitadas.

15. Esta PEC foi apensada à PEC 170, de 1995, do deputado Pinotti, e depois arquivada, em 1999.

16. 10% saúde mais 25% educação. Proposta de aplicação conjugada das receitas vinculadas à saúde e à educação, para conferir maior liberdade de alocação aos estados e municípios reapareceu na agenda de proposições do governo, com a implementação do NRF em 2016.

2.3 Financiamento a partir do ano 2000

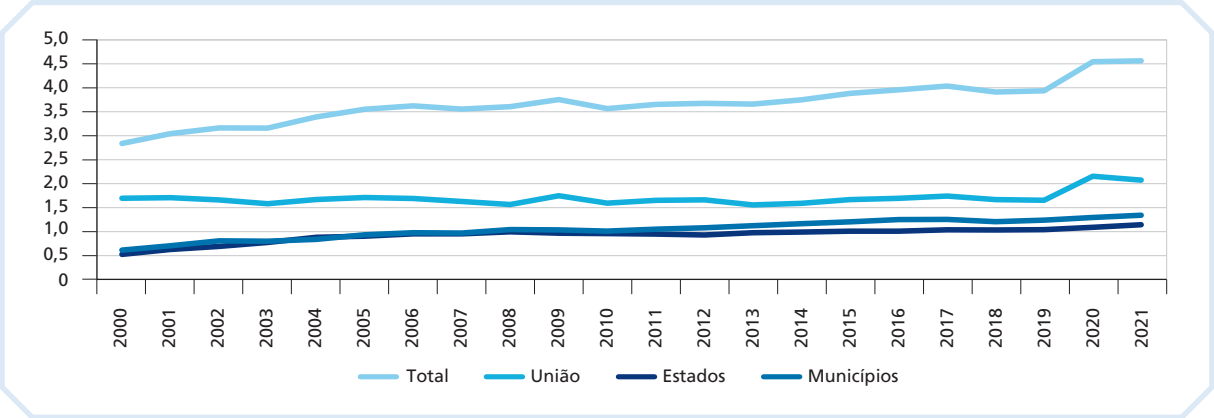
Em 1994, o deputado Eduardo Jorge pediu o desarquivamento da PEC 169 de 1993, que foi encaminhada para a Comissão Especial, que teve como relator o deputado Darcísio Perondi. Apesar de o relatório ter sido aprovado por unanimidade, a proposição não foi submetida ao plenário até 1999 (Gomes, 2014). Ainda segundo Gomes (2014), já na nova legislatura, em agosto de 1999, o presidente da Câmara determinou a agregação da PEC 169 de 1993 (de Waldir Pires e Eduardo Jorge) à PEC 82 de 1995, do deputado Carlos Mosconi. As duas proposições foram agrupadas na PEC 82-A, que foi aprovada em novembro pela Câmara e encaminhada ao Senado, sendo aprovada sem grandes dificuldades. Com o apoio do governo, a emenda aprovada (EC 29 de 2000) acabou bastante diferente da proposta original da PEC 169 de 1993, principalmente por apresentar aumento irrelevante, no primeiro ano, no mínimo fixado para as aplicações da União em saúde.[17]

Mesmo assim, a EC 29 de 2000 foi muito importante para o financiamento do SUS. Do ano 2000 até 2017, houve crescimento quase contínuo dos recursos públicos destinados ao SUS, conforme pode ser observado no gráfico 1.

GRÁFICO 1

Gasto da União, de estados, DF e municípios com ASPS em relação ao PIB (2000-2021)

(Em %)



Fonte: Siga Brasil; Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

17. De apenas 5% sobre o valor aplicado no ano anterior. Acrescentou o art. 77 no ADCT, definindo o seguinte piso de aplicação para a União: "Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I – no caso da União: a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício de 1999, acrescido, no mínimo, cinco por cento; b) do ano de 2001 ao de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB; II – nos casos de estados..."

Com a EC 29 de 2000, o gasto total das três esferas passou do equivalente a 2,84% do PIB em 2000 para 3,94% em 2019 (ano que antecedeu o aumento de gastos devido aos custos do combate à covid-19) e 4,56% do PIB em 2021. Os gastos de estados e municípios aumentaram mais de 1% do PIB entre 2000 e 2019, passando de 1,14% em 2000 para 2,28% em 2019. Por sua vez, a União manteve um gasto muito próximo a 1,7% do PIB em todo o período (1,7% do PIB em 2000 e 1,65% em 2019).

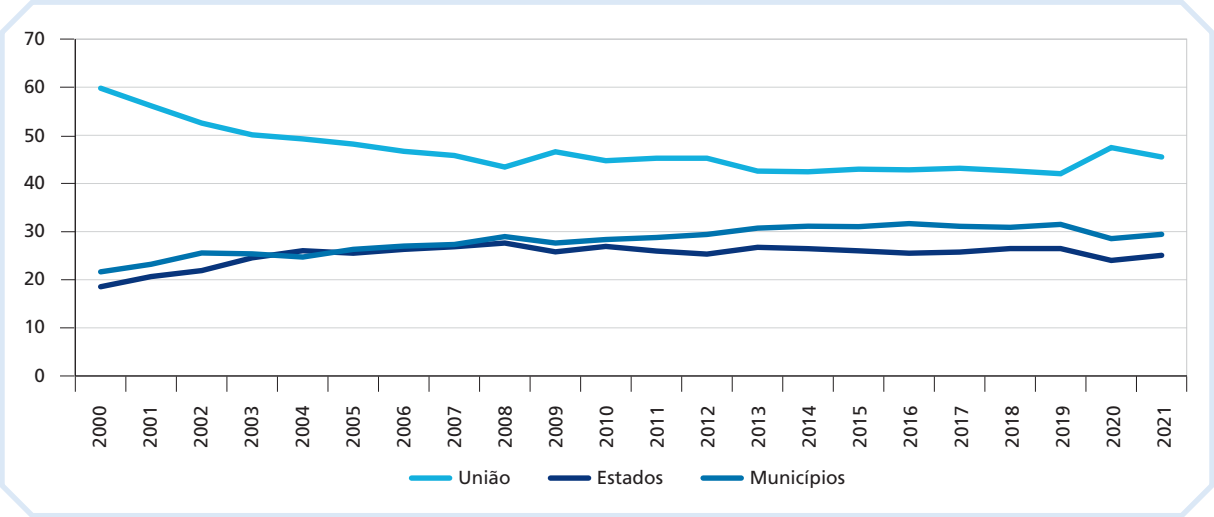
O crescimento entre 2000 e 2019 envolveu recursos oriundos das três instâncias de governo, ainda que o esforço maior tenha sido realizado pelos estados, pelo DF e pelos municípios, que tiveram sua participação relativa aumentada no gasto total (Piola, Benevides e Vieira, 2018). [18]

Essa evolução pode ser constatada no gráfico 2. Em 2000, a União era responsável por 59,8% do gasto com ASPS, enquanto estados, DF e municípios respondiam por 40,2%. Em 2019, a proporção já havia se alterado para 42% da União e 58% de estados, DF e municípios. Já em 2021, devido ao esforço da União no financiamento do combate à covid-19, os percentuais foram: 45,5% da União e 54,5% de estados, DF e municípios.

GRÁFICO 2

Distribuição do gasto público com ASPS entre União, estados e municípios (2000-2021)

(Em %)



Fonte: Siga Brasil; Siops; IBGE.

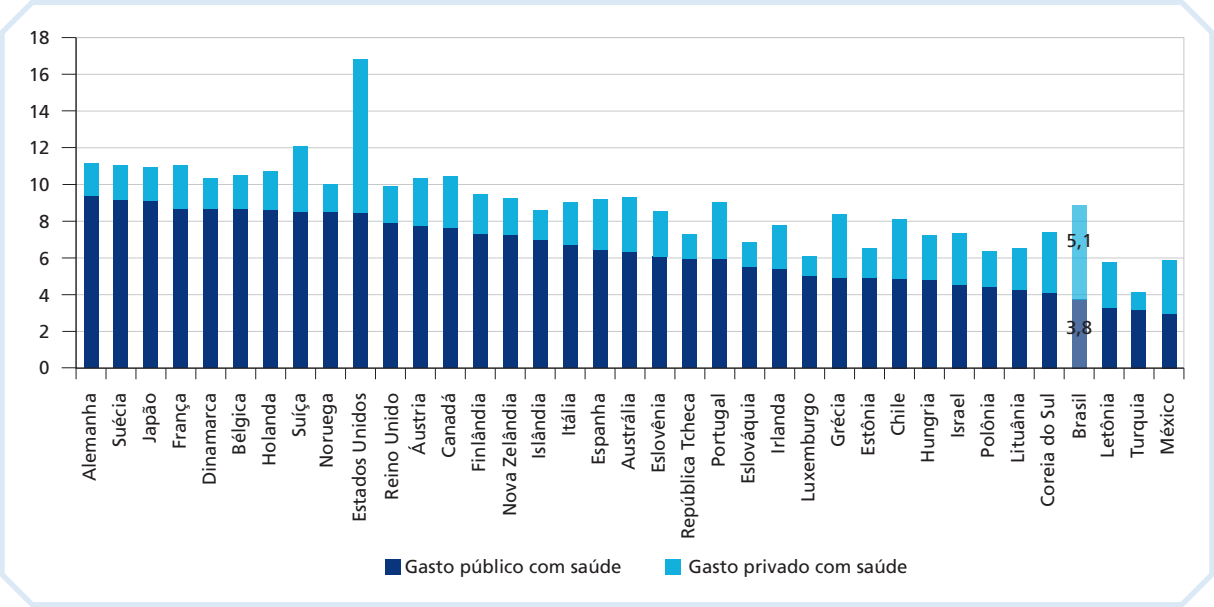
18. Somente em 2020 e 2021, devido aos gastos extraordinários em virtude do combate à covid, os gastos da União no SUS alcançaram os percentuais de 2,16% e 2,08% do PIB, respectivamente.

Apesar de importante, o aumento verificado não foi suficiente para retirar o Brasil da incômoda situação de ser um dos países com menor proporção de gasto público no sistema de saúde. Quando comparado com países que também possuem sistemas universais, em que a participação média dos recursos públicos no gasto total é superior a 70%, o Brasil, com um gasto público em torno de 43%, fica em posição nada confortável (Silveira e Gaiger, 2021). Mesmo tendo, por definição constitucional, um sistema público com responsabilidade de acesso universal a serviços integrais, a participação dos recursos públicos ainda é inferior a 50% no Brasil (Souza, 2020; Piola, Benevides e Vieira, 2018). O gráfico 3 demonstra essa situação atípica do país.

GRÁFICO 3

Participação das despesas públicas e privadas com saúde de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Brasil em relação ao PIB (2015)

(Em %)



Fonte: OCDE; IBGE.

Problemas de interpretação de alguns dispositivos da EC 29 de 2000 e a demora em sua regulamentação[19] trouxeram dificuldades para o acompanhamento do cumprimento da emenda e, como decorrência, a "perda" de recursos do SUS foi muito grande.

