

## Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde<sup>3</sup>

### RESUMO

A pandemia atingiu o Brasil em meio à aplicação de uma agenda de reformas centrada na austeridade e na redução do papel do Estado na economia. A excepcionalidade do contexto ampliou o espaço orçamentário para saúde em 2020 e evidenciou a necessidade de rever os mecanismos de financiamento da saúde para os próximos anos. Nesse contexto, este artigo tem como objetivo primeiro avaliar a despesa extraordinária com saúde durante a pandemia, a partir do orçamento da União. Identifica-se uma lentidão no processo orçamentário que pode ter prejudicado o combate à pandemia. Já o segundo objetivo é avaliar o futuro do financiamento público à saúde no Brasil. Após analisar as antigas regras para piso do gasto público em saúde da União, propõe-se uma regra de crescimento que elimine sua característica pró-cíclica e que seja compatível com as necessidades da saúde pública brasileira.

### Palavras-chave

Covid-19; Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS); Sistema Único de Saúde (SUS); Financiamento da saúde; Regra fiscal; Teto de gastos, piso constitucional.

### ABSTRACT

*The pandemic struck Brazil during the application of a reform agenda centered on austerity and reduction of the State's role in economy. The exceptionality of the context enlarged the budgetary space for health in 2020 and made evident the need to revise the health funding mechanisms for the coming years. In this context, the first aim of this paper is to assess the extraordinary health expenditure during the pandemic, drawing on the national administration budget. There is the identification of slowness in the budgetary process, which may have hindered the combat against the pandemic. The second aim is to evaluate the future of public health funding in Brazil. After analyzing the former norms for the floor of public health expenditure of the national administration, a rule of growth is proposed for the elimination of its pro-cyclic characteristics and that is compatible with the needs of the Brazilian public health.*

### Keywords

*Covid-19; Economic and Industrial Complex of Health (CEIS); Unified Health System (SUS); Health funding; Fiscal norm; Expenditure ceiling, constitutional floor.*

1. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e-mail: pedrolrossi@gmail.com

2. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e-mail: grazicd60@gmail.com

3. Este artigo conta com apoio financeiro da Fiocruz por meio do projeto "Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0". As opiniões expressas refletem a visão dos autores.

## Introdução

A pandemia atingiu o Brasil em meio à aplicação de uma agenda de reformas centrada na austeridade e na redução do papel do Estado na economia. A realidade concreta impôs uma mudança no rumo da política econômica e transformou o debate fiscal no Brasil. Assim, a crise postergou o debate sobre as reformas e criou um “quase consenso” entre os economistas de que é preciso expandir o gasto com saúde, assistência social e apoio às empresas e trabalhadores. Apesar do pós-pandemia requerer um ambiente de importante apoio político para a ampliação do financiamento da saúde pública, o horizonte econômico e político aponta para a retomada da agenda de austeridade fiscal, o que impõe desafios para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O combate à pandemia também explicitou que o aumento dos gastos com saúde pública no cenário de pandemia e a necessidade de equipamentos específicos pode esbarrar em fragilidades produtivas locais e implicar na vulnerabilidade do sistema, em altos custos com importação e na “externalização” do potencial da demanda efetiva vinda do SUS. Esse tema fundamental será abordado no âmbito do projeto “Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas CEIS 4.0”.

Já este artigo propõe dois objetivos que envolvem o financiamento do SUS, um conjuntural e outro estrutural. Nesse contexto, esta nota tem dois objetivos. O primeiro é avaliar a despesa extraordinária com saúde durante a pandemia, a partir do orçamento da União. Nesse ponto mostra-se que a lentidão do processo orçamentário tem sido um entrave para o combate à pandemia. O segundo objetivo é pensar o futuro do financiamento público à saúde a partir da análise das regras de pisos para o gasto em saúde e da evolução do orçamento da União nas últimas duas décadas. Mostra-se que a desejada expansão dos gastos públicos em saúde é contraditória com o atual arcabouço fiscal brasileiro, em particular com a Emenda Constitucional 95 (EC95), que precisa ser revista tanto com relação à regra de crescimento das despesas primárias quanto em relação ao piso dos gastos da União com a área de saúde. Além disso, analisam-se as antigas regras para piso em saúde e propõe-se para o debate público uma regra para crescimento do gasto público em saúde que elimine a característica pró-cíclica do orçamento da saúde e permita a ele um maior horizonte de planejamento.