19. Regulamentação que só veio a ocorrer após decorridos doze anos, por meio da Lei Complementar (LC) 141 de 2012.

Esses problemas foram amplamente discutidos por diversos pesquisadores, como Barros e Piola, 2016 e Servo *et al*., 2011.[20]

Em contrapartida, ficou estabelecido no art. 6º, § 3º da EC 29 que a LC que seria reavaliada a cada cinco anos, estabeleceria os percentuais de que trata o § 2º do art. 198, ou seja, os percentuais mínimos a serem aplicados pela União, estados, DF e municípios, bem como os critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados e DF e dos estados destinados a seus respectivos municípios, entre outros dispositivos. A esperança era de que, nessas revisões, pudesse ser aprovada a vinculação de um volume maior de recursos federais para o financiamento do SUS.

Na Câmara Federal, já em 2001, recomeçaram propostas para alterar o piso de recursos da União para o SUS. O Projeto de Lei Complementar (PLP) 201 de 2001, de autoria do deputado Ursicino Queiroz, propunha que, a partir de 2005, a participação da União no financiamento do SUS deveria ser de, pelo menos, 11,5% da receita de impostos e contribuições. Em 2003, o PLP 01 de 2003, de autoria do deputado Roberto Gouveia, fazia proposta similar ao PLP 201 de 2001. Em 2004, o deputado Rafael Guerra apresentou o PLP 181 de 2004, estabelecendo como piso das aplicações da União o equivalente a 3% do PIB e propostas de critérios que deveriam orientar as transferências federais para as instâncias subnacionais.

Nos anos que se seguiram, entre 2004 e 2007, o PLP 01 de 2003 passou por muitas discussões, e o relatório sobre esse projeto, do deputado Guilherme Menezes, trouxe a proposta do equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) como piso das aplicações da União em ASPS. Contudo, por força de negociação do governo federal, esse parâmetro foi rejeitado e não foi alterada a forma de participação da União. Remetido para o Senado para votação, o projeto não prosperou.

Anos mais tarde, em março de 2007, o senador Tião Viana apresentou o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 121, que repetia a proposta do deputado Roberto Gouveia de 10% da RCB como piso da participação federal no financiamento do SUS. No Senado, a proposta foi aprovada, com algumas modificações, e encaminhada à Câmara. Nessa casa, o deputado Pepe Vargas, alinhado ao governo da época, apresentou substitutivo ao projeto do Senado. Basicamente, foi retirada a proposta de participação da União como equivalente a 10% da RCB, mantendo-se o dispêndio do ano anterior corrigido

20. Os estudos mencionados apresentam diversos expedientes utilizados pela União, por estados, pelo DF e por municípios para mascarar o não cumprimento dos pisos mínimos.

pela variação do PIB[21] como piso de financiamento da União. Adicionalmente, incluiu a criação de contribuição social sobre movimentação financeira para a saúde, proposta derrubada em novembro de 2011 (Gomes, 2014). Reencaminhado ao Senado, pois o projeto havia sofrido mudanças na Câmara, foi aprovado em 13 de dezembro de 2011 e publicado em janeiro de 2012, sob a designação de Lei Complementar (LC) 141 de janeiro de 2012.

A LC 141 de 2012, apesar de também ter frustrado as pretensões daqueles que vinham lutando pelo aumento da participação da União no financiamento do SUS, trouxe algumas determinações importantes para o acompanhamento e a fiscalização dos recursos destinados ao sistema, tais como: i) definição mais precisa do que pode ser considerado como despesa com ASPS para fins de cumprimento dos pisos mínimos de recursos; ii) definição do estágio da despesa a ser utilizado para efeito do cálculo dos recursos mínimos; iii) proibição da exclusão de qualquer parcela dos tributos para cálculo de mínimo;[22] e iv) definição do tratamento a ser dado aos restos a pagar, entre outros[23] (Vieira e Piola, 2016). O gráfico 4 compara os percentuais da receita própria aplicados pelos estados em ASPS nos períodos 2000-2012 e 2013-2017, antes e depois da LC 141 de 2012, mostrando os seus efeitos.

A LC 141 de 2012 também trouxe definições importantes sobre a questão da distribuição das transferências federais para estados, DF e municípios, que, apesar de sua relevância, até hoje não foram implementadas. A principal delas é levar para a aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) uma proposta de metodologia de distribuição das transferências federais da União para estados, o DF e municípios, tendo como base as determinações da LC 141 de 2012, o que não foi implementado até o momento.

21. Critério vigente desde 2000.

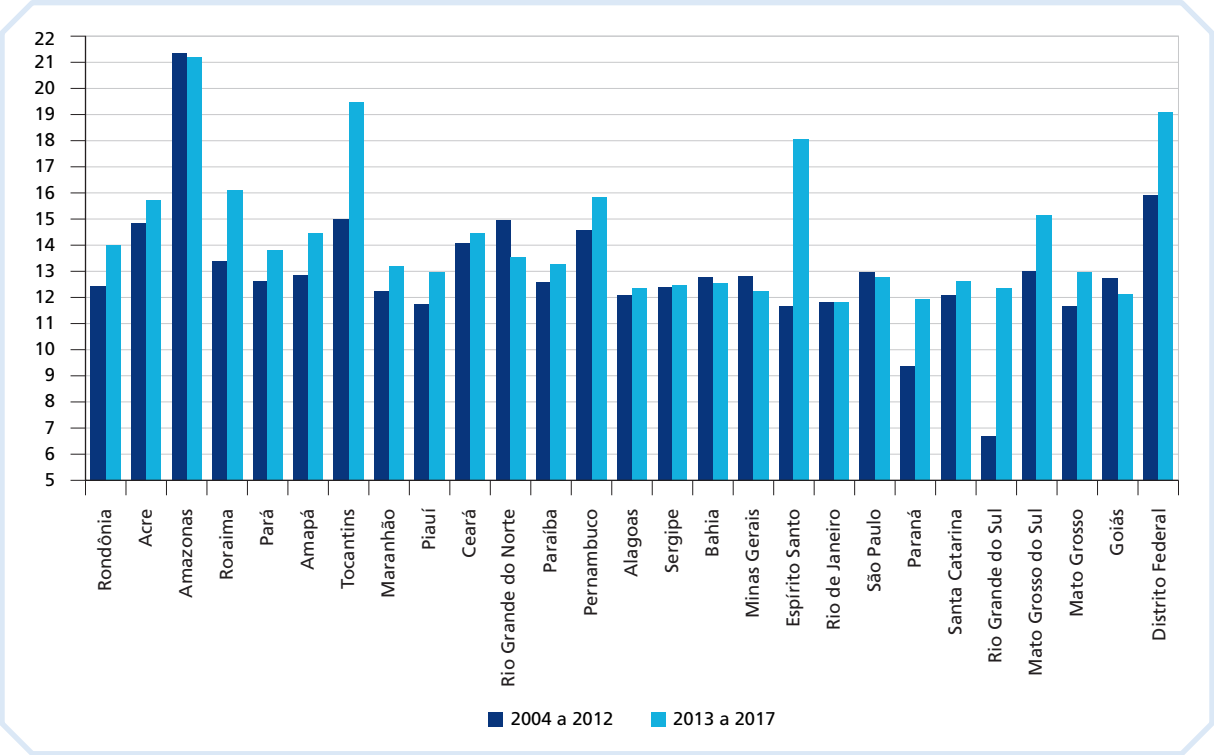
22. Alguns estados chegaram a destinar, para outras finalidades, recursos do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), por exemplo, diminuindo a base de aplicação do percentual a ser aplicado obrigatoriamente em saúde.

23. Sobre esse expediente, consultar Piola e Vieira, 2016.

GRÁFICO 4

Percentual médio de recursos aplicados pelos estados em ASPS antes e após a promulgação da LC 141/2012

(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde; Siops.

2.4 Nova base para o piso federal com ASPS – a EC 86, de 2015

Quase imediatamente após a publicação da LC 141 de 2012, foram apresentadas propostas de alteração do seu art. 5º[24] que definiam o piso da participação federal no financiamento do SUS. Entre 2012 e 2014, tramitaram na Câmara Federal oito propostas de LC para alterar o referido dispositivo. Seis desses projetos de lei propunham a fixação

24. LC 141 de 2012 - Art. 5º "A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual."

do piso de financiamento da União no SUS do equivalente a 10% da RCB[25] e dois ao equivalente a 18,7% e 19% da Receita Corrente Líquida (RCL)[26], respectivamente.[27]

Uma das propostas, com apoio de emenda popular, previa a alteração da participação do financiamento federal do SUS para 10% da RCB. Após longo período de discussões no Legislativo, essa proposta foi substituída por percentuais crescentes da RCL, procurando-se estipular nos substitutivos um percentual da RCL que correspondesse aos pretendidos 10% da RCB.[28] Mas acabou sendo aprovada a EC 86 de 2015, que estabeleceu como piso do gasto federal com ASPS percentuais crescentes da RCL, de 13,2% em 2016 a 15% em 2020,[29] percentuais inferiores, portanto, aos inicialmente pretendidos. Mas essa emenda quase nem chegou a surtir efeito e foi logo substituída pelo rigor da EC 95 de 2016, que estabeleceu o teto de gastos e, consequentemente, os gastos federais com saúde também tiveram de se acomodar à nova regra.

O gráfico 5 evidencia o efeito da vinculação de recursos ao SUS com a implementação de modelos diferentes de vinculação orçamentária, o da EC 29 de 2000 e da EC 86 de 2015, esta última já sob os efeitos da EC 95 de 2016, que estabeleceu o NRF.

Nota-se que o gasto federal com saúde teve crescimento quase sempre constante até 2012, permanece quase sem crescimento entre 2013 e 2015 e assim se mantém, de 2016 a 2019, mesmo com a alteração do modelo de vinculação pela EC 86 de 2015, que passou a ter vigência em 2016, em substituição ao da EC 29 de 2000.[30]

25. PLP 123, de 2012, do Deputado Darcísio Perondi; PLP 124, de 2012, do deputado Eleuses de Paiva; PLP 226, de 2012, do deputado Guilherme Mussi; PLP 321, de 2013, da Comissão de Legislação Participativa (que recebe projetos de iniciativa popular); PLP 309, de 2013, do deputado Carlos Sampaio.

26. Uma das primeiras propostas de 18% da RCL foi feita em março de 2003 pelo senador Marconi Perillo, que apresentou no Senado o PLS 156, que não chegou a ser levado ao plenário.

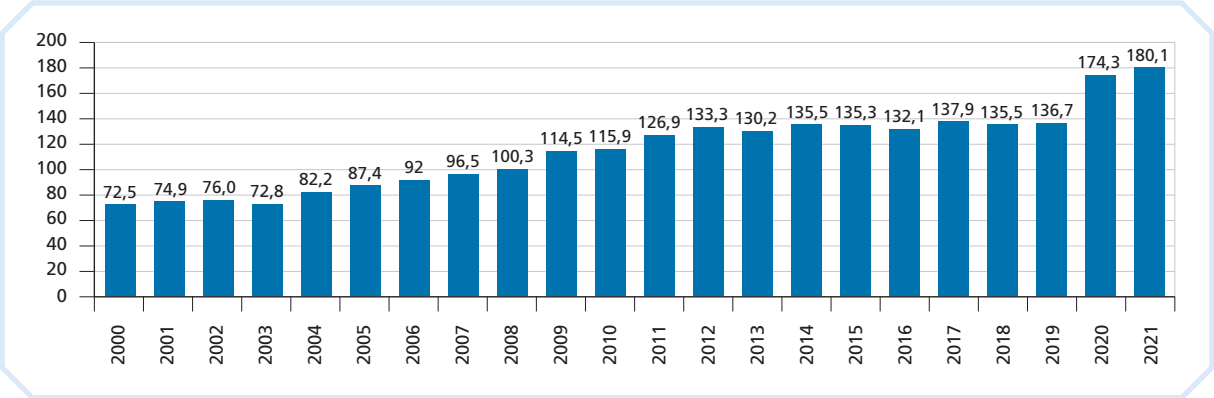
27. PLP 341, de 2013, do deputado Geraldo Resende; PLP 378, de 2014, do deputado Nazareno Fonteles e outros.

28. Na época, 10% da RCB correspondia, mais ou menos, a 18,7% da RCL.

29. Os percentuais aprovados pela EC 86, de 2015, eram de: 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14% em 2019 e 15% da RCL em 2020.

30. Como dito no corpo do texto, a EC 86, de 2015, entrou em vigor no início de 2016, com um piso equivalente a 13,2% da RCL. Esse piso foi, no entanto, substituído no mesmo exercício, para o equivalente a 15% da RCL. Ressalta-se, ademais, que o governo federal não cumpriu o piso finalmente previsto para 2016. Disponível em: https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5056708.

GRÁFICO 5
Gastos da União com ASPS (2000-2021)
(Em R$ bilhões de 2021)



Fonte: Siga Brasil.

Em 2017, observa-se aumento do gasto, em decorrência de nova mudança no modelo de vinculação de recursos para o SUS em âmbito federal. A EC 95 de 2016 antecipou o piso de aplicação de 15% da RCL para 2016. Esse percentual, pela EC 86 de 2015, somente seria obrigatório a partir de 2020. Além disso, ocorreu aumento real do PIB (0,99%), o que contribuiu para o aumento da RCL. Mesmo assim, a aplicação mínima só terá sido cumprida quando o valor da aplicação for apurado com base nas despesas empenhadas, que é a metodologia usada, desde 2000, para aferir o cumprimento do piso federal do SUS.[31] No caso de a apuração ser feita com base nas despesas pagas e nos restos a pagar pagos, que passou a ser o regime adotado pela EC 95 para verificação do cumprimento do teto de gastos (despesas primárias), a União não teria cumprido o piso da saúde naquele ano. Houve também, no ano referido, aumento das despesas inscritas em restos a pagar, em relação ao valor inscrito no ano anterior (Vieira, Piola e Benevides, 2019).

2.5 O NRF a partir de 2016

Como visto anteriormente, se não fosse a antecipação da aplicação do percentual de 15% da RCL, previsto para ocorrer em 2020, o piso de gastos federais com ASPS para 2017 seria inferior ao gasto de 2016. Essa alteração foi aprovada na EC 95 de 2016, emenda do então chamado NRF. A partir de 2020, com a epidemia de covid-19,

31. Apesar de a LC 141 de 2012 ter estabelecido que os valores empenhados devem ter comprovada a existência dos valores financeiros correspondentes, o CNS tem apontado, desde então, nos seus pareceres sobre os relatórios anuais de gestão (RAG), a não observância dessa condição.

o governo federal se viu obrigado a utilizar recursos adicionais (extrateto) para atender às despesas do SUS.

A partir da EC 95, o desfinanciamento do SUS se agravou. Desde então, o piso de aplicação do governo federal com ASPS foi congelado, como vimos anteriormente, no valor equivalente ao empenhado em 2017 e, a partir de então, atualizado apenas pelo valor da inflação. Essa nova regra desconsiderou as necessidades financeiras insatisfeitas, reconhecidas por quase todos os estudos que tratam do financiamento público da saúde. Desconsiderou, também, as necessidades financeiras crescentes decorrentes do envelhecimento populacional e da absorção de novas tecnologias.

Diante dessa nova crise, foram feitas proposições legislativas de recriação de contribuição sobre movimentação financeira e de regulamentação do imposto sobre grandes fortunas, destinando os recursos resultantes para a área da saúde. Fora do campo da saúde, por sua potencial importância, cabe citar as formulações com vistas a direcionar recursos do pré-sal para as áreas de saúde e educação. A saúde recebeu recursos adicionais do pré-sal, de 2016 a 2021, por determinação de liminar do Supremo Tribunal Federal (STF) (Brasil, 2017). Vencida a liminar, tais recursos passaram a ser incorporados ao piso.

De qualquer forma, com a epidemia de covid-19, o MS passou a receber recursos adicionais para o combate à epidemia a partir de 2020, o que gerou aumento nos gastos do ministério (gráfico 5). Mas, se excluirmos esses recursos, de caráter emergencial, a EC 95 de 2016 começou a mostrar seus efeitos sobre o piso de recursos federais para o SUS. Segundo Funcia e Santos (2023), excluídos os recursos previstos nas medidas provisórias de combate à covid, que não se incluem no teto de gastos, a EC 95 de 2016 significou uma perda de R$ 70,4 bilhões, sendo R$ 46,2 bilhões somente em 2022[32] para o orçamento federal do SUS, entre 2018 e 2022.[33]

O fato é que, nos últimos anos, a "prioridade" política do SUS, no âmbito do governo federal, ficou ainda mais restringida.[34] Até fontes potenciais de recursos adicionais, como o Fundo Público do Pré-Sal, foram direcionadas para a finalidade de reforço do

32. Perda em relação à regra anterior de percentual (15%) da RCL, sem o congelamento.

33. A Resolução 713 do CNS, de 15/06/2023, que reprovou o RAG 2022 do MS, também refere à "(...) perda acumulada de recursos federais de R$ 70,4 bilhões para o SUS no período 2018-2022, sendo que, desse total, R$ 46,2 bilhões (equivalente a 66,7%) foi a perda verificada somente em 2022". Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2023corrigidas/RESOLUO_N_713.pdf.

34. Com a EC 29 de 2000, o maior aporte adicional de recursos ocorreu por conta de estados e municípios, só em 2016 com a EC 85 é que o piso do governo federal poderia ter um aumento maior de recursos, o que foi logo derrogado com o NRF.

ajuste fiscal. Exemplifica esse comportamento o disposto no art. 5º da EC 109 de 2021. Esse dispositivo desvinculou fontes como os *royalties* destinados ao Fundo Social do Pré-Sal, originalmente direcionados para saúde e educação, possibilitando o uso de tais recursos para o resgate da dívida pública (Moretti *et al*., 2022a).

A falta de prioridade política do SUS, apesar do reconhecimento do seu papel no combate à pandemia, não se refletiu apenas na destinação orçamentária, mas também, em grande dose, nas medidas de política. Na área de assistência à saúde, nos últimos cinco anos, a política manteve sua ambiguidade secular, enquanto no discurso político é enfatizada a prioridade do sistema público e há toda uma movimentação de manutenção dos privilégios à assistência privada,[35] seja por meio de medidas fiscais, seja pelas seguidas investidas de abertura de novo nichos no mercado assistencial.[36] A prioridade do SUS também foi fragilizada pelas dificuldades de superar as consequências da desativação do programa Mais Médicos, especialmente pela retirada dos médicos cubanos. A resposta do programa Médicos pelo Brasil foi lenta na reposição dos profissionais estrangeiros. Por fim, as mudanças feitas na atenção básica, seja no seu financiamento, seja nas suas regras operacionais, podem estar inviabilizando características importantes da atenção primária de saúde, como o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde e sua atenção territorializada (Seta, Ocké-Reis e Ramos, 2021). A expectativa é de que o novo ciclo governamental, que inicia em 2023, consiga reverter a tendência de sucateamento do sistema público de saúde.

3 PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS COM O OBJETIVO DE REFORÇAR O FINANCIAMENTO FEDERAL DO SUS: UMA COMPARAÇÃO DO IMPACTO

3.1 Delimitação da análise

Nesta parte do estudo, foram utilizadas proposições legislativas que tramitaram pela Câmara de Deputados no período 1993-2020. Entre os diferentes tipos de proposições, foram selecionadas aquelas PECs e PLPs mais relacionadas à finalidade do estudo, qual seja a de identificar proposições de financiamento do SUS que tramitaram na Câmara dos Deputados no período posterior à CF/1988. A opção por pesquisar apenas no

35. Na renúncia fiscal existente em várias atividades de assistência à saúde, por exemplo.

36. Essas tentativas se configuram nas propostas de plano de saúde "acessível" e da criação da Agência Reguladora de Águas, Energia e Saneamento Básico (Adasa), que, segundo alguns autores, estaria abrindo as condições para a entrada da medicina de mercado na atenção primária de saúde.

Portal da Câmara Legislativa, e não incluir as proposições em tramitação no Senado, foi condicionada pelo caráter exploratório do estudo e porque as proposições, para serem aprovadas, precisam ser votadas nas duas casas.

As proposições selecionadas foram coletadas no Portal da Câmara dos Deputados,[37] em sua versão para internet.[38] Foram selecionadas, como dito, as proposições de PECs e de PLPs, por meio da opção de busca textual, para os termos "saúde" ou "recursos". Pelo portal, foi feita a identificação das proposições que entraram para tramitação na câmara em cada ano, não importando seu destino final, ou seja, se foi aprovada, apensada a outra, arquivada etc. A seleção abrangeu o período 1993-2020. Contou-se, na identificação das propostas mais importantes, com o auxílio adicional de bibliografia sobre o financiamento da saúde. A análise do material selecionado permitiu a organização das proposições segundo período de apresentação e "tipologia" básica do projeto (PEC ou PLP). As proposições selecionadas foram agrupadas conforme as características das fontes de recursos apresentadas.

A estimativa do impacto financeiro, por assim dizer, das diferentes proposições foi feita mediante a aplicação de suas respectivas vinculações para um período idêntico – no caso, de 2003 a 2017 –, sendo os valores obtidos deflacionados a preços médios de 2017. A seguir, as estimativas foram comparadas com os valores executados pela União em ASPS, que foi a medida de avaliação do piso federal desde a EC 29 de 2000. Foram utilizadas as seguintes fontes de dados: i) gastos do governo federal com ASPS com base em dados do Siga Brasil;[39] ii) tributos do orçamento fiscal e o orçamento da seguridade social com base em série da Carga Tributária Bruta da Receita Federal do Brasil - Ministério da Fazenda, para 2000 a 2020, e Secretaria do Tesouro Nacional para 2021;[40] iii) dados da RCB e RCL a partir do Sistema Integrado de Administração do Governo Federal (Siafi) da Coordenadoria de Contabilidade (CCONT) - Secretaria do Tesouro Nacional (STN), pelo *site* anterior do Tesouro Nacional; e iv) PIB, tendo como fonte o IBGE.

37. Disponível em: https://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaSimplificada.

38. No banco de dados, são encontradas informações sobre: tipo e identificação da proposição; autoria da proposição; data de apresentação; comissões para as quais foi despachada; regime (por exemplo, urgência, especial) e tipo de apreciação (conclusiva pelas comissões ou pelo plenário); situação e local atual de tramitação.

39. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil.

40. Disponível em: https://www.tesourotransparente.gov.br/.

3.2 Resultados

Para comparar as estimativas do impacto financeiro de diferentes proposições legislativas, utilizou-se como parâmetro o valor médio do gasto com ASPS realizado pela União no período 2000-2019.[41] Os resultados dessa comparação podem ser visualizados na tabela 1 e no gráfico 6.