## 1. A execução orçamentária no combate à pandemia

Logo após a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) que reconhece a pandemia e a declaração de emergência nacional, foi promulgada a Lei 13.979, no dia 6 de fevereiro de 2020, que coordena as medidas sanitárias para enfrentamento da pandemia Covid-19 no Brasil. E, em 20 de março, o Congresso Nacional reconheceu a calamidade para acionar o regime de exceções previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal (PINTO; AFONSO, 2020).

Entre 7 de fevereiro e 16 de agosto de 2020, foram editadas trinta medidas provisórias de créditos extraordinários, totalizando R\$ 472,2 bilhões de dotação orçamentária autorizada e R\$ 172,6 bilhões de dotação cancelada,<sup>4</sup> de tal forma que R\$ 299,6 bilhões (63,4%) é crédito novo e o restante é remanejamento orçamentário. Isso é, recursos que foram retirados de outras áreas para destinação ao enfrentamento da pandemia.

Da dotação atual, as três funções com maior volume de recursos destinados são Assistência Social, com R\$ 312 bilhões; Encargos Especiais, com R\$ 149,9 bilhões; e Saúde, com R\$ 42 bilhões. Da dotação cancelada, as três funções de onde ocorreu o maior remanejamento orçamentário foram R\$ 164,4 bilhões de Encargos Especiais; R\$ 5,6 bilhões da Saúde; e R\$ 941,2 milhões da Educação.

Na análise por ação orçamentária da dotação cancelada, o montante de R\$ 164 bilhões vincula-se à ação serviços da dívida pública federal interna; R\$ 3,3 bilhões ao incremento temporário para atenção básica de saúde por alcance de metas; e R\$ 2,3 bilhões ao incremento temporário para média e alta complexidade (MAC) em saúde por alcance de metas. Ou seja, R\$ 5,6 bilhões foram remanejados de outras ações do próprio orçamento da saúde para o enfrentamento da Covid-19, não significando assim o aporte de recursos novos para fortalecer a área.

E na análise por ação orçamentária da dotação autorizada, das dez principais ações orçamentárias destinadas ao enfrentamento da pandemia, seis estão com execução igual ou abaixo de 50%, mesmo após seis meses do Decreto de calamidade pública e da Lei 13.979/2020, que dispôs sobre as medidas de emergência em saúde pública de importância internacional decorrente da Covid-19. Nesse cenário, já ocorreram mais

---

4. Dotação cancelada é a dotação orçamentária que havia sido aprovada na Lei Orçamentária Anual (LOA) para uma ação e que foi cancelada/remanejada para outra ação via crédito adicional, seja ele suplementar, especial ou extraordinário.

de 107 mil mortes e são mais de 3,3 milhões de casos confirmados decorrentes da pandemia no país (Tabela 1).

**Tabela 1** | Dotação autorizada, paga e porcentagem da execução por ação orçamentária dos créditos extraordinários para enfrentamento da Covid-19 até o dia 31 de julho de 2020

Ação orçamentária	Autorizado	Pago	%Executado
0054 – Auxílio emergencial de proteção social a pessoas em vulnerabilidade	R\$ 254,2 bilhões	R\$ 167,6 bilhões	66%
Auxílio financeiro aos estados, DF e municípios relacionados ao programa federativo de enfrentamento ao Covid-19	R\$ 60,1 bilhões	R\$ 45,1 bilhões	75%
21C2 – Benefício emergencial de manutenção do emprego e da renda	R\$ 51,6 bilhões	R\$ 20,0 bilhões	39%
21CO – Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional	R\$ 46,7 bilhões	R\$ 23,1 bilhões	50%
0055 – Concessão de financiamento para pagamento da folha salarial	R\$ 34 bilhões	R\$ 3,9 bilhões	11%
0053 – Auxílio financeiro aos estados, DF e municípios para compensação da variação nominal negativa dos recursos repassados pelo fundo de participação	R\$ 16 bilhões	R\$ 9,8 bilhões	61%
8442 – Transferência de renda diretamente às famílias em condições de pobreza e extrema pobreza	R\$ 3 bilhões	R\$ 369,2 milhões	12%
00NY – Transferência de recursos para a conta de desenvolvimento energético	R\$ 900 milhões	R\$ 900 milhões	100%
20TP – Ativos civis da União	R\$ 320 milhões	R\$ 7,7 milhões	24%
00EE – Integralização de cotas no fundo garantidor de operações para o programa de apoio às micro e pequenas empresas (Pronampe)	R\$ 20 bilhões	R\$ 5 bilhões	25%