Observa-se que, do conjunto de proposições selecionadas, as que proporcionariam parcelas maiores de recursos para a saúde seriam: i) proposição de 5% do PIB; ii) proposição de utilizar a receita total da Cofins e da CSLL, exclusivamente para a saúde; e iii) a proposição de 10% de impostos e 30% das receitas de contribuições do OSS.

A proposição de 5% do PIB alcançou um valor médio de R$ 330 bilhões por ano, o que equivaleria a uma variação 202% superior à média do gasto federal com ASPS no mesmo período. A proposição de destinar à saúde a receita total da Cofins e da CSLL alcançou um valor médio de R$ 306 bilhões, o que equivale a uma variação 179% superior ao dispêndio com ASPS. A terceira proposição, equivalente a 10% da receita de impostos mais 30% do OSS, apresentou um valor médio de R$ 266 bilhões por ano, montante 143% superior ao efetivamente dispendido, em média, com ASPS.

Dez das doze proposições selecionadas estabeleceriam um piso da União com ASPS com valor médio superior ao gasto efetivamente realizado. A maior variação positiva, 28,9%, seria no caso da proposição correspondente a 11,5% da receita de impostos e contribuições até 202,12%, no caso da proposição de 5% do PIB como piso, conforme se pode ver na tabela 1.

TABELA 1
Variação do valor médio de proposições legislativas selecionadas em relação ao valor médio do gasto com ASPS (2000-2019)

Proposição	Valor médio 2000/2019 (R$ milhões de 2021)	Variação em relação ao gasto médio com ASPS (%)
Gasto com ASPS	109.425	-
10% da receita de impostos (PEC 496/1997)	50.802	-53,57
18% da receita de impostos e contribuições (PEC 157/1993)	91.444	-16,43

(Continua)

41. Para cálculo das médias, não foram considerados os anos de 2020 e 2021, uma vez que eles foram muito afetados pelas condições de resposta à covid-19.

(Continuação)

Proposição	Valor médio 2000/2019 (R$ milhões de 2021)	Variação em relação ao gasto médio com ASPS (%)
11,5% da receita de impostos e contribuições (PLP 201/2001)	141.056	28,91
10% da RCB (PLP 321/2013)	150.259	37,32
18,7% da RCL (PLP 301/2013)	155.024	41,67
19% da RCL (PLP 372/2014)	157.511	43,94
20% da RCL (EC 86/2015)	165.801	51,52
3% do PIB (PLP 181/2004)	198.356	81,27
18% da receita de impostos e contribuições (PEC 157/1993)	220.784	101,77
10% da receita de impostos mais 30% do OSS (PEC 169/1993)	266.368	143,42
Cofins mais CSLL (PEC 82/1995)	306.122	179,75
5% do PIB (PEC 170/1995)	330.593	202,12

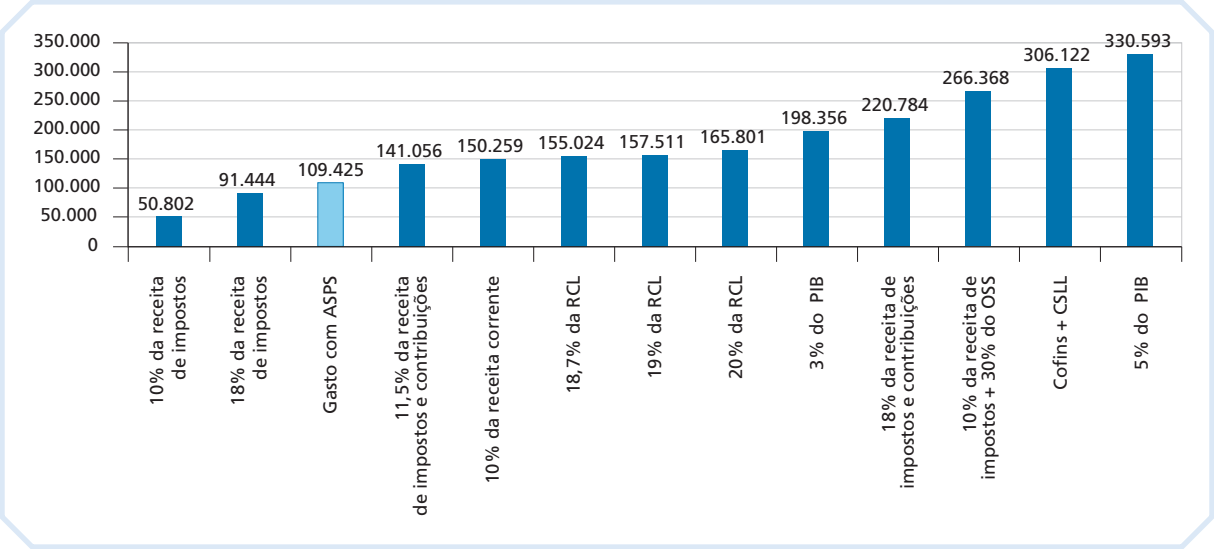
Elaboração do autor.

Outra forma de visualizar a comparação entre o gasto médio realizado com ASPS no período com o valor médio de diferentes proposições analisadas pode ser observada no gráfico 6.

GRÁFICO 6

Gasto médio da União com ASPS comparado ao valor médio de diferentes proposições do Legislativo no período 2000-2019

(Em R$ milhões médios de 2021)



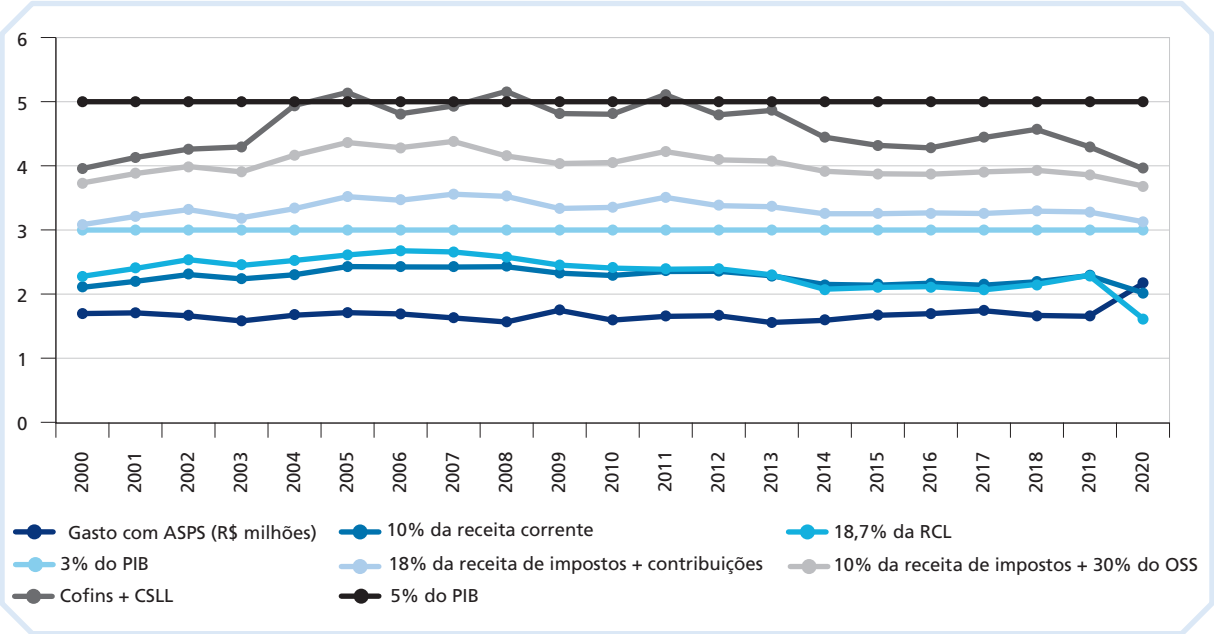
Elaboração do autor.

O gráfico 7 apresenta proposições que resultariam em percentuais de PIB superiores aos obtidos com o gasto realizado com ASPS pelo governo federal no período 2000-2020.[42] Estão nessa condição as seguintes proposições: i) 5% do PIB; ii) receitas da Cofins e da CSLL integralmente para a saúde; iii) 10% da receita de impostos, mais 30% do OSS; iv) 18% da receita de impostos e contribuições; v) 3% do PIB; vi) 20% da RCL; vii) 19% da RCL; viii) 18,7% da RCL; e ix) 10% da RCB, por exemplo.

GRÁFICO 7

Comparação entre algumas das proposições que poderiam agregar maior volume de recursos do que o gasto com ASPS realizado pela União (2000-2020)[1]

(Em % do PIB)



Elaboração do autor.

Nota: [1] Entre as proposições incidentes sobre a RCL, só foi plotada a que se referia ao percentual final de 18,7%.

Por fim, comparando a trajetória do gasto com ASPS, segundo os regramentos da EC 29 de 2000, com a aplicação do parâmetro final da EC 86 de 2015, de 15% da RCL para piso federal da saúde, percentual que entrou em vigor com a EC 95 de 2016,[43]

42. Na verdade, os parâmetros da EC 29 de 2000 foram obedecidos até 2015, porque os parâmetros da EC 86 de 2015 deveriam começar a ter vigência a partir dessa data.

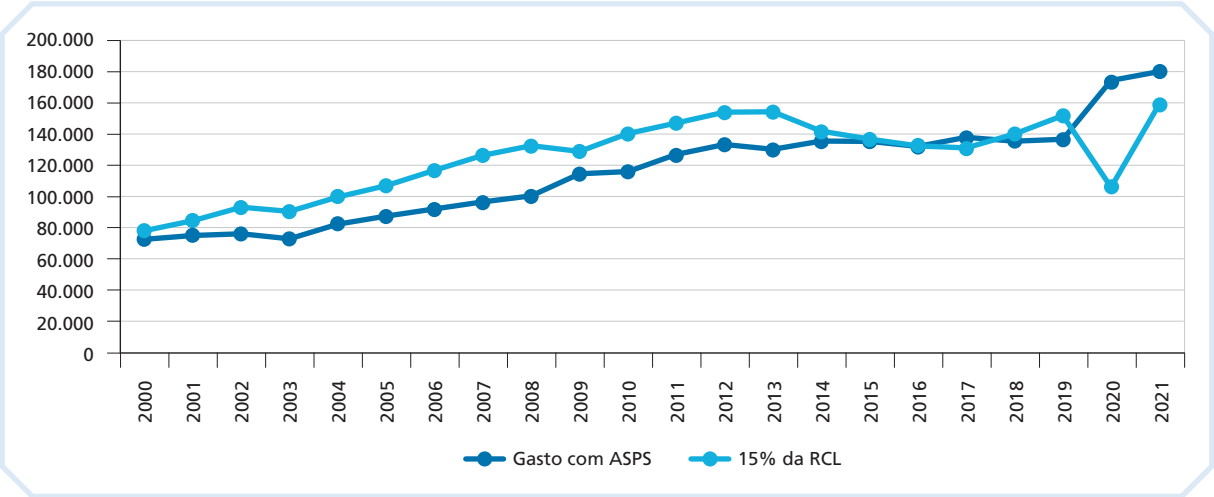
43. Se fosse seguido o percentual de 13,2% da RCL para o seu primeiro ano (2016), o piso da saúde seria inferior ao gasto daquele ano. Dessa forma, 15% da RCL entrou logo como parâmetro inicial em 2016, conforme a EC 95 desse mesmo ano, mas, a partir de 2018, o agora teto ficou congelado, apenas com crescimento igual à inflação anual. Em 2021, entretanto, a covid-19 obrigou a gastos acima do teto.

verifica-se que a evolução da vinculação à RCL daria valores superiores aos da EC 29 de 2000 até 2014, e daí em frente os traçados convergem. Ou seja, os resultados são convergentes porque as duas modalidades de vinculação têm caráter pró-cíclico, aumentando quando a economia cresce e diminuindo quando há desaceleração do crescimento econômico. Em contrapartida, nos dois anos iniciais da pandemia de covid-19 (2020 e 2021), a execução com ASPS passou por um período atípico (gráfico 8), porque o ministério passou a receber recursos extraordinários para o combate à pandemia.

GRÁFICO 8

Evolução do gasto federal com ASPS e estimativa do resultado da aplicação do parâmetro final da EC 86 de 2015 (2000-2021)

(Em R$ médios de 2021)



Elaboração do autor.

Vale salientar que, neste levantamento de proposições legislativas para alteração da participação federal no financiamento do SUS, não foram analisadas aquelas relacionadas aos recursos do pré-sal e taxações de grandes fortunas, bem como aquelas de taxação da produção ou comercialização de produtos nocivos à saúde, como fumo e bebidas alcoólicas, uma vez que todas essas proposições tinham o objetivo de prover recursos adicionais ao setor, sem serem, de fato, proposições de alteração da forma de vinculação e estabelecimento de piso para o financiamento federal do SUS. Também não foram considerados os inúmeros PLPs com o objetivo de excluir do limite de despesas de pessoal, para fins de cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, os gastos com pessoal de saúde nos estados, no DF e nos municípios, por se tratarem de proposição que visa a aumentar o espaço de gastos desses entes, sem repercussão sobre o piso de gasto federal com o sistema.

4 PERPECTIVAS

Mesmo tendo, desde 1988, um sistema público de saúde com o objetivo de prover acesso universal e atendimento integral, o Brasil, como vimos anteriormente, tem um gasto público com saúde bastante inferior ao gasto público médio dos países da OCDE. Em 2018, de acordo com a World Bank Database, o gasto público médio dos países da OCDE com saúde foi, em média, equivalente a 7,69% do PIB, enquanto no Brasil foi de apenas 3,95% do mesmo indicador (Ieps, 2022b).

Com a aprovação da EC 29 de 2000, que vinculou recursos mínimos para o SUS nas três esferas de governo, se esperava um crescimento maior do gasto público. As esperanças foram frustradas por alguns motivos, dois deles mais relevantes. Em primeiro lugar, porque somente doze anos após a aprovação da Emenda é que foram estabelecidos, pela LC 141 de 2012, uma série de requisitos que permitiram um acompanhamento mais efetivo do cumprimento dos aportes das três esferas de governo ao sistema público de saúde. Mesmo assim, essa LC não modificou a forma de definição do piso federal para ASPS, o que era um dos mais importantes reclamos. Dessa forma, no tocante ao governo federal, deu-se continuidade à estratégia de transformar o que deveria ser piso das aplicações da União em teto, procurando não ultrapassar o piso legal. Isso permitia que os recursos dessa esfera de governo fossem corrigidos pela variação do PIB dos dois anos anteriores, quase sempre sem acréscimo adicional (Piola *et al*., 2013). Mais tarde, em 2015, quando finalmente foi aprovada uma mudança na forma de vinculação de recursos federais no financiamento do SUS, para percentuais progressivos da RCL, no ano seguinte foi aprovado o NRF, que congelou os gastos federais com saúde a partir de 2018. Logo após a aprovação do NRF, em 2016, diversos estudos analisaram as previsíveis repercussões negativas das novas regras sobre o financiamento da área social e, em especial, da área de saúde (Vieira e Benevides, 2016). Mais tarde, foram feitos estudos analisando os efeitos concretos dessa medida sobre o gasto federal com saúde (Moretti *et al*., 2021) e a respeito do tratamento diferenciado que a área teve de receber na distribuição dos recursos da União em função da epidemia de covid em 2020 e 2021 (Funcia *et al*., 2022).

Nos anos que antecederam as eleições presidenciais de 2022, até mesmo pelo combate à epidemia de covid-19, a saúde pública foi incluída no rol dos assuntos mais frequentes no debate público. Não foi por outro motivo que algumas instituições passaram a colocar em discussão, com maior frequência, a questão saúde, principalmente no tocante ao financiamento público das ações setoriais. Entre essas instituições, vale destacar o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps), a Fundação Oswaldo

Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o próprio Ipea.

Com algumas diferenças de enfoque, os estudos feitos no âmbito dessas instituições são coincidentes no tocante ao diagnóstico geral do financiamento setorial: i) gasto público insuficiente para a construção do sistema definido na CF/1988; ii) gasto privado elevado, na contramão dos sistemas vigentes em países de média ou alta renda; iii) baixa participação de recursos da União no gasto público com saúde; iv) esgotamento da capacidade de gasto com saúde por parte de estados, do DF e de municípios; v) inviabilidade da manutenção, nos moldes então vigentes, do regime fiscal – teto de gastos – para as despesas federais; e vi) necessidade de revisão no regime de concessões fiscais à saúde privada.

De certa forma, para o enfrentamento desses problemas, é necessário atentar para possíveis cenários político-organizacionais, como os citados em documento do Ieps (2022a), a respeito do futuro do sistema de saúde do Brasil: i) aumento dos incentivos fiscais e desregulamentação progressiva do segmento de planos e seguros de saúde privados, facilitando ainda mais sua expansão a parcelas de menor renda; ou ii) expansão e fortalecimento do modelo SUS por meio de reforço ao seu financiamento; ou, ainda, iii) um cenário mais drástico, mas menos provável, pelo menos na atual conjuntura política, seria o de uma divisão formal da população em SUS e não SUS, alterando a diretriz constitucional de cobertura universal atribuída ao SUS, em relação aos serviços pessoais de assistência à saúde.

No tocante às projeções sobre necessidades de financiamento, alguns estudos, como Rocha, Furtado e Spinola (2019) fizeram estimativas das necessidades para os próximos anos, no caso, até 2060. Na estimativa, o estudo referido levou em conta o valor do gasto observado de 2000 a 2015 e a repartição (pública e privada) do gasto nesse último ano (9,1% do PIB, 42% público e 58% privado), utilizando projeções de crescimento do PIB sob diferentes elasticidades entre renda e consumo de saúde, considerando as mudanças na estrutura demográfica da população e utilizando estimativa de resíduo[44] como fator de ajuste.

Segundo os autores do estudo referido:

44. Outros fatores que pressionam os custos com saúde, como políticas institucionais ou incorporações tecnológicas, estão incluídos no resíduo.

> De acordo com o cenário base,[45] estimamos então um crescimento das necessidades totais de financiamento em saúde para 11% do PIB em 2030, 12,2% em 2045, alcançando 12,8% em 2060. Isso representaria um acréscimo de 3,67 pontos do PIB, puxado em parte por um crescimento das necessidades de financiamento do setor público de 1,63 ponto do PIB, e em parte de um aumento de 2,04 pontos no setor privado (Rocha, Furtado e Spinola, 2019, p.14).

Só o fator demográfico, que contribui com 28,2% das necessidades, traria para 2060 uma necessidade de R$ 299 bilhões, sendo R$ 133 bilhões ao setor público e R$ 166 bilhões ao setor privado (Rocha, Furtado e Spinola, 2019). Esse estudo também apresenta projeções para os gastos públicos em cenários fiscais restritivos, causando diminuição da participação pública no financiamento dos serviços.

Mais recentemente, o Instituto de Estudos Sociais e Políticos (Iesp), no âmbito do Projeto Agenda Mais SUS,[46] propôs, no campo do financiamento, que o governo brasileiro procurasse atender a recomendação firmada por todos os participantes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) de aumentar os gastos em saúde pública para o equivalente a 6% do PIB (Opas e OMS, 2014). A proposta do Brasil, diante de um cenário de baixo crescimento econômico, seria de elevação do gasto público, de forma sequenciada, de 3,96% do PIB em 2018 para 5% até 2026 e de 6% até 2030. As estratégias para aumentar o gasto público, segundo o documento do Iesp, seriam, além de eventual abertura de espaço fiscal mediante aumento de arrecadação, a eliminação ou redução expressiva da renúncia fiscal na área da saúde. Em segundo lugar, o fomento dos gastos de outras entidades do pacto federativo e, em terceiro, a tributação de produtos que trazem custos para a saúde das pessoas, como é o caso das bebidas açucaradas, de alimentos ultraprocessados, álcool, tabaco, o que poderia, ademais, diminuir os danos causados por tais produtos à saúde.

Em setembro de 2022, em documento elaborado a pedido da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Funcia *et al*. (2022) discutem o agravamento das condições do financiamento federal do SUS, sob o impacto das regras da EC 95/16, e propõem mudanças na política fiscal, defendendo o papel que poderiam ter para o crescimento da economia, gastos estratégicos com efeitos multiplicadores, entre eles

45. Nos cenários alternativos, foram considerados fatores residuais diferentes de zero (positivo ou negativo), com diferenças de preços diferentes (setor público ou privado) e com diferentes taxas de crescimento da economia.

46. A Agenda Mais SUS é uma realização do Ieps e da Umane, lançada em julho de 2022, com o objetivo de contribuir com o debate público e subsidiar gestões federais, estaduais e municipais, a partir de diagnósticos e propostas concretas para o aprimoramento do SUS.

os de saúde. Ao destacar a deterioração progressiva do financiamento federal, devido ao atual regime fiscal, sugerem aumento emergencial dos recursos do SUS em 2023 e, a partir de 2024, uma nova regra para o financiamento federal da saúde. Segundo o documento, o valor do piso federal da saúde passaria a ser calculado com base em um valor *per capita*, definido a partir de três fatores: i) inflação do período anterior; ii) taxa de crescimento da população idosa; e iii) fator de correção de iniquidades, visando à redução das disparidades entre o financiamento público e privado da saúde. O *per capita* base seria calculado a partir da média da despesa empenhada entre 2020 e 2022. O trabalho apresenta três cenários, entre 2023 e 2032, de aplicação da regra proposta, tendo como base diferentes valores para o fator de correção de iniquidades, respectivamente, 2,25%, 3,4% e 4,68%.[47] Esse procedimento permitiria o alcance, até 2032, dos seguintes percentuais do PIB e da RCL para o gasto federal com saúde: i) fator de correção de iniquidade de 2,25%: 21% da RCL ou 2,37% do PIB; ii) fator de iniquidade de 3,4%: 23,5% da RCL ou 2,65% do PIB; e iii) fator de correção de 4,68%: 26,6% da RCL em 2032 ou 3% do PIB. Ainda segundo os autores da proposta, o cenário com o fator de correção de iniquidades mais elevado levaria o gasto público em saúde a 6% do PIB em 2036, considerando-se que os gastos estaduais e municipais também crescessem para 3% do PIB.[48] Do lado fiscal, eram sugeridas medidas como revogar a EC 95 de 2016, que vinha retirando recursos do SUS, e a revisão e flexibilização dos indicadores de limites para a dívida e dos gastos com pessoal das instâncias subnacionais. Em relação à tributação, o documento sugere um conjunto de medidas, entre as quais a realização de uma reforma tributária progressiva, a efetiva canalização de recursos do pré-sal para a saúde e a revisão de gastos tributários de saúde no imposto de renda.