Fonte: IFI, Painel de créditos extraordinários (dados extraídos em 16 ago. 2020). Elaboração própria.

Dois situações chamam atenção, ainda ser 61% o valor pago dos recursos do orçamento para repasse da União aos fundos de participação de estados, municípios e distrito federal e 50% da já baixa dotação orçamentária para enfrentamento da pandemia.

Analisando com destaque a ação orçamentária de referência da saúde, 21CO, é possível observar a lentidão da resposta governamental à pandemia na liberação mensal de recursos. Apesar de o decreto de calamidade pública ter sido emitido em feve-

reio, foi somente em abril, dois meses depois, que volumes mais expressivos de recursos foram empenhados. E em maio, julho e agosto, R\$ 92 milhões, R\$ 1,9 bilhão e R\$ 18 milhões, respectivamente, foram cancelados na ação 21CO. Do total de R\$ 48 bilhões abertos de créditos extraordinários até 16 de agosto de 2020, apenas R\$ 24 bilhões (50%) foram pagos até o momento (Tabela 2).

**Tabela 2** | Dotação autorizada, paga e cancelada de recursos para a ação 21CO – Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, por mês, até o dia 16 de agosto de 2020

Mês	Créditos extraordinários	Dotação cancelada	Empenhado	Pago
Fevereiro	11.287.803,00	0,00	1.411.586,83	131.710,50
Março	5.481.795.979,00	0,00	1.473.772.020,89	1.038.278.613,16
Abril	17.847.197.150,00	0,00	7.760.298.563,97	4.753.937.548,93
Maio	16.486.437.095,00	-92.387.942,00	4.993.152.760,36	4.437.483.044,40
Junho	4.769.224.000,00	0,00	2.578.032.339,60	4.071.553.509,82
Julho	2.203.852.164,00	-1.921.613.141,99	15.762.355.422,71	7.350.839.779,42
Agosto	2.012.960.005,00	-18.000.000,00	-917.722.284,94	3.164.777.295,51
<b>Total</b>	<b>48.812.754.196,00</b>	<b>-2.032.001.083,99</b>	<b>31.651.300.409,42</b>	<b>24.817.001.501,75</b>

Fonte: SigaBrasil (dados extraídos em 16 ago. 2020). Elaboração própria.

A tabela 3 detalha a dotação orçamentária do Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações (MCTIC). A atenção dada ao MCTIC reside no fato de que a etapa de pesquisa e desenvolvimento é anterior e essencial à etapa de produção industrial, estando ambas intrinsecamente conectadas, especialmente no campo da saúde, em que ocorrem frequentes desafios e inovações. É o caso da pandemia que requer inovação, pesquisa e produção articuladas de forma rápida. Nesse caso, recursos para apoio à ampliação de testes moleculares em Bio-Manguinhos estão também contemplados na unidade orçamentária do MCTIC, ainda que com participação menos relevante do que os valores alocados no orçamento do Ministério da Saúde (MS).

Cabe destacar ainda que não houve dotação orçamentária com o marcador Covid-19 para o Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços (MDIC), que hoje se encontra dentro da superestrutura do Ministério da Economia (ME). Das três ações orçamentárias destinadas a pesquisa e desenvolvimento para o enfrentamento da Covid-19

todas estão abaixo de 50% de execução orçamentária. Destaca-se a ação referente à inovação para testes que está com empenho zerado, apesar da alta demanda por testes no país, inclusive por profissionais de saúde sintomáticos não sendo testados.

**Tabela 3** | Dotação orçamentária autorizada, empenhada e paga para o MCTIC para o enfrentamento da emergência de saúde pública com créditos extraordinários até 25 de maio de 2020

Unidade orçamentária	Ação	Plano orçamentário	Autorizado	Empenhado	Pago	
<b>Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicações</b>	21CO - Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional	Pesquisa e desenvolvimento nas áreas de biotecnologia e saúde	75.000.000	22.647.329	11.426.691	
		Ensaio clínicos de fármacos e estruturação de laboratórios de nível de biossegurança superior	45.000.000	45.000.000	45.000.000	
	20V6 - Fomento à pesquisa e desenvolvimento voltados à inovação	Covid-19		131.935	131.935	43.500
		Covid-19		100.000.000	98.028.045	63.634.290
		Desenvolvimento e escalonamento da produção em Biomanguinhos		5.500.000	0	0
<b>Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico</b>	21CO - Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional	Ampliação da capacidade de processamento de amostras na rede pública	65.200.000	32.499.990	32.499.990	
		Desenvolvimento de melhorias nos testes moleculares e de novo teste	5.800.000	5.800.000	5.800.000	
		Desenvolvimento de soluções inovadoras ou de baixo custo para kits de diagnóstico	50.000.000	0	0	
		Desenvolvimento de soluções inovadoras ou de baixo custo para respiradores mecânicos	100.000.000	3.000.000	0	
		<b>TOTAL</b>		<b>452.881.935</b>	<b>84.069.994</b>	<b>0</b>

Fonte: Câmara dos deputados (<https://www2.camara.leg.br/ig-orcamento/>). Dados extraídos em: 16 ago. 2020. Elaboração própria.

Já em uma análise detalhada para o MS, é possível identificar a lentidão na execução orçamentária de recursos federais com o enfrentamento da pandemia Covid-19, agravando os problemas estruturais de financiamento do SUS.

O valor autorizado está em apenas R\$ 40,8 bilhões, insuficiente para um país que já tem falta de leitos Covid em muitos municípios e estados. Ainda, do orçamento autorizado há seis meses apenas 66% foi empenhado pelo MS (tabela 4).

**Tabela 4** | Dotação orçamentária autorizada, empenhada e paga para o Ministério da Saúde para o enfrentamento da emergência de saúde pública

Unidade orçamentária	Ação de governo	Autorizado	Empenhado	Pago
36201 - Fundação Oswaldo Cruz	21CO - Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional	2.728.160.005	425.316.029	243.785.769
	21CO - Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional	37.753.948.096	26.151.813.262	8.994.927.921
	20TP - Ativos civis da União	320.112.746	320.112.746	17.839.644.720
36901 - Fundo Nacional de Saúde	212H - Manutenção de contratos de gestão com Organizações Sociais	20.000.000	20.000.000	0
	212B - Benefícios obrigatórios aos servidores civis, empregados, militares	18.147.908	18.147.908	223.046
		<b>40.840.368.755</b>		<b>27.078.581.456</b>

Fonte: Câmara dos Deputados (<https://www2.camara.leg.br/ig-orcamento/>). Dados extraídos em: 16 ago. 2020. Elaboração própria.

Essa lentidão na execução orçamentária também foi destacada pelo Conselho Nacional de Saúde, apenas 37% do valor autorizado para Saúde foi empenhado até 3 de junho de 2020. Destacam ainda que o MS tem cerca de R\$ 21,5 bilhões para (i) transferir para estados/DF e municípios e (ii) aplicar diretamente por meio de compras diversas para o combate à Covid-19 (FUNCIA; OCKÉ-REIS; BENEVIDES, 2020).

Quando comparados os dados dos ministérios de Ciência e Tecnologia com o de Saúde, é possível observar que não existem detalhamentos nos planos orçamentários (PO), o que dificulta conhecer, em maiores detalhes, onde de fato está sendo executado o orçamento da Saúde. Essa situação reflete necessidade de maior transparência das informações orçamentárias relativas ao MS.