Analisando projeções do gasto público, Silveira e Gaiger (2021) discutiram alguns estudos prospectivos sobre os gastos em saúde e apresentaram, de forma bastante ampla, as discussões a respeito de fatores impulsionadores do gasto, dos resultados alcançados nesses estudos e das tendências que vêm sendo identificadas com vistas à alteração dos sistemas tributários, em função das mudanças nos mercados de trabalho, de consumo, patrimoniais e financeiros, que são bases da incidência de tributos. Destacam, como já dito por outros pesquisadores,[49] a singularidade do caso brasileiro, representada por um gasto total com saúde relativamente elevado, como proporção total do PIB, para as condições do país e o arcabouço legal e institucional do sistema

47. Percentuais relacionados ao crescimento médio anual real do gasto tributário com despesas médicas de Imposto de Renda de Pessoas Físicas (IRPF) no período 2004-2018 (ou 2019).

48. Nesse cenário, o gasto federal atingiria 3% do PIB em 2032, sob hipótese de que o gasto privado de saúde recuaria para 4% do PIB em 2032 (Funcia *et al*. 2022).

49. Mendes (2013), Mendes e Funcia (2016), Barros e Piola (2016), Marques (2017) e Souza (2020).

público com obrigações de cobertura universalizada, coexistindo com um gasto público inferior ao privado via planos de saúde e gasto direto. Concluem que a transformação desse quadro requererá mudanças no sistema tributário e político institucional do país que priorizem o financiamento público da saúde, bem como alterações do aparato de regulação e de apoio ao setor privado, especialmente via incentivos fiscais. Seguindo nessa direção, sugerem alterações no IRPF, por meio de maior tributação dos rendimentos de capital e da redução dos benefícios fiscais, o que implicaria em crescimento dos fundos constitucionais (Fundo de Participação dos Estados – FPE – e Fundo de Participação dos Municípios – FPM) e, portanto, das receitas estaduais e municipais, logo, dos gastos com saúde. (Silveira e Gaiger, 2021).

Como vimos, o Brasil é um ponto fora da curva, pois, ao contrário da experiência internacional, o crescimento da renda e o maior desenvolvimento socioeconômico não têm promovido o consumo de bens e serviços de saúde embasados no financiamento e ofertas públicas, como ocorre em diversos países. Por outro lado, o envelhecimento da população, embora traga necessidade de recursos adicionais, no caso brasileiro, não será tão impactante, tendo em vista a transição demográfica bastante adiantada no Brasil. (Silveira e Gaiger, 2021).

Todos esses estudos sobre o financiamento do SUS, particularmente do seu componente público, enfatizam, com mais ou menos intensidade, a necessidade de alteração de aspectos regulatórios do gasto privado, excessivamente benevolentes para o mercado da saúde, como única forma de o Brasil seguir o trajeto de países desenvolvidos que têm no gasto público fatia maior do financiamento da saúde.

De acordo com Silveira e Gaiger (2021), quase todos os países concedem benefícios fiscais para a área da saúde.[50] Nos países da América Latina, os gastos tributários são, em média, de 0,7% do PIB, enquanto, nos países da OCDE, corresponderam, em média, a 0,3% do PIB no período 2009-2010 (Paes, 2014). No Brasil, em 2015, a renúncia fiscal total na área da saúde foi estimada em R$ 32,3 bilhões, o equivalente a 32,3% da despesa do governo federal com ASPS no mesmo ano, que foi de R$ 100 bilhões. A renúncia com assistência médica atingiu R$ 16,2 bilhões (R$ 11,7 bilhões de abatimentos de pessoas físicas e R$ 4,5 bilhões de pessoas jurídicas), a de medicamentos foi estimada em R$ 6,6 bilhões e, com hospitais filantrópicos, somou R$ 9,5 bilhões (Ocké Reis e Fernandes, 2018). A renúncia fiscal, por meio de dedução no imposto de

50. Na saúde, esses benefícios fiscais atingem investimentos em P&D, nos gastos empresariais e pessoais com assistência à saúde, na produção de fármacos e nas receitas das entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas.

renda, é menos defensável na assistência à saúde, principalmente devido ao seu caráter seletivo, porque dela se beneficiam somente os contribuintes de maior renda. Sayd (2003) já demonstrava claramente o caráter regressivo da renúncia fiscal na assistência à saúde. Segundo o autor, em 1999, os contribuintes da faixa de alíquota de 27,5%, que representavam 31,22% do total de declarantes, foram responsáveis por 75,73% das renúncias com saúde no IRPF.

Argumentando em favor da necessidade de aumentar os recursos para o SUS, Vieira, Piola e Benevides (2019, p. 31) destacam como problema adicional da área de seguro e planos privados de saúde a grande defasagem existente entre a renda dos aposentados brasileiros e a evolução dos preços dos planos de saúde.

> Estima-se que haverá mais de 48,9 milhões de idosos no Brasil em 2036. Dessa forma, nos próximos anos, a menos que grandes mudanças ocorram no sistema previdenciário brasileiro, com aumento do valor dos benefícios previdenciário e assistencial dos idosos, algo que parece improvável, maior parcela da população idosa dependerá exclusivamente do SUS. Em dezembro de 2017, o valor médio mensal dos planos de assistência médico-hospitalar (ambulatorial e hospitalar) para pessoas com 59 anos ou mais foi de R$ 1.276 na modalidade individual e de R$ 1.016 na modalidade plano coletivo (ANS, 2018). No mesmo ano, o valor médio mensal dos benefícios previdenciários do Regime Geral da Previdência Social foi de R$ 1.393, e o dos benefícios assistenciais foi de R$ 939 (Brasil, 2018). Contando com benefícios nesses montantes, dificilmente os idosos poderão comprar planos de saúde se dependerem somente dessa renda. Esses números também revelam que a solução para garantir o acesso a bens e a serviços de saúde para essa população não é por meio do setor privado de assistência médico-hospitalar e que os recursos ora alocados ao SUS serão ainda mais insuficientes.

Para reverter esse quadro de hegemonia do gasto privado em saúde, analistas acreditam que seria necessária a progressiva expansão do SUS do ponto de vista quantitativo e qualitativo. Nessa hipótese, como defendem Marques, Piola e Ocké Reis (2016), seria necessário aperfeiçoar o escopo regulatório dos planos empresariais de saúde, com o objetivo de reduzir o gasto das famílias, das classes médias e dos empregadores. Ademais, deve-se insistir no esforço de rever e regular o gasto tributário da saúde, uma vez que é um instrumento de manutenção de iniquidades de um setor cada vez mais concentrado e internacionalizado. Tais iniquidades, especialmente as decorrentes da dupla cobertura propiciada a uma parcela da população, subsidiada com recursos fiscais, são analisadas por Santos e Borges (2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi repetido exaustivamente ao longo deste texto que o gasto público com saúde no Brasil, estimado para 2019 como equivalente a 3,9% do PIB (Brasil, 2022),[51] é baixo, seja comparado com o valor médio do gasto público em saúde dos países que participam da OCDE[52], seja quando se compara o gasto público *per capita* do SUS com o gasto *per capita* do segmento brasileiro de planos e seguros privados de saúde.[53] Em contrapartida, ainda são raros os estudos que, ao discutir as necessidades de financiamento do SUS, sugerem o que se poderia se fazer, prioritariamente, com eventuais aumentos de recursos. Ainda mais rara é a discussão sobre o "espaço fiscal" necessário para prover novos recursos para o sistema de saúde. O fato constatado, quando se analisa o financiamento do SUS desde 2000, é que a União está transferindo o encargo de sustentar o financiamento do SUS aos outros parceiros, principalmente aos municípios.

Como foi constatado, não faltaram propostas para aumentar a vinculação de recursos federais para o financiamento do SUS, principalmente após a EC 29 de 2000. Só veio ocorrer alteração quinze anos após essa emenda, por intermédio da EC 86 de 2015. Contudo, as alterações propostas por essa emenda chegaram em momento de crise política e fiscal, sendo atropeladas, como dito anteriormente, pelas regras da EC 95 de 2016.

Passados os anos de excepcionalidade para os gastos do setor devido à pandemia de covid-19, o financiamento federal da saúde voltou aos ditames do teto de gastos imposto pela EC 95 de 2016. Dessa forma, o orçamento inicial aprovado para 2023, no valor de R$ 149,9 bilhões, que corresponde a 15% da RCL de 2017, atualizada apenas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), sem qualquer aumento real, tinha valor quase idêntico, em termos nominais, ao valor autorizado para 2022 (R$ 150,5 bilhões), o que demonstrava o tamanho do problema a ser enfrentado pelo setor (Moretti *et al*., 2022b), especialmente para recompor as baixas coberturas dos problemas de imunização, recompor os programas de oferta pública de medicamentos,

51. Em 2019, o gasto total com saúde no Brasil foi equivalente a 9,6% do PIB, sendo 3,9% público e 5,7% privado (Brasil, 2022).

52. Nesses países, a média de gasto do setor público está entre 6,5% e 7%.

53. Em 2018, o gasto *per capita* do segmento de planos e seguros de saúde era 2,6 vezes maior do que o do SUS (Vieira, Piola e Benevides, 2019).

diminuir as longas filas de espera por cirurgias e outros procedimentos e reativar programas como o Mais Médicos.[54]

Todas as tentativas frustradas de aumentar de forma mais consistente o financiamento federal do SUS e até mesmo alguns retrocessos talvez indiquem, como disse Marques (2017), que as causas mais profundas do subfinanciamento estrutural do SUS precisam ser buscadas em outras esferas, além da restrita dimensão do financiamento setorial propriamente dito, como as esferas ideológicas, políticas e econômicas. Dito de outra forma, como salientaram Marques e Piola (2014, p. 192),

> aumentar de forma suficiente e sustentada os recursos públicos para a saúde pública depende, em última instância, da imagem que a sociedade projete do SUS: um sistema restrito, só para os mais necessitados, ou um sistema que efetivamente seja a principal e prioritária forma de atenção de toda a população brasileira.

Mas, para alcançar essa segunda condição, ressaltam os referidos autores, "é necessário um volume maior de recursos financeiros, além de melhorias indispensáveis na gestão".

Há, contudo, sinais de que a questão da saúde pública seja colocada de forma mais clara no debate setorial neste novo período de governo. Indicativo disso são, de um lado, os estudos prospectivos relacionados à questão do financiamento setorial que foram preparados nos últimos tempos, com o objetivo claro de subsidiar o debate da questão, como os discutidos neste texto. De outro, o fato de que, na composição ministerial, a pasta da saúde iniciou este novo período de governo, com a ministra alinhada aos fundamentos do SUS Constitucional, além de o reforço do SUS ter sido visto como prioridade por parte da coalização vitoriosa nas urnas para o governo federal. Nada obstante, apesar da nova conjuntura, que é teoricamente mais favorável ao SUS, o grau de incerteza com relação ao futuro desse sistema continua elevado.

54. Em dezembro de 2022, com a mediação do novo governo federal, eleito em outubro do mesmo ano, o Congresso Nacional revisou o Projeto de Lei Orçamentária para 2023, incluindo cerca de R$ 20,0 bilhões adicionais para o MS. Isso fez com que o orçamento inicial do MS se aproximasse ao que seriam os 15% da RCL estimada para 2023.

REFERÊNCIAS

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Painel de precificação**: planos de saúde 2017. Rio de Janeiro: ANS, 2018.

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. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. [s.l.]: MS, 1986. p. 29.