Se já se formou consenso, inclusive jurídico, de que regras fiscais não impedem a expansão de gastos e de dívidas para atender a calamidade, é urgente que haja racionalidade técnica para priorizar efetiva e concretamente os gastos com combate à Covid-19 e também para proteger as finanças estaduais e municipais (PINTO; AFONSO, 2020).

Além da lentidão na execução orçamentária das transferências orçamentárias para estados, distrito federal e municípios para enfrentamento da Covid-19, a União também atrasou por quatro meses, desde o decreto de calamidade pública, a aprovação do PL 39/2020, que trata da recomposição das receitas dos entes federados diante da imensa queda de receitas.

Essa demora específica pode ter ocorrido em decorrência da dificuldade de articulação federativa no contexto político institucional da pandemia expressa em tensões na relação do governo federal com estados e municípios em relação às medidas de isolamento social, agravado pelo fato de que os instrumentos específicos de política monetária, que possibilitam a ampliação da política fiscal, são exclusivos da esfera da União.

## **2. O gasto com saúde da União nas últimas duas décadas e as regras fiscais**

Ao longo do período de 2000 a 2019, o país teve três regras distintas para o cálculo do valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos em saúde, também conhecido como piso da saúde. Até 2012, não havia vinculação de recursos para o gasto público com saúde da União. A EC29/2000 definiu vinculação de recursos para estados e municípios, mas, para o caso da União, a definição viria depois por lei complementar (GUIDOLIN, 2019, p. 23).

E foi em 2012 que a LC 141/2012 definiu o conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde (Asps) e também fixou que estados deveriam investir 12% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais para a garantia do direito à saúde; municípios deveriam investir 15%; e a União deveria aplicar o montante do ano anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB).

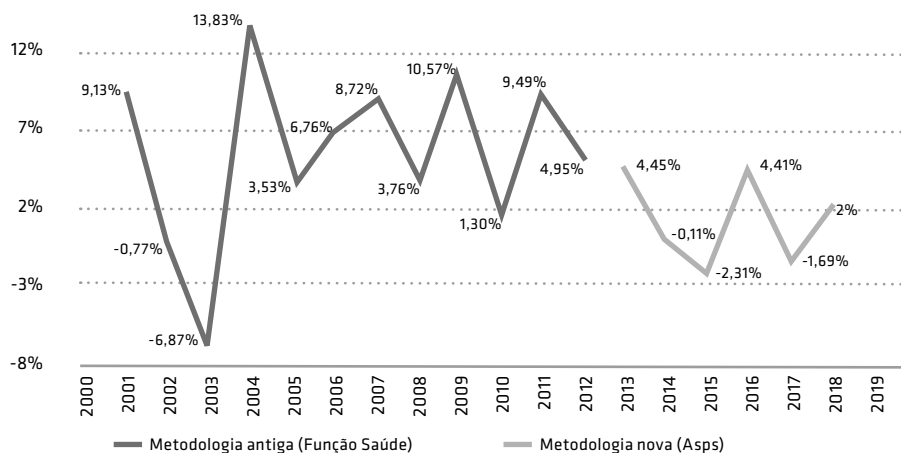
A segunda é a EC 86/2015, que determinou que a União deveria aplicar no mínimo 15% da receita corrente líquida (RCL) em saúde, porém, com um escalonamento ao longo de cinco anos, que começaria em 13,2% em 2016. Em reação ao escalonamento e ao efeito redutivo do piso em 2016, movimentos e partidos em defesa do SUS entraram com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 5.595/2016. Um ano depois, em 31 de agosto de 2017, o ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Ricardo Lewandowski, deferiu medida liminar suspendendo os efeitos de dois artigos da EC 86, que tratavam do escalonamento e da inserção dos *royalties* no cálculo do mínimo a ser aplicado em saúde (DAVID *et al.*, 2020, p. 18).



E a terceira regra é a EC 95/2016, também conhecida como Teto dos Gastos, que congelou em termos reais as despesas primárias por vinte anos, podendo ocorrer apenas alteração do índice de correção inflacionária após dez anos. Além disso, redefiniu o piso da saúde ao desvinculá-lo da RCL anual e colocar como piso a despesa gasta em 2017 reajustada pela inflação. Ou seja, o piso do gasto federal com saúde será congelado no patamar de 2017 (ROSSI; DWECK, 2016).

Como mostra o gráfico 1, entre 2000 e 2019, há uma tendência de queda no crescimento do gasto com saúde da União. Entre os fatores explicativos estão as variações de crescimento econômico e das receitas públicas, as definições de prioridade orçamentária e as decisões políticas de ajuste fiscal. Entre 2000 e 2012, o gasto público da União com saúde cresceu em média 5,4% ao ano, taxa superior ao crescimento econômico anual médio do período de 3,6%. Já nos anos de 2014 a 2019, o crescimento do gasto foi de 1% ao ano e o crescimento econômico ficou negativo em 0,4% ao ano.

**Gráfico 1 |** Variação anual dos gastos reais da União com saúde, 2000 a 2019, Brasil<sup>5</sup>



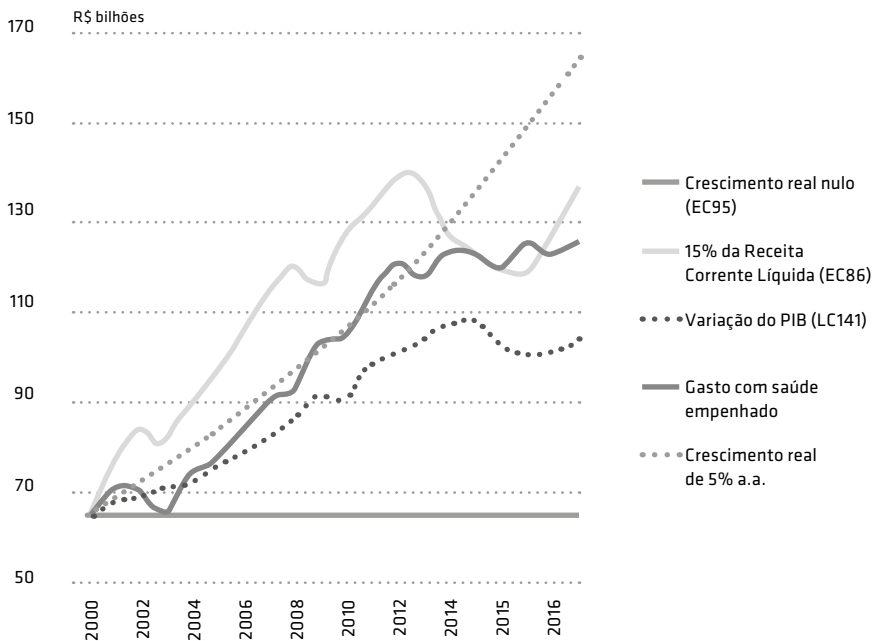
Fonte: Siop. Elaboração própria.

5. Notas metodológicas: A série histórica avalia anualmente a variação do orçamento empenhado na função saúde pela União, entre 2000 e 2012, e nas ações e serviços públicos de saúde (Asps), entre 2013 e 2019. A série começa em 2000 devido à disponibilidade de dados no Sistema de Informação do Orçamento Público (Siop). E a mudança da função 10 - saúde para o identificador de uso 6 - Asps é decorrente da Lei Complementar 141/2012, que definiu o que de fato são gastos em saúde e determinou os critérios de cálculo do piso a ser aplicado em saúde para cada ente federado.

O gráfico 2 apresenta uma simulação de como seria o piso para o gasto público com saúde no Brasil, a preços de 2019, de acordo com as diferentes regras, para os últimos vinte anos e compara com a evolução do gasto real com saúde. A primeira simulação é a de crescimento real nulo do gasto público, a exemplo da EC95; a segunda, de vinculação de 15% com a receita corrente líquida, conforme a EC86; a terceira, de vinculação com a variação do PIB, como a LC141; e, por fim, uma regra simples de crescimento real do gasto de 5% ao ano.

Essa simulação permite avaliar as vantagens e desvantagens de regras para o piso com saúde pública, o que pode ser útil para um debate necessário sobre como recolocar a saúde pública como prioridade nacional.