_____. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2017**. Brasília: MF; Dataprev, 2017.

_____. Supremo Tribunal Federal. **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.595**. Brasília: STF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional**: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Brasília: Ipea, 2022.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no brasil de 1994 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FUNCIA, R. F; SANTOS, L. Guerra nas estrelas: as eternas lutas de Jedi contra a quebra do piso da saúde. **Revista Domingueira da Saúde**, n. 23. Instituto de Direito Sanitário, jul. 2023. Disponível em: http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-23-julho-2023.

FUNCIA, R. F. *et al*. **Nova política de financiamento do SUS**. IE-UFRJ, set. 2022. Disponível em: https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20(2).pdf.

GOMES, F. B. C; Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde Debate**, v. 38, n. 100. Rio de Janeiro, 2014.

IEPS – INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. **Documento de propostas**: caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil. Ieps e Umane, 2022a. Disponível em: https://institutocactus.org.br/wp-content/uploads/2022/07/AgendaMaisSUS-DocumentoDePropostas.pdf.

_____. **Mais SUS em evidências**: gestão e financiamento do sistema de saúde brasileiro. Ieps e Umane, 2022b. Disponível em: https://agendamaissus.org.br/evidencias/.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razoes do subfinanciamento estrutural do SUS. *In*: PAIM, J. S. *et al*. **Planejamento e políticas públicas** – PPP. Brasília: Ipea, 2017.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S, F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. *In*: RIZZOTTO, M. L. F; COSTA, A. M. (Orgs.) **25 anos do direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014, 245 p.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4. São Paulo, dez. 2013.

MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.

MORETTI, B. *et al*. Sangrando o SUS. **Focus Brasil**, 20 mar. 2022a. Disponível em: https://fpabramo.org.br/focusbrasil/2022/03/20/sangrando-o-sus/.

MORETTI, B. *et al*. Teto de gastos, orçamento secreto e SUS: o que esperar para 2023. **Carta Capital**, 6 set. 2022b. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br/blogs/observatorio-da-economia-contemporanea/teto-de-gastos-orcamento-secreto-e-sus-o-que-esperar-em-2023/.

OCKÉ-REIS, C. E.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em saúde**. Brasília: Ipea, abr. 2018. (Nota Técnica, n. 48)

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório final**: 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC: Opas/OMS, 2014. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD53-FR-p.pdf.

PAES, N. L. Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. **Scielo**, v. 19, n. 4, abr. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/4K46prJvVP9DVYV5RkbTFJm/?lang=pt.

PIOLA, S. F. *et al*. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Brasília: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. D. S.; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Brasília: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2439).

ROCHA, R.; FURTADO, I.; SPINOLA, P. **Garantindo o futuro da saúde no Brasil**: necessidade de financiamento e projeção de gastos. São Paulo: Ieps, out. 2019. Disponível em: https://ieps.org.br/estudo-institucional-01/.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2003.

SERVO, L. M. *et al*. Financiamento e gasto público em saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Orgs.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011, 356 p.

SETA, M. H. de; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária de Saúde. **Scielo**, v. 26, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/.

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

SAYD, P. **Renúncia fiscal e equidade na distribuição de recursos para a saúde**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, I. S.; BORGES, D. C. L. A cobertura duplicada e os impactos sobre a desigualdade. *In*: FIOCRUZ *et al*. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

SOUZA, D. de O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da covid-19. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 30, n. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300313. Acesso em: 23 jul. 2021.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. **Os impactos do Novo Regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, set. 2016. (Nota Técnica, n. 28).

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ASPS da União**: impactos para o financiamento federal do SUS e para elaboração das contas em saúde. Brasília: Ipea, ago. 2016. (Texto para Discussão, n. 2.225).

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

APÊNDICE 1

QUADRO A.1
Propostas de Emenda à Constituição selecionadas

Proposição	Ementa	Autor
Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 157/1993	Altera o inciso IV do art. 167 e acrescenta parágrafo ao art. 198 da Constituição Federal. Dados complementares: deve a União aplicar no Sistema Único de Saúde (SUS), anualmente, nunca menos de 18% da receita de impostos e contribuições, alterando a Constituição Federal de 1988 (CF/1988).	Chafic Farhat
PEC 169/1993	Altera o inciso IV do art. 167 e o art. 198 da CF e prevê recursos orçamentários a nível da União, de estados e municípios para a manutenção do SUS com o financiamento das redes públicas, filantrópicas e conveniadas.	Waldir Pires, Eduardo Jorge e outros
PEC 170/1995	Estabelece a vinculação de recursos destinados à saúde pela União, por estados, pelo Distrito Federal (DF) e por municípios. Dados complementares: altera o inciso IV do art. 167, o art. 195, os incisos I e II do art. 198 e acrescido do § 2º da CF/1988. A União aplicará nunca menos de 5% do produto interno bruto (PIB) no financiamento da saúde.	José Aristodemo Pinotti
PEC 82/1995	Acrescenta dispositivo ao art. 195 da CF. Dados complementares: determina que os recursos provenientes das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro serão totalmente destinados ao financiamento do SUS, alterando a CF/1988.	Carlos Mosconi
PEC 256/1995	Outorga competência à União, para instituir contribuição provisória sobre a movimentação ou a transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira. Dados complementares: estabelece que a alíquota da Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira (CPMF) não excederá 0,25%, facultando ao executivo reduzi-la ou restabelecê-la total ou parcialmente.	Antônio Carlos Valadares
PEC 496/1997	Modifica os arts. 167 e 198 da CF. Dados complementares: inclui entre os recursos do SUS o mínimo de 10% da receita efetivamente disponível de impostos dos estados, DF e municípios para manutenção da saúde, alterando a CF/1988.	Marcos Lima

(Continua)

(Continuação)

Proposição	Ementa	Autor
PEC 144/2003	Acrescenta parágrafo ao art. 195, altera o art. 198 da CF e revoga artigo do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar recursos mínimos da União para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Produto da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) exclusivo para a saúde; a União aplicará nunca menos de 5% do PIB.	José Aristodemo Pinotti
PEC 558/2006	Dispõe sobre a inclusão da CPMF nas disposições do § 2º, do art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição Federal. Dados complementares: exclui a CPMF da Desvinculação de Receitas da União (DRU); altera a CF/1988.	Mendes Ribeiro Filho, João Tota, João Correia e outros
PEC 74/2007	Acrescenta o art. 195-A à CF (instituindo contribuição de intervenção no domínio econômico sobre a comercialização de bebidas alcoólicas e produtos fumígeros). Dados complementares: altera a CF/1988.	Jorge Tadeu Mudalen
PEC 245/2013	Dá nova redação ao art. 20 da CF, para destinar os recursos da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural para as áreas de educação, saúde, meio ambiente, ciência e tecnologia, defesa e segurança pública, energia e infraestrutura.	Angelo Vanhoni
PEC 359/2013	Altera os arts. 166 e 198 da CF, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde. Execução de emenda parlamentar conta para alcance do piso da saúde.	Senado Federal
PEC 249/2013	Acrescenta o inciso V ao § 3º do art. 153 da CF para estabelecer a destinação constitucional obrigatória do montante arrecadado por meio do imposto sobre produtos industrializados, quando incidente sobre produção de bebidas alcoólicas, ao financiamento de tratamentos e internações decorrentes do consumo dessa substância.	Vanderlei Macris
PEC 79/2015	Dá nova redação ao § 10 do art. 166 da CF, para excluir expressamente do piso constitucional destinado pela União às ações e serviços de saúde o montante das emendas parlamentares com a mesma destinação.	Célio Silveira
PEC 6/2015	Acrescenta inciso IV e §§ 5º e 6º ao art. 159 da CF, e novo art. 99 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Dados complementares: aumenta as transferências de recursos para o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), mediante a inclusão da Cofins e da CSLL em sua base de cálculo.	Odelmo Leão

Fonte: Câmara Legislativa. Disponível em: https://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaSimplificada.
Elaboração do autor.

QUADRO A.2

Propostas de Lei Complementar selecionadas

Proposição	Ementa	Autor
Proposta de Lei Complementar (PLP) 253/1998	Dispõe sobre as contribuições para os programas de integração social e de formação do patrimônio do serviço público (Programa de Integração Social e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep e Cofins) e a destinação de parcelas de suas receitas.	Darcísio Perondi
PLP 201/2001	Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF. Dados complementares: estabelece percentuais e critérios para que a União Federal, estados, o DF e municípios financiem ações e serviços de saúde; regulamenta a CF/1988.	Ursicino Queiroz
PLP 1/2003	Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF. Dados complementares: regulamenta O dispositivo da CF/1988 (Emenda Constitucional – EC – nº 29, de 2000), que trata da aplicação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde.	Roberto Gouveia
PLP 181/2004	Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF e dá outras providências. Dados complementares: estabelece normas para o cálculo de recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, bem como os critérios de rateio e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde; regulamenta a EC nº 29 de 2000, da CF/1988.	Rafael Guerra
Projeto de Lei do Senado (PLS) 121/2007	Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por estados, DF, municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.	Tião Viana
A Lei Complementar (LC) 141/2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	Poder Executivo
PLP 123/2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União. Revoga dispositivo da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dados complementares: estabelece que a União aplicará em ações e serviços de saúde, o mínimo de 10% de suas receitas correntes brutas.	Darcísio Perondi

(Continua)

(Continuação)

Proposição	Ementa	Autor
PLP 124/2012	Altera a LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dados complementares: dispõe sobre a aplicação anual mínima em saúde, por parte da União Federal (10% da RCB).	Eleuses Paiva
PLP 226/2012	Altera dispositivos da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, pelo DF e por municípios em ações e serviços públicos de saúde.	Guilherme Mussi
PLP 321/2013	Altera dispositivos da LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Dados complementares: aplicação pela União de montante igual ou superior a 10% de suas receitas correntes brutas, em ações e serviços públicos de saúde (Projeto de Lei Saúde Mais Dez).	Comissão de Legislação Participativa
PLP 309/2013	Altera a LC nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por estados, DF, municípios e União em ações e serviços públicos da saúde (10% da RCB).	Carlos Sampaio e Nelson Marchezan Junior
PLP 341/2013	Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde (15% da RCL em 2014 a 18,7% da RCL em 2018).	Geraldo Resende
PLP 378/2014	Altera a LC nº 141 de 13 de janeiro de 2012, para estabelecer critério para aplicação mínima anual pela União em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências (15% da RCL no primeiro ano a 19% da RCL no quarto ano e propõe contribuição sobre movimentação financeira).	Nazareno Fonteles
PLP 10/2015	Cria a Contribuição Social sobre Grandes Fortunas (CSGF) e dá outras providências.	Jandira Feghali, Leonardo Picciani, Eduardo da Fonte e outros
PLP 32/2011	Cria a Contribuição Social para a Saúde e dá outras providências	Amauri Teixeira
PLP 4/2015	Institui a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) incidente sobre a fabricação ou a importação de tabaco e seus derivados, para o custeio de ações de tratamento aos doentes vítimas do tabagismo.	Alessandro Molon
PLP 82/2007	Cria contribuição de intervenção econômica para custeio de ações de prevenção e tratamento ao alcoolismo.	Eliene Lima
PLP 268/2005	Dispõe sobre limites e controle social das despesas de pessoal nos recursos da saúde nos municípios.	Marco Maia
PLP 264/2005	Dispõe sobre as despesas de pessoal de servidores de estados e municípios vinculados a ações e serviços públicos de saúde.	Jandira Feghali