**Gráfico 2** | Gasto empenhado com saúde e simulação de como seria o piso para saúde com diferentes regras adotadas a partir de 2001 (valores reais, preços de 2019)\*



Fonte: Siop, Tesouro Transparente e IBGE. Elaboração própria

\* Os cálculos consideram o orçamento para a saúde do ano de 2000 a preços de 2019 e, a partir desse, um crescimento real nulo para simular uma regra similar à EC95, um crescimento conforme a variação do PIB real do ano anterior para simular uma regra similar à LC141 e um crescimento de 5% real ao ano para uma regra hipotética. A regra similar à EC86 é calculada a partir da RCL de cada ano trazida a preços de 2019, considerando o IPCA. A série de "gasto empenhado com saúde" considera a "função saúde" até 2012 e a partir de 2013, "Asps", definida a partir da LC 141/2012.

A simulação com crescimento real zero avalia o piso para saúde em 2019 a partir do valor empenhado em 2000 reajustado apenas pela inflação (índice de preços ao consumidor - IPCA). Ou seja, um congelamento real do piso no valor de R\$ 65 bi, considerados os preços de 2019. Dessa forma, se a regra de crescimento zero estivesse vigente desde 2000, o valor do piso para o financiamento da saúde em 2019 seria R\$ 59 bilhões inferior ao valor efetivamente empenhado pela União no mesmo ano, R\$ 124 bilhões. A simulação, portanto, traz mais uma evidência da inadequação da EC95 para as necessidades do financiamento da saúde no Brasil, que implica redução do gasto público *per capita* da União em contexto de envelhecimento da população, como já discutido em Vieira e Benevides (2016).

A regra da EC86, se aplicada em 2001, aumentaria imediatamente a dotação para a saúde, uma vez que o orçamento daquele ano representou em torno de 14% da RCL. Como se observa no gráfico 2, essa regra expande muito o gasto com saúde nos períodos de crescimento econômico, no entanto, as quedas são mais acentuadas nos momentos de desaceleração. Isso se deve ao fato de a elasticidade da receita em relação ao PIB ser maior do que 1. Além disso, o gasto com saúde também fica sujeito às políticas fiscais pelo lado das receitas, como ocorreu no governo Dilma, que implementou um programa de desonerações fiscais significativo nos anos de 2013 e 2014.

Uma regra que vincula a dotação à receita tem a vantagem de permitir a apropriação pelo orçamento da saúde de ganhos de arrecadação que não vêm apenas do crescimento econômico, mas também de processos de formalização que aumentam a base arrecadatória ou mesmo de processos de aumento de carga tributária. Por outro lado, essa regra confere ao orçamento da saúde um caráter extremamente pró-cíclico e, nos momentos de crise, pode reduzi-lo severamente, assim como diante de reformas tributárias que reduzam a arrecadação da União.

A vinculação à variação do PIB é pró-cíclica, assim como a vinculação à receita, no entanto, em menor grau por conta de a referência para o orçamento ser o PIB do ano anterior, e a variação do PIB ser usualmente menor do que a variação das receitas.

Já a regra que atrela o gasto com saúde ao crescimento econômico do ano anterior mostra que o orçamento ficaria abaixo do efetivamente empenhado. Em 2019, a diferença seria de R\$ 22 bilhões. De fato, essa regra não atribui a prioridade necessária para o gasto com saúde uma vez que o mantém em uma proporção fixa em relação ao PIB. Em momentos de crise, a regra é extremamente perversa, pois pode reduzir em

termos reais o montante destinado à saúde em um momento associado à maior vulnerabilidade social e demanda por saúde pública.

Por fim, a regra proposta de crescimento linear de 5% ao ano mostra um crescimento similar ao gasto efetivamente empenhado até 2012, mas aponta para como seria caso essa tendência continuasse. Em 2019, o orçamento público seria de R\$ 163 bilhões, superior em R\$ 39 bilhões ao gasto com saúde da União no mesmo ano.

Essa regra pode dar mais capacidade de planejamento para o SUS para ampliar a capacidade de prestação de serviço e sua qualidade e para investir em ciência e tecnologia. Para isso, a regra de crescimento do gasto pode perseguir metas específicas de médio e longo prazo, como atingir determinado patamar de relação gasto com saúde e PIB e de indicadores de realização de metas do direito à saúde. Além disso, a regra não é pró-cíclica e contribui para a manutenção e continuidade de melhorias na saúde pública mesmo em tempos de crise.

Evidentemente, nos momentos de crise e queda da arrecadação, o crescimento dos gastos com saúde aumentaria o déficit fiscal. Há, no entanto, elementos que justificam a manutenção do crescimento do gasto com saúde, mesmo que financiado por déficits: primeiro, a continuidade dos gastos com saúde atua como elemento anticíclico da demanda agregada, reduzindo a desaceleração econômica. Em especial, o poder de compra do SUS é uma fonte importante de encadeamentos produtivos e de geração de empregos, dada a importância do CEIS. Segundo, os momentos de crise são momentos em que os gastos com saúde devem aumentar e não diminuir. Isso porque as crises econômicas tendem a aumentar as doenças por aumento da pobreza e da violência, fatores psicológicos e redução da demanda por saúde privada, sobrecarregando o sistema público. Dessa forma, a continuidade do crescimento do gasto público nesses momentos, além de preservar direitos, pode evitar danos econômicos futuros, melhorando a qualidade de vida das pessoas e a produtividade do sistema (GUIDOLIN, 2019, p. 58).

Por fim, o contexto da pandemia ressalta a importância do gasto público com saúde e a inviabilidade de seu crescimento com a atual estrutura fiscal. A regra atual, de congelamento do piso da saúde, é perversa e incompatível com as necessidades da saúde brasileira. Mas também as regras anteriores, que vinculam o gasto ao PIB e à receita, se mostram inadequadas para a expansão do gasto com saúde em contextos de crise. Dessa forma, é necessário retomar esse debate e formular propostas. Essa nota buscou contribuir nesse sentido, ao propor uma regra de crescimento anual do gasto com saúde.

## Referências

- DAVID, G. C. *et al.* (Orgs.). *A urgência do fim da emenda constitucional 95 no enfrentamento da Covid-19 e no cenário pós-pandemia*. Documento apresentado por organizações qualificadas como *amicus curiae* à ministra Rosa Weber e aos demais ministros do STF. São Paulo: Coalizão Direitos Valem Mais, 2020. Disponível em: [http://direitosvalemmais.org.br/wpcontent/uploads/2020/05/DOCUMENTO\\_STF\\_Maio\\_2020.pdf](http://direitosvalemmais.org.br/wpcontent/uploads/2020/05/DOCUMENTO_STF_Maio_2020.pdf). Acesso em: 9 nov. 2020.
- FUNCIA, F.; OCKE-REIS, C.; BENEVIDES, R. *Boletim Cofin 2020/06/03/1-2AeB-3-4AaD* (dados até 02/06). Comissão de Orçamento e Financiamento / Conselho Nacional de Saúde. Brasília: CNS, 2020. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim\\_2020\\_0603\\_T1\\_2Ae2B\\_3\\_4\\_ate\\_02\\_RB-FF-CO\\_final-REV.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0603_T1_2Ae2B_3_4_ate_02_RB-FF-CO_final-REV.pdf). Acesso em: 9 nov. 2020.
- GUIDOLIN, A. P. *Crise, austeridade e o financiamento da saúde no Brasil*. (Monografia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2019. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=001127156&opt=1>. Acesso em: 9 nov. 2020.
- PINTO, E. G.; AFONSO, J. R. A velha falta de prioridade e uma nova tragédia anunciada. *Poder 360*, Brasília, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/opiniao/coronavirus/a-velha-falta-de-prioridade-e-uma-nova-tragedia-anunciada-por-jose-roberto-afonso-e-elida-pinto/>. Acesso em: 9 nov. 2020.
- ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e na educação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, e00194316, 2016.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. *Nota técnica*, Ipea, Brasília, n. 28, set. 2016. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&id=28589](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589). Acesso em: 9 nov. 2020.