(Continua)

(Continuação)

Proposição	Ementa	Autor
PLP 331/2006	Altera a LC nº 101, de 4 de maio de 2000, para definir um limite de despesas de pessoal diferenciado para a área de saúde.	Paulo Bauer
PLP 328/2006	Altera a LC nº 101, de 4 de maio de 2000, para definir um limite de despesas de pessoal diferenciado para a área de saúde.	Adelor Vieira
PLP 382/2006	Acrescenta inciso VII ao § 1º do art. 19, da LC nº 101, de 4 de maio de 2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal –, para excluir despesas com o Programa Saúde da Família do limite das despesas de pessoal dos municípios.	Érico Ribeiro
PLP 36/2007	Dispõe sobre as despesas de pessoal de servidores de estados e municípios vinculados a ações e serviços públicos de saúde.	Alice Portugal
PLP 548/2009	Altera a LC nº 101, de 04 de maio de 2000, para incluir o § 3º no art. 18 e o inciso VII no § 1º do art. 19. Dados complementares: determina que despesas públicas com pessoal destinadas às atividades de saúde e de educação sejam contabilizadas como "outras despesas – pessoal da educação" e "outras despesas - pessoal da saúde".	Ivan Valente
PLP 25/2011	Altera a Lei de Responsabilidade Fiscal, para excluir do limite de despesas de pessoal os recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde.	Amauri Teixeira
PLP 277/2013	Altera a LC nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), para excluir do limite de despesas de pessoal as hipóteses que especifica. Dados complementares: exclui do limite de despesas de pessoal dos municípios o Programa Saúde da Família e os Centros de Referência da Assistência Social (Cras).	Roberto Britto
PLP 393/2014	Altera a LC nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), para excluir do limite de despesas de pessoal os recursos destinados às ações e serviços de saúde e de educação.	Rogério Carvalho
PLP 57/2015	Exclui das despesas de pessoal dos municípios, para efeito do limite estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, as relativas às áreas de educação e saúde, dos recursos provenientes dos repasses da União.	Elizeu Dionizio
PLP 75/2019	Altera a LC nº 101, de 4 de maio de 2000, para os fins que estabelece.	Schiavinato
PLP 106/2019	Altera a LC nº 101, de 4 de maio de 2000, para excluir dos imites das despesas com pessoal as efetuadas por consórcios públicos na área da saúde.	Aroldo Martins
PLP 203/2020	Altera a Lei de Responsabilidade Fiscal, para excluir do limite de despesas de pessoal as hipóteses que especifica.	Leandre

Fonte: Câmara Legislativa. Disponível em: https://www.camara.leg.br/buscaProposicoesWeb/pesquisaSimplificada.
Elaboração do autor.

APÊNDICE 2

PRINCIPAIS GRUPOS DE PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO

1) Percentual da receita de impostos e contribuições:

   a) Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 157 de 1993, de Chafic Farhat (18% da receita de impostos e contribuições);

   b) PEC 169 de 1993, de Waldir Pires e outros (30% da receita de contribuições do Orçamento da Seguridade Social – OSS –, União, estados, Distrito Federal – DF – e municípios, nunca menos de 10% da receita de impostos);

   c) PEC 170 de 1995, de José Aristodemo Pinotti (União fornece nunca menos de 5% do produto interno bruto – PIB –, estados, DF e municípios, nunca menos de 10% da receita de impostos);

   d) PLS 156 de 1995, de Antonio Carlos Valadares (Senado) (outorga competência à União para criar a contribuição provisória sobre movimentação financeira – CPMF);

   e) PEC 496 de 1997, de Marcos Lima (União, estados, DF e municípios fornecem 10% da receita disponível de impostos de cada esfera e vinculam 35% de forma conjugada para saúde e educação);

   f) EC 86 de 2015 (estabeleceu o piso das aplicações da União em ações e serviços públicos de saúde – ASPS – com base em percentuais progressivos da RCL de 16% a 20% em cinco anos); e

   g) PEC 204 de 2019, do deputado Pinheirinho (participação da União no financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS – de 16% a 20% - progressivamente – da Receita Corrente Líquida – RCL).

2) Vinculação de fontes de receitas ou percentual de fonte:

   a) PEC 82-B, de Carlos Mosconi (recursos das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro, totalmente destinados à saúde);

   b) PEC 144 de 2003, de José Aristodemo Pinotti (destinação das contribuições sociais sobre o faturamento e o lucro para a saúde e que, no caso da União, a vinculação não poderia ser inferior a 5% do PIB);

c) PEC 6 de 2015, de Odelmo Leão (20% da contribuição sobre o faturamento e o lucro para o Fundo de Participação dos Municípios, com os recursos sendo distribuídos pelos critérios do fundo); e

d) PEC 48 de 2015, de Alfredo Kaefer (repasse de 23,5% da arrecadação das contribuições sobre o faturamento e o lucro para os municípios).

3) Não desvinculação de fontes da saúde:

a) PEC 558 de 2006, do deputado Mendes Ribeiro (inclusão da CPMF e do salário educação entre as exceções de não desvinculação de recursos).

4) Taxação sobre produção e comercialização de produtos prejudiciais à saúde e outras:

a) PEC 77 de 2007, de Jorge Tadeu Mudalen (taxação com recursos para atenção básica de saúde distribuídos nesta proporção: 40% pela União e 60% por estados e municípios); e

b) PEC 249 de 2013, de Vanderlei Macris (20% do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI – arrecadado sobre bebidas alcoólicas).

5) Proposições sobre inclusão das emendas parlamentares no piso de gastos da saúde:

a) PEC 79 de 2015, do deputado Célio Silveira (exclui as emendas parlamentares individuais do piso da saúde); e

b) PEC 369 de 2017, do deputado Carlos Andrade e outros (faculta a aplicação das emendas parlamentares em ASPS ou manutenção e desenvolvimento do ensino e considera a execução dentro dos pisos mínimos dessas áreas).

APÊNDICE 3

PRINCIPAIS GRUPOS DE PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR

1) Destinação de parcela de receita ou de tributo:

a) Projeto de Lei Complementar (PLP) 2532 de 1998, do deputado Darcísio Perondi (destinando parcela do Programa de Integração Social e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep – e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins – para a áreas que especifica).

2) Fixação de percentual da receita total, Receita Corrente Bruta (RCB), Receita Corrente Líquida (RCL) ou percentual do produto interno bruto (PIB):

a) PLP 201 de 2001, do deputado Urcisino Queiroz (União: equivalente a 11,5% da receita de impostos e contribuições);

b) PLP 1 de 2003, do deputado Roberto Gouveia (participação da União: 11,5% da receita de impostos e contribuições);

c) PLS 1 de 2003, do senador Marconi Perillo (piso para a União: 18% da RCL);

d) PLP 181 de 2004, do deputado Rafael Guerra (participação da União equivalente a 3% do PIB)

e) Relatório de Guilherme Menezes sobre a PLP 1 de 2003, de Roberto Gouveia (participação da União correspondente a 10% da RCB);

f) PLS 121 de 2007, do senador Tião Viana (piso da União equivalente a 10% da receita bruta, estados, 12% da receita de impostos, municípios, 15% da receita de impostos);

g) PLP 123 de 2012, do deputado Darcísio Perondi (a União aplicará montante equivalente a 10% de suas RCBs);

h) PLP 124 de 2012, do deputado Eleuses de Paiva (10% da RCB de forma progressiva: 8,5% no primeiro ano, até 10% no quarto ano);

i) PLP 226 de 2012, do deputado Guilherme Mussi (10% da RCB);

j) PLP 321 de 2013, da Comissão de Legislação Participativa (que recebe projetos de iniciativa popular – Saúde Mais Dez). Proposta: 10% da RCB;

k) PLP 309 de 2013, do deputado Carlos Sampaio (10% da RCB);

l) PLP 341 de 2013, do deputado Geraldo Resende (15% da RCL em 2014 a 18,7% da RCL em 2018); e

m) PLP 378 de 2014, do deputado Nazareno Fonteles e outros (15% da RCL no primeiro ano a 19% da RCL no quarto ano, e cria contribuição sobre movimentação financeira).

3) Taxação de grandes fortunas e sobre movimentação financeira:

a) PLP 10 de 2015, de Jandira Feghali e outros (cria contribuição social sobre grandes fortunas, destinando o resultado à saúde);

b) PLP 201 de 2020, do deputado Deuzinho Vianna (regulamentação de imposto sobre grandes fortunas para financiar proteção contra pandemias); e

c) PLP 32 de 2011, do deputado Amauri Teixeira (0,18% sobre movimentação financeira, sendo o resultado distribuído 50% para municípios, 30% para estados e 20% para a União).

4) Taxação de produtos nocivos à saúde:

a) PLP 4 de 2015, do deputado Alessandro Molon (taxação da importação e fabricação de produtos derivados do tabaco); e

b) PLP 82 de 2007, da deputada Eliene Lima (taxação sobre o lucro de produtores e importadores de bebidas alcoólicas e sobre publicidade desses produtos).

5) Exclusão do gasto com pessoal da saúde do computo geral da despesa com pessoal para efeito da lei de responsabilidade fiscal:

a) PLP 268 de 2005, do deputado Marcos Maia;

b) PLP 264 de 2005, da deputada Jandira Feghali e outros;

c) PLP 331 de 2006, do deputado Paulo Bauer;

d) PLP 328 de 2006, do deputado Adelor Vieira;

e) PLP 366 de 2006, do deputado João Herrmann;

f) PLP 382 de 2006, do deputado Érico Ribeiro;

g) PLP 36 de 2007, da deputada Alice Portugal;

h) PLP 548 de 2009, do deputado Ivan Valente;

i) PLP 25 de 2011, do deputado Amauri Teixeira;

j) PLP 277 de 2013, do deputado Roberto Brito

k) PLP 393 de 2014, do deputado Rogério Carvalho;

l) PLP 57 de 2015, do deputado Elizeu Dionizio;

m) PLP 75 de 2019, do deputado Schiavino;

n) PLP 106 de 2019, do deputado Aroldo Martins; e

o) PLP 203 de 2020, da deputada Leandre.

6) Proibição de contigenciamento de recursos para as áreas de saúde e outras:

a) PLP 109 de 2003, do deputado Carlos Alberto Rosado, proibindo o contingenciamento de despesas para as áreas de saúde, trabalho, educação, assistência social e saneamento básico.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação
Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação
Rafael Augusto Ferreira Cardoso
Samuel Elias de Souza

Supervisão
Aline Cristine Torres da Silva Martins

Revisão
Bruna Neves de Souza da Cruz
Bruna Oliveira Ranquine da Rocha
Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Crislayne Andrade de Araújo
Elaine Oliveira Couto
Luciana Bastos Dias
Rebeca Raimundo Cardoso dos Santos
Vivian Barros Volotão Santos
Deborah Baldino Marte (estagiária)
Maria Eduarda Mendes Laguardia (estagiária)

Editoração
Aline Cristine Torres da Silva Martins
Leonardo Simão Lago Alvite
Matheus Manhoni de Paula Alves
Mayara Barros da Mota

Capa
Aline Cristine Torres da Silva Martins

Projeto Gráfico
Aline Cristine Torres da Silva Martins

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

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.

ISSN 1415-4765

NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO