

**Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS)
no contexto nacional e global de transformações sociais,
econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0**

**FINANÇAS PÚBLICAS PARA O DESENVOLVIMENTO
PRODUTIVO: DESAFIOS ESTRUTURANTES PARA O CEIS
NO BRASIL**

EQUIPE DE PESQUISA

Esther Dweck

Bruno Moretti

Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo

Lenir Santos

**Centro de Estudos Estratégicos da
Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho**

Coordenador do CEE

Carlos Augusto Grabois Gadelha

Projeto Integrado CEE

Complexo Econômico-Industrial da Saúde e
Prospecção em CT&IS

Subprojeto

Desafios do SUS no contexto nacional e global de
transformações sociais, econômicas e
tecnológicas – Projeto CEIS 4.0

Coordenador Geral

Carlos Augusto Grabois Gadelha

Coordenadores Adjuntos

José Cassiolato
Denis Gimenez

Equipe Executiva

Marco Aurélio Nascimento
Karla Bernardo Mattoso Montenegro
Felipe Kamia
Gabriela Maretto
Juliana Moreira
Leandro Safatle

Colaboradores

Anna Durão (Divulgação e Comunicação),
Bernardo Cesário Bahia (Pesquisa), Glaucy Silva
(Gestão Administrativa), Elisabeth Lisovsky
(Revisão Português) e Nilmon Filho (Projeto Gráfico)

Relatório de pesquisa – CEIS 4.0

***Finanças públicas para o desenvolvimento
produtivo: desafios estruturantes para o CEIS
no Brasil***

Pesquisadores

Esther Dweck
Bruno Moretti
Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo
Lenir Santos

Citar como:

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M.F.G.C. de.; SANTOS, L. Finanças Públicas para o desenvolvimento produtivo: desafios estruturantes para o CEIS no Brasil. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). Projeto Desafios para o Sis-tema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas (CEIS 4.0). Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: CEE/Fiocruz (no prelo).

Todos os direitos reservados ao Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE). Reprodução autorizada desde que citada a fonte.

Esta obra foi elaborada no âmbito do projeto “Desafios do SUS no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas – CEIS 4.0”. As opiniões expressas refletem a visão dos autores, não representando a visão institucional sobre o tema.

Sumário

Introdução.....	4
1 - Equilíbrio federativo na oferta de serviços e acesso à rede de saúde pública como objetivo da atuação do estado	5
1.1 O papel das regras fiscais.....	11
1.2 Os mecanismos de repasse da união no equilíbrio federativo.....	16
1.3 Avaliação da coordenação cooperativa e a organização regionalizada no SUS.....	20
1.4 Propostas para induzir a articulação cooperativa dos federalismos fiscal e sanitário	24
2 - Rateio federativo dos recursos da união para os estados e municípios à luz da lei complementar nº 141. Critérios e metodologia de cálculo.....	26
2.1 - O rateio de recursos federais para os entes federativos: da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 à Lei Complementar nº 141/2012.....	28
2.2 - As formas atuais de rateio dos recursos da União para estados e municípios.....	32
2.2.1 - Metodologia de cálculo pela tabela de procedimento	34
2.2.2. Os critérios de rateio federativo para a atenção primária da saúde	35
2.2.3 Políticas e programas federais: adesão e incentivos	37
2.3. Uma análise dos critérios de rateio da Lei Complementar nº 141/2012.....	39
2.4. - Diretrizes gerais para a construção de uma proposta de metodologia de rateio dos recursos do SUS, de acordo com a Lei Complementar nº 141, de 2012.....	42
2.4.1 – Reflexões sobre uma proposta.....	43
2.5. A importância da fixação de políticas e programas pelo MS	47
2.5.1 O contrato organizativo de ação pública da saúde como forma de estabelecer as responsabilidades sanitárias federativas na aplicação dos recursos na região de saúde	48
2.6 Resumo das Propostas	49
Referências Bibliográficas	54
PARTE 2 – Síntese da Fase 1	58
A matriz de identificação dos problemas e propostas preliminares para debate	59
PARTE 3 – Síntese da Fase 2 e 3	67
Resumo das Propostas.....	68
Detalhamento das Propostas.....	71
PARTE 4 – Bibliografia	81
Referências Bibliográficas.....	82

Finanças Públicas para o desenvolvimento produtivo: desafios estruturantes para o CEIS no Brasil

Esther Dweck, Bruno Moretti, Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo, Lenir Santos

Introdução

Os desequilíbrios no financiamento do SUS se acentuam quando a questão é observada do ponto de vista federativo. A União dispõe de capacidades fiscais superiores às dos estados e municípios, já que é emissora de moeda e liquida a maior parte de sua dívida em sua moeda. Todavia, em 2019, a União respondeu apenas por 42% dos gastos públicos de saúde, enquanto os demais entes federativos eram responsáveis por 58%. Em 2000, os gastos federais correspondiam a 60% das despesas públicas de saúde.

O desequilíbrio federativo se soma à baixa participação do gasto público na despesa total de saúde, implicando um sistema de saúde segmentado, com iniquidades regionais na capacidade instalada e garantia na oferta de serviços.

O maior equilíbrio territorial no âmbito do SUS depende da não depende apenas de novo arranjo de financiamento, mas também de instrumentos que induzam a governança regionalizada e a oferta de serviços integrados por meio do fortalecimento das redes de atenção.

A mudança das regras de financiamento do SUS precisa mirar a redução das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde, que, por seu turno, deve ser utilizada como ferramenta para o fortalecimento do tecido produtivo nas diversas regiões. Desta maneira, seria possível articular aumento dos gastos públicos de saúde, garantia de direitos, estruturação do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) e redução de desigualdades regionais.

Nesse sentido, a presente Nota Técnica tem como pressuposto as propostas apresentadas em relação a) a adoção de um padrão fiscal mais flexível, viabilizando gastos com fortes efeitos multiplicadores e sociais para que a política fiscal opere como mecanismo de estabilização econômica e indução de mudanças estruturais; e b) a definição de uma regra de piso federal para ações e serviços públicos de saúde, de modo que o orçamento do setor fique menos exposto ao ciclo econômico e possa crescer em termos reais per capita para fazer frente às pressões sobre o SUS, especialmente canalizando recursos para o fomento ao CEIS (Dweck, Moretti e Melo, 2021; Dweck, Moretti e Melo, 2022). E tem como objetivo discutir e apresentar considerações e elementos relativos à questão de novas regras de repasse financeiro para entes federativos, a partir dos recursos adicionais trazidos pelo Novo Piso da Saúde no âmbito federativo, de forma a estimular uma articulação cooperativa dos federalismos fiscal e sanitário.

Desse modo, no item 1, discute-se o equilíbrio federativo na oferta de serviços e acesso à rede de saúde pública como objetivo de atuação do Estado; o papel das regras fiscais; os mecanismos de repasse da união no equilíbrio federativo; uma avaliação da coordenação cooperativa e organização regionalizada no SUS; mecanismos e instrumentos para promoção do equilíbrio federativo no âmbito da saúde; e, por fim, apresenta-se propostas para induzir a articulação cooperativa do ponto de vista fiscal e sanitário.

O item 2, apresenta a forma do rateio de recursos federais para os entes federativos, destacando os critérios estabelecidos nas Leis infraconstitucionais da saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 9.142/90) até a Lei Complementar nº 141/2012; a descrição de como é realizada as transferências dos recursos da União para estados e municípios; a forma e o conteúdo dos critérios de rateio estabelecidos pela Lei Complementar nº 141/2012; algumas diretrizes gerais para a elaboração de metodologia de cálculo para o rateio dos recursos do SUS, em consonância aos critérios definidos pela Lei Complementar nº 141/2012, com uma proposta para ser discutida no âmbito do SUS; a importância da definição de políticas e programas pelo Ministério da Saúde no SUS, com destaque para o papel do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) na fixação de responsabilidades de saúde entre os entes federativos na execução de suas políticas; e por fim, apresenta-se os principais pontos e propostas discutidos.

1 - Equilíbrio federativo na oferta de serviços e acesso à rede de saúde pública como objetivo da atuação do estado

A Constituição Federal, Constituição Cidadã, é um marco fundamental para a organização modelo de Estado de bem-estar social no Brasil, com a determinação de que a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, passassem a ser direitos fundamentais dos cidadãos. A Constituição também definiu que, sempre que possível, os impostos seriam graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte (Fagnani, 2005). Entretanto, nesse mesmo texto, foram definidos regramentos importantes sobre a condução da capacidade de financiamento do Estado, não apenas por meio de impostos e contribuições, mas também por endividamento público. Desde o início da organização do Estado de bem-estar no Brasil, muitas foram as contradições políticas e econômicas em torno da revisão dos direitos sociais. Assim, desde a promulgação da Constituição Federal, a implantação dos direitos sociais conviveu com a construção de um arcabouço fiscal definido a partir de determinações teóricas baseadas na visão de regras fiscais rígidas e com baixa discricionariedade, típicas do período histórico descrito acima, das décadas de 1980/1990.

Duas regras vigentes até hoje foram aprovadas no texto constitucional original: a chamada “Regra de Ouro”, que define que o Estado só pode emitir dívida até o limite das despesas de capital; e, como ponto final do processo de separação entre Tesouro Nacional e Banco Central – autoridades fiscal e monetária, respectivamente –, houve a proibição da aquisição direta de títulos emitidos pelo Tesouro pelo Banco Central. A primeira regra, muitas vezes associada a uma interpretação parcial das ideias de John M. Keynes, da separação entre orçamento corrente e de capital, tem como premissa que só o orçamento de capital poderia ser deficitário. Já a segunda decorre de uma tentativa de limitar a atuação do Estado dificultando o chamado financiamento monetário.

Ao longo da segunda metade da década de 1990, após a estabilização monetária do Plano Real, inicia-se uma nova onda de mudanças no arcabouço institucional das finanças públicas brasileiras. O processo de renegociação das dívidas dos Estados e Municípios, culmina com a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF ou Lcp 101/2000), que consolida uma mudança no pacto federativo brasileiro, com enxugamento e redução da capacidade de atuação do Estado, principalmente no âmbito dos Estados e Municípios, e a postergação de acesso a direitos constitucionais pela não regulamentação de diversos elementos incluídos na Constituição (Dweck, Rossi, 2018; Lopreato, 2002 e 2013). Conforme discutem Barcelos e Calmon (2014), a LRF foi elaborada em simultâneo à reforma administrativa do governo FHC e tinha como um dos objetivos centrais o foco no ajuste fiscal estrutural. Houve uma clara reorientação para o “equilíbrio fiscal” baseado em instrumentos legais, como regras rígidas de despesa com pessoal, limite de endividamento, metas de resultados fiscais e privatização de instituições de fomento, como bancos públicos estaduais. O cumprimento dessas regras passou a ser garantido com a imposição de severos mecanismos de punições e sanções frente aos descumprimentos, principalmente nos âmbitos estadual e municipal, redefinindo o federalismo fiscal brasileiro.

Com a crise financeira de 2008/2009, alguns questionamentos sobre a condução da política fiscal geraram certa fissura no consenso macroeconômico mundial anterior. Conforme ressaltado por Krugman (2018), apesar da crise de 2008/2009 não ter levado a uma forte mudança de paradigma, como a crise de 1929 e a estagflação dos anos 1970, houve um forte embate no âmbito da política fiscal, em especial, com o questionamento ao papel meramente coadjuvante que esta tinha assumido desde a década de 1990. A função estabilizadora da política fiscal, que tinha sido abandonada em favor de uma visão estrita de sustentabilidade da dívida, voltou a ser evocada por diversos economistas.¹ De outro lado, havia aqueles que

¹ Ver por exemplo a literatura sobre multiplicadores fiscais como Auerbach e Gorodnichenko (2012), Blanchard e Leigh (2013) e de efeitos permanentes de expansões fiscais, como em Girardi, Meloni e Stirati (2018)

propunham que ajustes fiscais seriam expansionistas.² A vitória inicial do segundo grupo levou a uma forte reversão das políticas de estímulo fiscal adotadas durante a fase aguda da crise financeira e, já em 2010, diversos países desenvolvidos passaram a adotar medidas de forte contração fiscal. Desde então, o debate entre as duas visões se acirrou, com diversos estudos empíricos³ relacionando as medidas de contração fiscal adotadas associando à lenta recuperação econômica mundial, ao aumento da desigualdade e à piora dos indicadores fiscais. Após a crise de 2008, houve mudanças nas regras fiscais adotadas por diversos países em direção à maior flexibilidade e maior discricionariedade, principalmente em momentos de contração econômica.

No Brasil, na contramão do que ocorria no resto do mundo, principalmente nos países desenvolvidos, em 2016, foi aprovada uma nova regra fiscal, ainda mais rígida do que as anteriores. Como apontado por Dweck (2020), a LRF, mesmo com sua regra pró-cíclica de resultado primário, jamais determinou o tamanho do Estado Brasileiro. Portanto, mesmo com a sua aprovação foi possível regulamentar importantes direitos sociais trazidos pela Constituição. Do ponto de vista macroeconômico, o que a LRF impunha era uma regra de “orçamento equilibrado”, compatível com o Teorema de Haavelmo.⁴ No entanto, ao final de 2016, foi promulgada a emenda constitucional (EC) do “teto de gastos”, EC 95/2016, que impõe a redução gradativa da atuação do Estado.⁵ Ao limitar a correção das despesas primárias federais à inflação passada, a capacidade de atuação do Estado não irá acompanhar a evolução da atividade econômica nem o crescimento populacional. Além disso, essa regra, ao contrário das duas outras principais – Regra de Ouro e LRF –, trazia poucas cláusulas de escape, para situações muito atípicas,⁶ como por exemplo, relacionadas à edição de créditos extraordinários.

A EC 95/2016 foi aprovada no Brasil em meio a uma forte crise econômica e à obtenção de resultados fiscais negativos com déficits primários crescentes e ampliação dos indicadores de endividamento público (dívida sobre PIB) que fortaleciam o discurso de descontrole fiscal. A metáfora com orçamento doméstico – “não se pode gastar mais do que se arrecada” – foi muito fortalecida e ouvia-se recorrentemente que o País “estava quebrado” e que era preciso reduzir ou reverter diversas políticas sociais.

² Para uma releitura mais recente ver os trabalhos recentes dos autores da teoria da Austeridade Expansionista, como Alesina et al. (2017) e Alesina, Favero e Giavazzi (2018)

³ Fair, R. C. (2018), Kose et al. (2013), DeLong et al. (2012); Fatás e Summers (2016); Lopes e Amaral (2017) Bastagli et al. (2012); Ostry et al. (2014)

⁴ Multiplicador do Orçamento Equilibrado.

⁵ Rossi e Dweck (2016), Rossi, Dweck e Oliveira (2018), e outras referências.

⁶ As despesas executadas por meio de crédito extraordinário não estão sujeitas ao limite imposto pelo teto de gastos. No entanto, pela Constituição, os créditos extraordinários só são admitidos para atender a despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública.

De forma a permitir a contração de gastos no âmbito federal, mesmo em áreas protegidas constitucionalmente, como saúde e educação, a EC 95/2016 alterou também, durante o período de sua vigência (20 anos), as obrigações mínimas federais para essas áreas. Desde 2018, o piso federal deixou de estar vinculado diretamente à arrecadação ou a variação nominal do PIB (regra vigente para saúde até 2015) e passou a ser corrigido apenas pela inflação anterior. Com essa mudança, a realidade de subfinanciamento da saúde converteu-se em desfinanciamento nos anos de 2018, 2019 e 2020 (Moretti et al., 2020).

A superposição das regras fiscais brasileiras define artificialmente um limite à capacidade de atuação do Estado. Conforme reforçaram Palludeto e Deos (2020), o limite à atuação do Estado, por meio do orçamento público, em um País que emite sua própria moeda e cuja dívida é majoritariamente denominada em moeda local, como o Brasil, não é dado pela capacidade de arrecadação do Estado, mas pela existência de recursos produtivos ociosos e pela própria capacidade do Estado de mobilizar e dinamizar a oferta de tais recursos e coordenar ações.

Os autores resgatam argumentos muito utilizados pela Teoria Monetária Moderna baseado nas discussões do período pós-Segunda Guerra Mundial, quando a principal preocupação econômica era como gerar empregos em direção ao que se tornou o grande objetivo à época: garantir o pleno emprego. A década de 1940 foi marcada pelo quase consenso na visão de que a política fiscal deveria ser voltada à garantia da estabilidade econômica de forma a evitar fortes flutuações cíclicas. Portanto, tal política não deveria ser pautada por regras voltadas exclusivamente à obtenção de determinados indicadores fiscais arbitrários e sim a resultados de geração de emprego, utilização da capacidade produtiva e crescimento econômico.

Em paralelo à determinação de regras fiscais, no Brasil, a partir da década de 1980 houve transformações relevantes nos planos político, econômico e social. Politicamente, foi o período da redemocratização, com impactos sobre a capacidade da sociedade civil demandar políticas públicas do Estado. Em relação à economia, o período é caracterizado pelo esgotamento do modelo de desenvolvimento que vigorou desde 1930 e pelas restrições externas crescentes a partir da crise da dívida de 1980. O Brasil passou a conviver com a baixa atividade econômica, hiperinflação e o aumento do endividamento.

Mesmo nesse contexto econômico adverso, a Constituição de 1988 trouxe uma inflexão na política social brasileira. Há uma redução de sua dimensão corporativa (nos termos do modelo bismarkiano) e a introdução de elementos universalistas e de proteção social independentemente de contribuição prévia. Especialmente, a seguridade social passa a ser organizada pelas áreas de previdência social, assistência social e saúde. A previdência incorpora trabalhadores rurais e a assistência social é voltada a quem dela necessitar, tendo entre seus objetivos a garantia de um salário mínimo de benefício mensal às pessoas com

deficiência e idosos em situação de extrema pobreza. O Sistema Único de Saúde foi concebido como direito universal e dever do Estado, ainda que tal definição não tenha sido acompanhada de fontes de financiamento estáveis para a saúde⁷.

A Constituição também procurou assegurar fontes estáveis de recursos para as políticas sociais, em especial para a educação, receita líquida de impostos, e para a seguridade social, composta pela saúde, previdência e assistência social, as contribuições sociais, além de impostos. Essas medidas visavam reverter o “histórico do País em dar-lhes um tratamento secundário e do capital e das classes mais ricas de se apoderarem de maiores fatias do orçamento” (De Oliveira, 2018, p. 169). Desde o início houve forte contestação dessas vinculações, com as famosas afirmações de que “a Constituição não caberia no orçamento”. Em pouco tempo, essas vinculações começaram a ser questionadas e desmontadas.

A implementação do novo modelo de políticas sociais esbarrou nas diretrizes de política econômica do governo Collor, contrárias à ampliação da proteção social. Tal ofensiva se deu, por exemplo, sob a forma de tentativa de desvinculação dos benefícios previdenciários em relação ao salário mínimo. No período posterior, com o impeachment de Collor, iniciou-se a implementação propriamente dita das previsões constitucionais relativas às políticas sociais (Castro, Cardoso Jr., 2005, p. 267).

Por outro lado, a década de 1990 marca a adesão do governo federal à agenda econômica neoliberal, crítica das vinculações de receitas a gastos sociais, em busca de maior flexibilidade orçamentária com vistas a promover o “equilíbrio fiscal”, conforme expresso já na aprovação do Fundo Social de Emergência (primeiro experimento constitucional de desvinculação de recursos, em 1994)⁸. No ano de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional n. 27, que criou a Desvinculação de Receitas da União (DRU), de modo *provisório* que já dura mais de 25 anos, em substituição ao Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), tornando a estratégia de desvinculação permanente e estendendo o prazo de desvinculação de 20% das receitas da União até 8 de setembro de 2016, quando foi promulgada a EC 93/2016, que elevou a desvinculação para 30% das receitas obtidas com taxas, contribuições sociais e intervenção sobre o domínio econômico (CIDE) até 2023. Não é o caso de detalhar todos os desdobramentos da questão, mas, a agenda social trazida pela Constituição foi implementada em uma conjuntura que os objetivos macroeconômicos criavam restrições às políticas sociais, especialmente as decorrentes da baixa atividade econômica e das políticas fiscais restritivas.

⁷ Importante ressaltar que o ADCT em seu artigo 55, concebeu uma matriz para garantir recursos suficientes para a saúde, ao determinar que até o advento da LDO, 30% do orçamento da seguridade social deveria destinar-se ao financiamento da saúde, o que acabou por não ser cumprido.

⁸ Proposto inicialmente por medida provisória quando somente emenda constitucional poderia desvincular recursos.

De todo modo, tais contradições e a implementação incompleta das determinações constitucionais acerca do sistema de proteção social não impediram avanços em termos de ampliação das despesas sociais e de vinculações de recursos em áreas como educação e saúde. Por exemplo, os benefícios previdenciários passaram de 3,3% do PIB, em 1986, para 8,1% do PIB, em 2016 (Pires, Borges, 2019), registrando-se aumento de cobertura e dos valores médios dos benefícios.

Kerstenetzky (2012, p. 214) mostra que, entre 1988 e 2009, quatro fatores interagiram para explicar subperíodos de contração/expansão do gasto social: a) determinações da Constituição de 1988; b) ajuste fiscal; c) crescimento econômico; e d) as estratégias para lidar com as restrições, especialmente a atividade legislativa.

O SUS reflete bem esta trajetória marcada por avanços e obstáculos. O ano de 1993 é crítico em relação ao seu financiamento, tendo em vista que recursos previdenciários, oriundos das contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salários, deixaram de ser repassados à saúde, razão pela qual o Ministério da Saúde teve que recorrer a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador. Também não se cumpriu a previsão constitucional de um percentual mínimo de recursos da seguridade social aplicado em saúde. A questão da vinculação de recursos ao SUS só foi aprovada com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, pela qual estados e municípios passaram a aplicar valores mínimos indexados à receita, enquanto, para a União, estabeleceu-se como piso o valor empenhado no exercício anterior, mais a variação nominal do PIB.

O resultado de tal regra (EC 29/2000) foi o crescimento do gasto de estados e municípios como proporção do PIB, sendo que a União, sob o critério referido, manteve o gasto estável em torno de 1,6% do PIB (embora com crescimento real das despesas). Na prática, ampliou-se substantivamente a participação dos entes subnacionais no gasto público de saúde, reduzindo-se em consequência a parcela da União, ainda que ela detenha maior capacidade de financiar gastos públicos. O crescimento das despesas no período viabilizou a expansão da cobertura das ações de saúde.

Por outro lado, os desequilíbrios federativos ajudam a explicar a razão pela qual o Brasil ainda apresenta gasto público de saúde baixo na comparação internacional, sobretudo em relação a sistemas universais, o que se agravou com o congelamento do piso de aplicação pela EC 95.

Há, portanto, um paradoxo nas regras fiscais brasileiras: de um lado, desde 2000, com a EC 29, a regra de aplicação mínima em saúde implica a necessidade de os entes subnacionais ampliarem seus gastos no setor. De outro, as regras fiscais são fortemente pró-cíclicas, exigindo cortes em momentos de baixa no ciclo econômico. A situação se agrava diante da ausência de regras que impliquem aumento do gasto da União compatível com um sistema universal de saúde, o que se agravou com a EC 95.

É nesse contexto do arcabouço institucional fiscal brasileiro, marcado por regras fiscais rígidas e sobrepostas e por um federalismo fiscal que impõe limitações à ação dos entes subnacionais, que se insere uma das vulnerabilidades da conquista do SUS e do Orçamento da Seguridade Social (OSS): o financiamento. Desde sua origem as indefinições sobre o critério de partilha dos recursos do OSS para cada uma das áreas da seguridade social, a indefinição dos montantes e fluxos de receitas e dos critérios e fluxos de repasse aos estados e municípios geraram problemas importantes para a implementação do projeto de universalização que fora aprovado (Dain, 2001 e 2007; Mendes, Marques, 2009; Piola et al., 2013).

Os problemas de financiamento, derivados das regras fiscais, se agravaram diante da aprovação de emendas parlamentares impositivas individuais, desde 2014 (primeiro na lei de diretrizes orçamentárias, depois por meio de Emenda Constitucional nº 86). Metade do valor das emendas é aplicada em saúde, mas não em acréscimo ao orçamento do setor, de modo que o parlamento consome parcela dos recursos da saúde por meio de emendas, reduzindo ainda mais o espaço para programar os recursos alocados conforme as necessidades de saúde e as instâncias de pactuação do SUS (como a Comissão Intergestores Tripartite). Em 2019, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 100, que tornou obrigatórias as emendas impositivas de bancada. Não há valores mínimos a alocar em saúde, mas as emendas de bancada destinadas ao setor são contabilizadas no mínimo obrigatório. Para se ter uma dimensão da questão, no projeto de lei orçamentária de 2021, os recursos de saúde estão no piso congelado da EC 95 (R\$ 123,8 bilhões), sendo que R\$ 7,3 bilhões estão vinculados a emendas impositivas.

Como vimos, o SUS jamais contou com uma base estável de financiamento. A previsão constitucional de um sistema público de saúde universal, integral e descentralizado rompeu com o modelo anterior, que excluía parcela significativa da população não pertencente ao mercado de trabalho formal (Barros, Piola, 2016). No entanto, apesar dos incontestáveis resultados do sistema público de saúde, expressos em indicadores como a redução da mortalidade infantil, as bases e diretrizes constitucionais do SUS não encontraram correspondência em um arranjo de financiamento adequado.

1.1 O papel das regras fiscais

As regras fiscais podem ser definidas no arcabouço convencional como restrições duradouras à política fiscal que têm como objetivo proporcionar um compromisso confiável com a disciplina fiscal (SCHAECHTER et. al., 2012). Em geral, as regras estabelecem limites numéricos a um agregado orçamentário, como o nível da dívida pública, do déficit ou do crescimento dos gastos públicos. Por outro lado, o debate vem evoluindo, sobretudo diante

da crise financeira global de 2008 e da pandemia de Covid-19, para a postulação de regras flexíveis, em função das quais a política fiscal pode operar com vistas a apoiar a estabilização das economias, sem perder de vista objetivos fiscais de médio prazo.

O foco da análise é a relação das regras fiscais com a questão do federalismo, em particular, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A rigidez fiscal brasileira cria impasses substantivos ao federalismo sanitário, subtraindo capacidade do Estado em promover o equilíbrio federativo na oferta de serviços públicos de saúde.

Primeiro, convém lembrar que, conforme dados do Siop e do Siops, a participação da União no gasto público de saúde caiu de 58% em 2000 para 42% em 2019. Ou seja, estados e, especialmente, municípios passaram a responder pela maior parcela dos gastos públicos de saúde, o que já sinaliza a incompatibilidade do modelo do arcabouço fiscal com a sustentabilidade do SUS.

Afinal, a União, como ente monetariamente soberano, é capaz de realizar gastos independente da arrecadação de tributos. Os saques da Conta Única equivalem a uma redução do passivo do Banco Central, compensado pelo aumento da base monetária, à medida que os valores são creditados na conta de reservas dos bancos junto ao Banco Central. Em outros termos, o ente monetariamente soberano, sem entrar em detalhes sobre os diversos arranjos institucionais na relação entre Tesouro e Banco Central, gasta creditando as contas de reservas bancárias. A injeção de liquidez que acompanha o aumento do gasto amplia a renda do setor privado e se converte em títulos ou base monetária, de acordo com as escolhas de portfólio dos agentes.

Para os nossos propósitos, importa salientar que o governo federal dispõe de capacidades fiscais muito superiores às dos demais entes federativos que são dependentes de arrecadação tributária para realizar gastos. Portanto, a sustentabilidade do SUS, levando em conta o papel de estados e municípios na prestação dos serviços de saúde, requer um maior equilíbrio no financiamento do sistema, invertendo a tendência de redução da participação da União nos gastos públicos do setor, considerando sua maior capacidade financeira, relacionada ao poder de emissão da moeda estatal e, portanto, de realizar gastos sem cobertura de tributos.

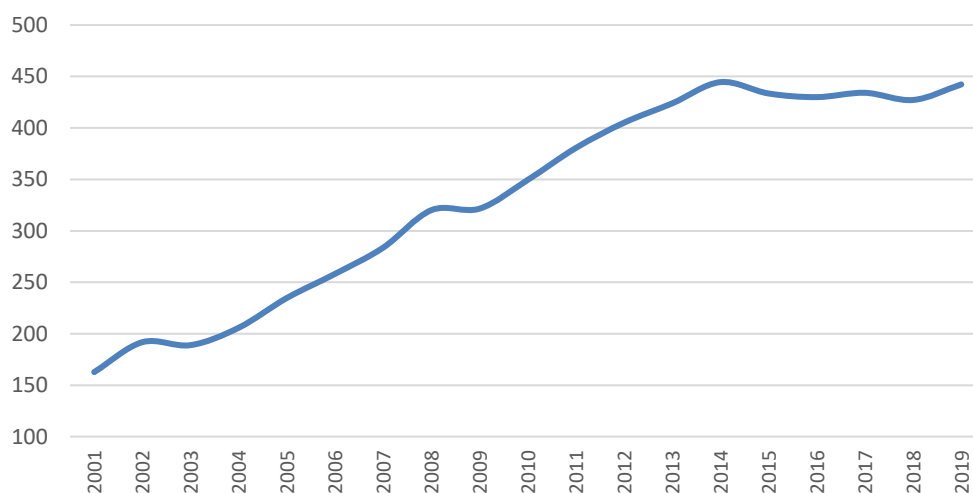
Para tanto, é fundamental alterar a regra de mínimo obrigatório federal da saúde, que estabeleceu, nos termos da EC 95/2016, um piso para o setor declinante como proporção da Receita Corrente Líquida. Sob o ângulo federativo, o mais relevante é **canalizar o gasto adicional com a mudança da regra de piso para a promoção do equilíbrio federativo e a criação de condições para equalização do acesso a serviços no âmbito de redes regionais de saúde**⁹.

⁹E que será visto no item 2, mais adiante

Outro tópico de discussão são as regras fiscais aplicáveis ao gasto de saúde dos Estados e Municípios. Atualmente, Estados e Municípios, respectivamente, são obrigados a aplicar 12% e 15% de suas receitas de impostos em ações e serviços públicos de saúde. Conforme demonstrado em Dweck, Moretti e Melo (2020)¹⁰, o principal problema da regra é seu caráter pró-cíclico, de modo que o período 2004-2013 foi marcado pelo crescimento real das despesas de saúde de estados e municípios, o contrário ocorrendo entre 2014 e 2016, período em que a retração do PIB impactou as receitas e os gastos de saúde.

O Gráfico 1 mostra como o gasto per capita de saúde se reduz no período de crise.

Gráfico 1 – Evolução do gasto per capita de saúde dos municípios (a preços de 2019)



Elaboração própria. Fonte: Siops e IBGE (IPCA médio).

Com a desaceleração da atividade econômica, a regra de piso pró-cíclica tende a levar a uma redução real das despesas de saúde. O que se daria num momento em que os gastos do SUS deveriam ser elevados, seja em função da maior demanda pelos serviços públicos, seja pelo fato de que a saúde pode ser um instrumento para a saída da crise, considerando que o setor representa diretamente 9% do PIB brasileiro.

Salienta-se, desta forma, a articulação entre as dimensões social e econômica presente na política de saúde, justificando-se uma alteração do regramento fiscal que preside o setor, buscando, do ponto de vista do equilíbrio federativo no âmbito do SUS, dois objetivos:

a) um piso de aplicação federal capaz de reverter a tendência de redução da participação relativa da União nos gastos públicos de saúde e canalizar recursos para induzir maior equilíbrio federativo na oferta e no acesso à rede de serviços. Para tanto, será necessário retomar o debate dos critérios de rateio da Lei Complementar nº 141/2012,

¹⁰ Refere-se ao relatório Final do Tema 3 da Fase 1 da Pesquisa (Produto 5), 2020.

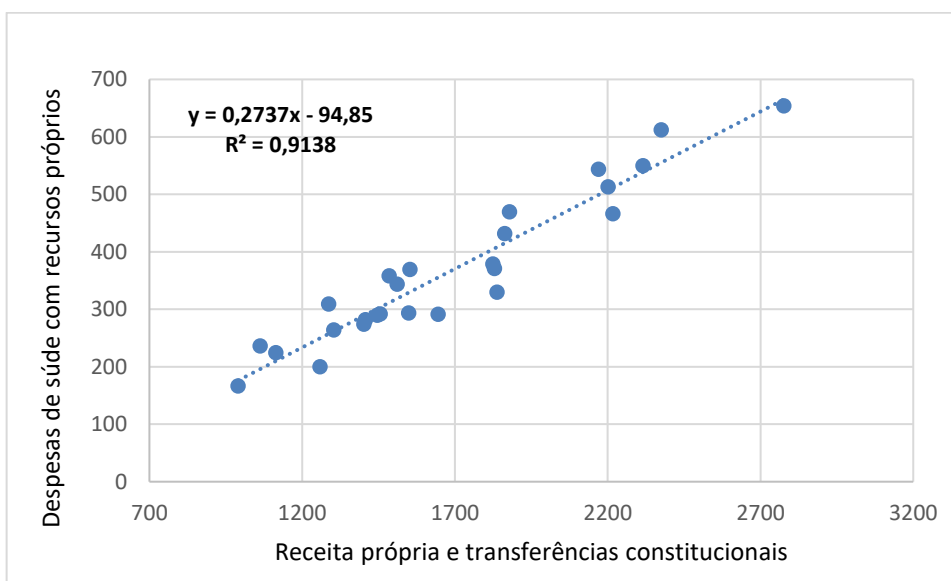
sobretudo para dispor sobre mecanismos de repasse orientados tanto pela manutenção da capacidade instalada da rede como pela cobertura de vazios assistenciais, conforme será visto no item 2 mais adiante;

b) redução da pró-ciclicidade dos gastos de saúde dos demais entes federativos, o que pode ser obtido, em especial, pela previsão legal de que a União deverá amortecer o impacto do ciclo econômico sobre os valores aplicados por estados e municípios. Desta forma, haveria maior sustentabilidade no arranjo de financiamento do SUS, levando em conta o papel do ente monetariamente soberano em absorver o impacto de crises sobre o gasto público, buscando maior estabilidade. Assim, não apenas os gastos de saúde não se reduziriam diante de uma crise, como o arcabouço fiscal funcionaria como uma espécie de estabilizador automático, canalizando recursos para o complexo econômico e industrial de saúde, o que contribuiria com a recuperação da atividade econômica e com mudanças estruturais na base produtiva e tecnológica do setor.

A título de exemplo, o Gráfico 2 mostra que existe elevada correlação, em termos per capita, entre despesas de saúde dos municípios com recursos próprios e receitas próprias e transferências constitucionais. Quase 95% da variabilidade da despesa própria per capita em saúde são explicados pela receita própria e transferências constitucionais per capita.

Considerando o intervalo de confiança de 95%, a cada R\$ 1,00 adicional de receita própria/transferências constitucionais, as despesas de saúde dos municípios com recursos próprios, em média, crescem R\$ 0,27.

Gráfico 2 - Despesas com saúde versus receitas próprias e transferências constitucionais – média municipal por estado em 2019 (R\$/habitante)



Fonte: Siops e IBGE. Elaboração própria.

Ademais, é evidente a disparidade em termos de receita per capita entre municípios, considerando a média dos estados, apontando-se para desigualdades na capacidade de realizar despesas de saúde.

A tabela 1 mostra a disparidade entre municípios, por meio dos dados médios de despesa e receita por estado. A mediana da despesa de saúde com recursos próprios é R\$ 337, sendo São Paulo o ponto de máximo (R\$ 654) e Amapá o ponto de mínimo (R\$ 166). Vale perceber que todas as observações em que a despesa está abaixo da mediana são relativas a estados das regiões Norte e Nordeste.

A mediana da receita per capita (recursos próprios e transferências constitucionais) é R\$ 1.551, com São Paulo sendo o ponto de máximo (R\$ 2.777) e Amapá o ponto de mínimo (R\$ 991). Repete-se o padrão anteriormente citado, estando todos os estados com receita abaixo da mediana nas regiões Norte e Nordeste. Maiores despesas próprias per capita de saúde tendem a estar associadas a maiores receitas próprias per capita.

Tabela 1 – Despesas com saúde e receitas próprias/transferências constitucionais – média municipal por estado em 2019 (R\$/habitante)

UF	Rec per capita (próprias e trans constitucionais)	Despesas de saúde com recursos próprios
SP	2.777	654
MS	2.376	612
SC	2.316	550
MT	2.170	544
PR	2.202	513
MG	1.879	470
RS	2.217	466
RJ	1.863	431
ES	1.824	379
GO	1.830	371
RN	1.554	369
PI	1.485	358
RO	1.511	343
TO	1.838	330
CE	1.287	309
SE	1.549	294
BA	1.455	292
RR	1.645	291
PB	1.446	290
AM	1.407	282
PE	1.403	274
AL	1.304	264
PA	1.063	236
MA	1.114	224
AC	1.259	200
AP	991	166
TOTAL	1.946	446

Fonte: Siops e IBGE. Elaboração própria

Ante o exposto, reforça-se a necessidade de um arcabouço fiscal capaz de garantir financiamento adequado ao SUS e promover maior equilíbrio federativo na oferta de serviços de saúde. A forte correlação entre despesas de saúde e receita e a disparidade na capacidade financeira dos entes apontam para o papel crucial das transferências da União para mitigar o caráter pró-cíclico dos gastos de saúde, equalizar o acesso a serviços no território e viabilizar a estabilidade de despesas indutivas do CEIS, particularmente em cenários de crise, de modo que elas possam constituir instrumento para suavizar flutuações econômicas, mas também promover transformações estruturais na base produtiva e tecnológica das diversas regiões.

Políticas fiscais restritivas no âmbito da União, que reduzam despesa em momentos de crise, ajustando-as à arrecadação declinante, tendem a reforçar a desaceleração da atividade econômica, impactando despesas com efeitos multiplicadores elevados. Além disso, podem perpetuar as fragilidades da base produtiva e tecnológica do SUS, à medida que afetam gastos capazes de fomentar o CEIS e reduzir a vulnerabilidade econômica na área de saúde. Além do papel central que as políticas econômicas e sociais exercem sobre as condições de saúde das pessoas, prevenindo ou acentuando riscos à saúde coletiva, tanto que dentre as atribuições do SUS, destaca-se a de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde.

Em ambos os casos, o prejuízo tende a ser mais significativo para as regiões mais pobres, em que há maiores restrições ao acesso a serviços de saúde, já que elas são mais dependentes de transferências federais de recursos.

1.2 Os mecanismos de repasse da união no equilíbrio federativo.

Como veremos com detalhes no item 2, nos termos do art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 2012, os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, são transferidos obrigatoriamente e de forma direta aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos. O artigo ainda prevê que, apenas em situações específicas, os recursos federais poderão ser repassados aos fundos de saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação.

Ante a descentralização de competências para a execução dos serviços pelos demais entes federativos (especialmente municípios), a previsão legal de transferências regulares e automáticas no âmbito do SUS é crucial para assegurar a manutenção dos serviços. Em 2021, segundo dados oficiais do Siop¹¹, 55% do orçamento do Ministério da Saúde foi transferido para fundos de saúde desses entes (equivalendo a R\$ 98,5 bilhões).

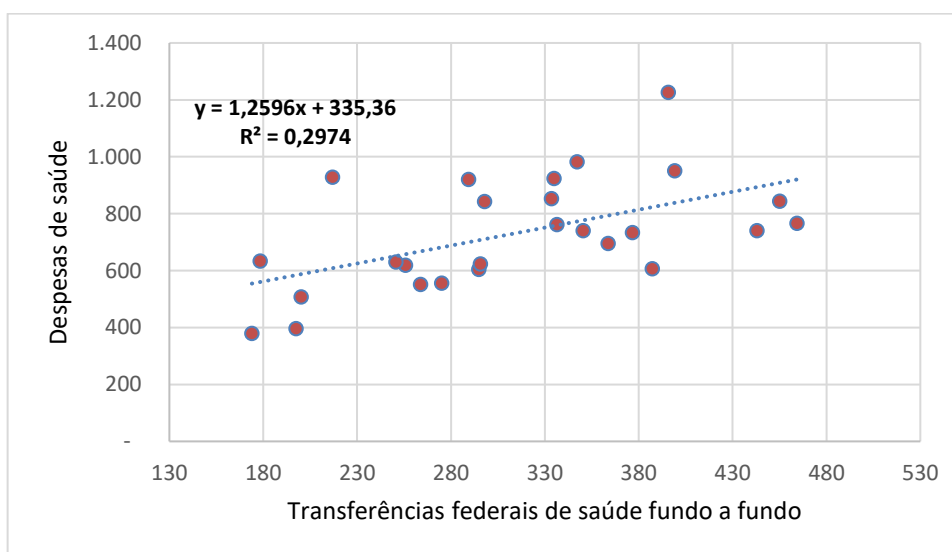
¹¹ Consulta em 12/12/2021.

Atualmente, os repasses do Fundo Nacional de Saúde são realizados por dois blocos: a) Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; b) Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. O primeiro engloba a manutenção da oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação dessas ações e serviços. O segundo envolve obras e a aquisição de equipamentos.

Quase 75% das transferências federais fundo a fundo são destinadas a municípios, razão pela qual procuraremos mostrar sua relevância para impulsionar os gastos de saúde municipais.

O gráfico 3 revela o peso dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para as despesas totais de saúde dos municípios (considerando as médias por estados). Pelo modelo apresentado, em que temos apenas uma variável explicativa, a cada R\$ 1,00 de variação nas transferências federais de saúde, haveria um aumento de R\$ 1,26 nas despesas totais de saúde¹².

Gráfico 3 – Despesas totais de saúde x Transferências federais de saúde fundo a fundo – média municipal por estado em 2019 (R\$/habitante)



Elaboração própria. Fonte: FNS, Siops e IBGE.

Ou seja, as transferências federais de saúde tendem a ser indutivas das despesas totais de saúde dos municípios, o que é intuitivo. Afinal, os repasses da União, usualmente,

¹² O gráfico 3 expressa uma regressão linear simples em que as transferências federais de saúde são a variável explicativa e as despesas de saúde, a variável dependente. O coeficiente de determinação é de 29,7%, refletindo o quanto o modelo explica a variabilidade da despesa de saúde dos municípios. Interessante notar que um modelo com duas variáveis explicativas (transferências federais do SUS e receitas próprias/transferências constitucionais) passa a ter coeficiente de determinação de 89%, mantida a significância estatística do modelo e dos coeficientes. Neste caso, a cada R\$1,00 adicional das receitas próprias/transferências constitucionais per capita, o gasto de saúde dos municípios sobe, em média, R\$ 0,33. Para os repasses federais fundo a fundo, o coeficiente é de R\$ 1,20. Tanto na regressão linear simples quanto na múltipla, considera-se o intervalo de confiança de 95%.

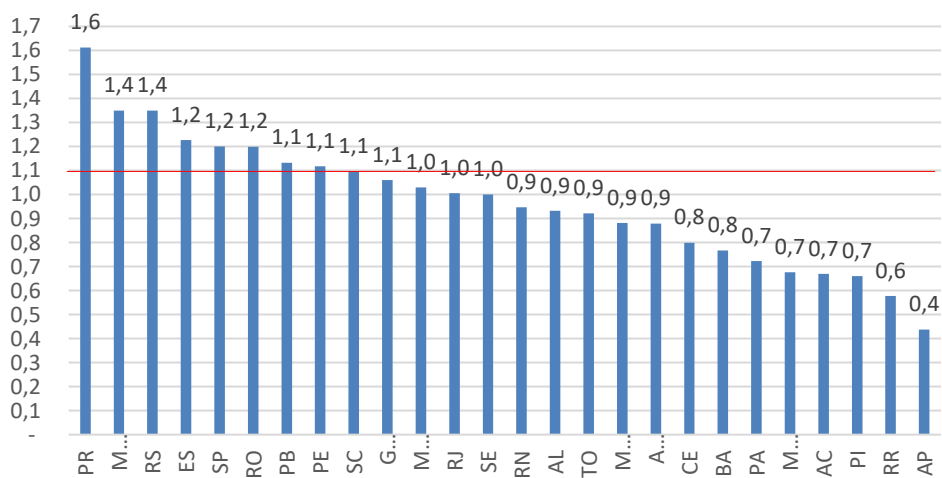
envolvem contrapartidas em termos de manutenção ou expansão de serviços, em acordo ao previsto no plano de saúde do ente federativo titular das transferências. Neste sentido, sob o ponto de vista federativo, não apenas é preciso ampliar gastos de saúde com foco nos desafios da garantia do acesso a serviços e da estruturação do CEIS como também é imperativo destinar parcela dos recursos adicionais para equalizar as condições de saúde no território, cumprindo assim determinação constitucional (artigos 30, VII e art. 198, § 3º, II).

A mediana das despesas totais per capita de saúde é R\$ 737, com treze estados abaixo do referido valor. Destes, doze são das regiões Norte e Nordeste. Vale citar os estados, do menor para o maior valor: Amapá, Acre, Amazonas, Pará, Pernambuco, Sergipe, Maranhão, Roraima, Bahia, Rondônia, Tocantins e Ceará. Em relação às demais regiões, apenas o Espírito Santo consta entre os estados com gasto de saúde menor do que a mediana.

Dos trezes estados com despesa total de saúde per capita abaixo da mediana, dez também se caracterizam por transferências federais per capita do SUS abaixo da mediana dos repasses (R\$ 316). São eles: Amapá, Acre, Amazonas, Pará, Pernambuco, Sergipe, Roraima, Bahia, Rondônia e Espírito Santo. Uma das possíveis causas para este fenômeno é que parcela dos repasses da União está associada à capacidade instalada da rede para a prestação de serviços.

Por exemplo, dos dez municípios anteriormente citados, sete têm a relação de leitos SUS de UTI por 10 mil habitantes menor do que a média nacional (de 1,1, conforme linha horizontal vermelha do Gráfico 19). São eles: Amapá, Acre, Amazonas, Pará, Sergipe, Roraima e Bahia.

Gráfico 4 – Leitos SUS de UTI por 10 mil habitantes – média municipal por estado (2019)



Fonte: DataSUS. Não inclui leitos Covid. Elaboração própria.

Os dados apontam para a necessidade de destinar parcela do crescimento dos gastos à cobertura de vazios assistenciais e à promoção do equilíbrio federativo no acesso de serviços.

Logo, é relevante que a execução dos recursos adicionais não seja integralmente guiada pela lógica da capacidade instalada da oferta de serviços, antes fomentando a cobertura de vazios assistenciais e a estruturação das redes de atenção nas regiões de saúde, com vistas a organizar ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, para a garantia da integralidade da assistência à saúde.

Convém lembrar que a Lei Complementar nº 141, de 2021, prevê que o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados aos Estados e Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

Nos termos anteriormente expostos, a revisão das regras fiscais federais serviria para aumentar gastos de saúde, contando com medidas de ampliação da progressividade tributária, mas também com o gasto deficitário em momentos de baixa do ciclo econômico. Desta forma, o aumento do endividamento seria vinculado a uma despesa com forte retorno social e econômico, capaz de suavizar as flutuações econômicas e estimular a mudança estrutural do ponto de vista produtivo e tecnológico.

Em síntese, as transferências automáticas e regulares federais do SUS para entes subnacionais têm papel central para a execução desse novo arranjo fiscal e financeiro. O aumento dos gastos deve observar a capacidade instalada das redes de saúde, inclusive prevendo repasses adicionais que funcionariam como estabilizadores automáticos e mecanismos de preservação dos serviços de saúde em momentos de crise, tendo em vista a maior capacidade financeira da União em relação aos entes subnacionais. Do ponto de vista da otimização dos resultados, também é relevante debater a distribuição de competências federativas, ampliando o grau de cooperação do sistema.

Além disso, conforme exposto anteriormente, a ampliação das transferências pode viabilizar a equalização da oferta de serviços, estimulando dinâmicas sociais e econômicas que modifiquem estruturalmente as regiões. Para tanto, parte do aumento dos gastos deve ser aplicada com o objetivo de reduzir desigualdades no território, o que, dada a disparidade na capacidade financeira dos entes, não ocorrerá sem reverter o processo de redução relativa de participação da União no financiamento do SUS.

Por fim, uma maior equalização da oferta de serviços deve estar alinhada ao adensamento do CEIS, de modo a garantir a articulação entre a ampliação da oferta de serviços e o fortalecimento de sua base material. Deste modo, a associação entre as

dimensões econômica e social, viabilizada, em particular, por mudanças no regime fiscal, poderia facilitar transformações estruturais nos territórios.

1.3 Avaliação da coordenação cooperativa e a organização regionalizada no SUS.

Conforme Dweck, Moretti e Melo (2020), a importância dos estados e municípios na oferta direta de serviços contrasta com os limites existentes à ação desses. Na estrutura federativa brasileira, o governo central possui instrumentos importantes, típicos de Estados nacionais que emitem dívida soberana, que o permite ampliar suas despesas independentemente da sua capacidade efetiva de arrecadação. O governo federal é o emissor da moeda nacional e de títulos de dívida pública de ampla aceitação. No entanto, o mesmo não é possível para demais unidades federativas.

A situação fiscal dos estados e municípios está constrangida pelo endividamento com a União e pelas restrições da LRF. Para lidar com os limites impostos pela LRF a prática da terceirização de recursos humanos e da contratação de OSs se ampliou demasiadamente. Por outro lado, o federalismo fiscal brasileiro constitui uma enorme dificuldade para a reforma tributária já que é muito dependente das receitas dos impostos indiretos e das transferências dos recursos das contribuições sociais. Nesse sentido, regras fiscais que permitam emitir títulos de dívida, contratar pessoal e rever os mecanismos de transferências deveriam ser prioridade para um novo pacto federativo.

No caso da saúde queremos chamar atenção para como os instrumentos de financiamento federativos do SUS atuam, através dos mecanismos de repasse, e seus limites, de modo a propor, nos itens subsequentes, formas que sejam capazes de induzir um novo pacto federativo mais cooperativo, com redução dos vazios assistenciais, maior regionalização na organização das redes e fluxos de recursos financeiros, aumentando e melhorando a capacidade de financiamento dos entes federativos.

Os principais instrumentos são as transferências realizadas pelo MS para os estados e municípios (são as transferências fundo a fundo ou transferências condicionadas) e a vinculação de recursos associada a patamares mínimos de gasto por esfera de governo.

As transferências regulares e automáticas são regidas nos dias de hoje por critérios de distribuição que estão atrelados à implantação de programas prioritários, à série histórica de produção e faturamento de serviços de saúde e ao critério populacional (transferências de valores per capita). Os recursos transferidos nessa condição aos estados e municípios estão associados aos incentivos para que estados e municípios garantam sua adesão aos programas prioritários federais e aos repasses condicionados à capacidade instalada do município para a oferta de níveis de maior complexidade tecnológica de atenção à saúde (baseados em série histórica) (Paiva; Gonzalez; Benevides, 2020; Lima, 2013). Ainda que os

critérios de rateio da Lei Complementar nº 141, de 2012, tenham outros elementos que não os comumente utilizados pelo Ministério da Saúde desde o advento do SUS.

Os incentivos são mecanismos importantes para a coordenação entre os diferentes níveis de governo pois são, por um lado, utilizados para estabelecimento de prioridades políticas nacionais, contudo, por outro, muitas vezes num nível de detalhes incompatíveis com as necessidades de saúde da população municipal, especialmente. Esse é um aspecto que deve ser considerado no estabelecimento de prioridades nacionais em saúde. Como exemplo dos tipos já utilizados no SUS: repasses vinculados à constituição de conselhos estaduais e municipais de saúde e à existência de instrumentos de planejamento e gestão (plano de saúde, fundo de saúde e relatório de gestão); repasse associado à gestão dos recursos da atenção básica e ao incentivo para implantação do PSF e, neste caso, para receber esse recurso o município deveria aderir a um conjunto de compromissos e formatos de políticas e, também, aportar recursos próprios como contrapartida implícita, isto é, como as transferências não cobriam 100% dos custos dos serviços pactuados, o município deveria alocar recursos próprios para poder cumprir os requisitos estabelecidos para a transferências de recursos. (PAIVA; GONZALES; BENEVIDES, 2020). A Lei Complementar ora mencionada faz três exigências para o recebimento das transferências obrigatórias: contar com fundo de saúde, conselho de saúde e plano de saúde, sendo vedada outras exigências restritivas à entrega dos recursos (artigo 22, parágrafo único, inciso I e II).

A maior parte das transferências federais para os estados e municípios é composta pelas transferências para a média e alta complexidade (MAC). Esses recursos são partilhados entre os estados (e DF) de acordo com suas capacidades de oferta de serviços de saúde, por decisão em colegiado da Comissão Intergestora Tripartite quanto à política de saúde. Quando o recurso chega a cada estado, é dividido entre os municípios considerando o instrumento de programação pactuada e integrada (PPI) que tem como objetivo incentivar e coordenar a cooperação entre os entes federados na oferta regionalizada dos serviços para garantir a operação dos serviços em razão da capacidade instalada, dada sua concentração, lembrando que a PPI contém dados da série histórica nem sempre compatível com as realidades. Esse é um problema bastante relevante na medida em que beneficia os municípios maiores, reproduzindo a desigualdade já existente. Há também incentivos para expansão de certos serviços como a constituição de redes de atenção (Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência) e da implantação das unidades de pronto atendimento (UPAs) (PAIVA; GONZALES; BENEVIDES, 2020). Contudo, não é sempre que tais serviços atendem à realidade de todos os municípios.

A partir do Pacto pela Saúde (Portaria no 399/2006) foram realizadas modificações na gestão do SUS entre as quais são relevantes a substituição do processo de habilitação às condições de gestão pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão (TCGs),

que nos dias de hoje já foram alterados, dado as regras do Decreto nº 7.508, de 2011; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização fortalecendo os instrumentos como o PDR e o PPI e criando novos colegiados de gestão regional (CGR), que hoje previstos tanto no Decreto nº 7.508, de 2011, quanto na Lei nº 12.466, de 2011, estando superados; o agrupamento de vários tipos de repasses dos recursos federais em 5 grandes blocos de financiamento com o objetivo de reduzir a fragmentação dos repasses (alterado pelas Portaria nº 3.992, de 2017 e Portaria nº 828, de 2020) . Mais tarde, nova portaria (GM No 204/2007) aumentou para 6 blocos de financiamento: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS; e investimentos na rede de serviços de saúde, também revogada pelas Portarias acima mencionadas, mantendo-se hoje somente dois blocos de financiamento. Paiva, Gonzales e Benevides (2020) apontam para um ganho de gestão devido a simplificação em relação ao número de repasses anterior (eram mais de cem mecanismos de repasses que necessitavam de várias contas bancárias para recebimento dos repasses e prestação de contas). Contudo, cada componente dos blocos estava atrelado a programas de incentivos que regulam a destinação do repasse efetivado nos blocos. São as chamadas “caixinhas” (em 2016 foram mais de 122 diferentes formas de repasses/incentivos nos seis blocos, de acordo com Benevides (2018)). E, na época, não houve simplificação em relação as linhas de repasse, pelo contrário, aconteceu maior fragmentação do financiamento uma vez que a legislação deixou prevista a possibilidade de criação de novos incentivos e, segundo Piola (2017), isso ocorreu pela ausência de implementação dos critérios de rateio previstos pelas Leis No. 8.080/1990 e 141/2021 (PAIVA; GONZALES; BENEVIDES, 2020).

Já o instrumento da vinculação de recurso garante gastos mínimos das esferas de governo municipal e estadual para a política de saúde e permite garantir recursos estáveis para assegurar as contrapartidas dos estados e municípios ao financiamento de programas definidos como prioritários pelo gestor federal, o que foi fundamental para a consolidação do SUS. Os gastos mínimos de saúde são obrigatórios para os estados e municípios independentemente dos repasses federais.

Os efeitos da atuação integrada, permitiram um aumento da oferta de serviços da atenção primária (que era prioridade do governo nacional) e da oferta de serviços de média e alta complexidade. De acordo com Paiva, Gonzales e Benevides, (2020, p. 174 *apud* Vaszques, 2014), entre 1998 e 2006, a produção ambulatorial da AB aumentou 62,3%, o número de visitas do PSF cresceu 324,5%, a quantidade de famílias atendidas pelo PSF aumentou 282%. Os autores apontam que houve também uma diminuição das desigualdades entre os entes federativos no financiamento da política de saúde em função da necessidade de haver atuação integrada e coordenada porque a obrigatoriedade constitucional de gastos

mínimos em saúde para os três entes federativos, estabeleceu um patamar mínimo de gasto próprio que se somam aos repasses do MS que condicionavam o cumprimento dos planos de saúde em suas diretrizes de âmbito local, estadual e nacional).

Mas há limitações importantes nos instrumentos de repasse que não cumprem os critérios legais por reproduzir desigualdades referentes a capacidade instalada e manutenção dos vazios assistenciais, especialmente no financiamento da atenção de média e alta complexidade. Piola (2017, p. 16 e 17) aponta que há uma tradição de alocação regional de recursos que quase sempre considera como base a oferta disponível em cada lugar e que essa tradição dá origem às seguintes posturas críticas:

i) críticas às propostas de distribuição equitativas com o argumento de que não se podem repassar recursos para onde não há serviços, para onde ainda não há oferta, desconhecendo que, dispondo de recursos, o gestor local ou regional poderia buscar os serviços em outro município; ii) crítica ao fato de que, nas distribuições equitativas, se procura passar mais recursos para quem mais necessita, e não “premiar” quem tem melhor desempenho, como se gestão pouco eficiente não devesse ser objeto de assistência técnica, mas sim de penalização e iii) não compreensão de que para se ter melhor nível de equidade no acesso aos serviços é preciso, muitas vezes, sacrificar, em certo grau, a eficiência. De qualquer maneira, o essencial é que os dois objetivos sejam avaliados simultaneamente com base em configurações de descentralização diferentes que levem em conta o reforço do papel das regiões de saúde e das secretarias estaduais de saúde. (PIOLA, 2017, p. 16 e 17).

Ao não se observarem os três eixos de repasse de recursos da União para os estados e municípios, os quais contam com a necessidade de se repassar recursos em acordo as condições socioeconômicas, demográficas, geográficas e epidemiológicas e não tão somente em relação a rede instalada ou capacidade instalada, ocorrem importantes distorções como a mencionada acima. Há vazios assistenciais que devem ser considerados.

Há também consequências relevantes trazidas pelo congelamento do piso de gastos em ASPS e teto de gastos para as despesas primárias do governo federal sobre as transferências regulares e automáticas e sobre a dificuldade de manter a garantia do aporte de recursos próprios no SUS por parte dos governos subnacionais.

Como foi visto anteriormente, houve crescimento real das despesas de saúde de estados e municípios no período entre 2004 e 2013 e entre 2014 e 2016, pelo contrário, houve retração do PIB o que impactou as receitas e gastos de saúde, mostrando o efeito pró cíclico das regras fiscais aplicáveis ao gasto de saúde dos entes subnacionais.

Dessa maneira, é importante que o gasto federal com saúde tenha o papel de amortecer o impacto do ciclo econômico sobre os gastos dos estados e municípios dando maior sustentabilidade no arranjo de financiamento do SUS, como já foi dito e, especialmente, que haja concomitantemente uma coordenação cooperativa e organização regionalizada no SUS que possa articular mecanismos de repasses orientados tanto pela manutenção da

capacidade instalada da rede como pela cobertura de vazios assistenciais de modo a promover o equilíbrio federativo criando condições para equalização do acesso a serviços no âmbito de redes regionais de saúde.

Outro aspecto fundamental é a regionalização da rede de atenção que permitiria reduzir a desigualdade da oferta de infraestrutura. Viana e Iozzi (2019) apontam que o objetivo da criação das redes deve ser construir sistemas integrados de saúde a partir de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde acompanhada de uma articulação entre as redes temáticas que funcionem sistematicamente com protagonismo público conduzindo a integração. As autoras consideram também que novos instrumentos são necessários para dar conta dos desafios postos por uma nova fase que demandam um novo ciclo de organização do SUS. A criação dos novos instrumentos precisa considerar uma visão integrada de sistemas de saúde e determinantes socioespaciais, definição dos padrões de contratualização entre público e público e entre público e privado, a introdução de novo paradigma tecnológico e novos e complexos contornos de regulação tanto de acesso como de profissionais e prestadores, assistencial ou do cuidado e novos instrumentos para regular qualidade e segurança da assistência.

Novos instrumentos que permitam um federalismo mais cooperativo e a regionalização vão induzir a ampliação e acesso da capacidade produtiva e tecnológica como base material da provisão de serviço estimulando o investimento e desenvolvimento do CEIS e reduzindo as desigualdades. Não se pode perder de vista que o SUS é um sistema composto pelas ações e serviços de saúde de todos os entes federativos organizados em rede *regionalizada*.

1.4 Propostas para induzir a articulação cooperativa dos federalismos fiscal e sanitário

É preciso pensar, portanto, o papel crucial das transferências da União para mitigar o caráter pró-cíclico dos gastos de saúde, equalizar o acesso a serviços no território e viabilizar a estabilidade de despesas indutivas do CEIS, particularmente em cenários de crise, de modo que elas possam constituir instrumento para suavizar flutuações econômicas, mas também promover transformações estruturais na base produtiva e tecnológica das diversas regiões. É preciso sanar as limitações importantes dos instrumentos de repasse que dizem respeito a reprodução das desigualdades referentes a capacidade instalada e manutenção dos vazios assistenciais, especialmente no financiamento da atenção de média e alta complexidade.

A proposta de um novo piso para a saúde (Dweck, Moretti e Melo, 2022) tem por objetivo ampliar a participação da União no financiamento e garantir um gasto per capita mínimo em cada unidade da federação para a promoção do equilíbrio federativo e a criação de condições para equalização do acesso a serviços. Sob o ângulo federativo, o mais relevante é canalizar os recursos adicionais para garantir os seguintes objetivos:

- compensar flutuações cíclicas de receita própria dos entes federativos
Isto pode ser obtido pelo estabelecimento de gatilhos a partir de indicadores de desempenho econômico para atenuar tais flutuações. Um exemplo seria a constatação de uma recessão econômica técnica, quando a taxa de crescimento real do PIB é negativa por dois trimestres consecutivos. Cabe destacar que durante a pandemia houve a compensação da rápida contração de receita, mas os critérios de rateio precisam ser aperfeiçoados.
- expandir a capacidade instalada a partir de indicadores de qualidade e a cobertura de vazios assistenciais, viabilizando o funcionamento e a ampliação das redes regionais de atenção.
Há uma tradição de alocação regional de recursos que quase sempre considera como base a oferta disponível em cada lugar. Essa tradição impede uma alocação mais equitativa dos recursos para garantir mais recursos para quem mais necessita, e não “premiar” quem tem melhor desempenho, como destaca Piola (2017), uma gestão pouco eficiente devesse ser objeto de assistência técnica e não de penalização.
- ampliar a prestação de serviço quando houver nova capacidade instalada
A experiência do Programa de Aceleração do Crescimento que teve como um dos seus eixos a expansão da oferta de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) esbarrou na limitação entre as esferas orçamentárias de despesas de investimento e gasto corrente. Em algumas situações, equipamentos novos não puderam ser inaugurados pois não havia recursos para contratação de pessoal e a manutenção do serviço. Nesse sentido, é preciso pensar a expansão da oferta em toda a sua dimensão de capital e custeio.
- estimular a cooperação federativa com base em alguns objetivos, como a regionalização e a formação de consórcios
Há uma forte concentração de serviços e recursos em municípios-polo e o litoral do Sul, Sudeste e Nordeste continua a concentrar a maior parte dos serviços e tecnologias. É necessário um planejamento territorial voltado para a construção de uma assistência integral e sistêmica de saúde” no país. A criação das redes com o objetivo de construir sistemas integrados de saúde requer uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, que, deve ser acompanhada de uma articulação entre as redes temáticas que funcionem sistemicamente com protagonismo público conduzindo a integração e novos padrões de financiamento que considerem os arranjos institucionais como, por exemplo, fundos de compartilhamento de saúde.
- trazer estabilidade para despesas indutivas do CEIS

Uma maior equalização da oferta de serviços deve estar alinhada ao adensamento territorial do CEIS, de modo a garantir a articulação entre a ampliação da oferta de serviços e o fortalecimento de sua base material, inclusive do ponto de vista local. Esta é uma forma de garantir que os encadeamentos produtivos oriundos de uma estratégia de nacionalização da base produtiva do CEIS não sejam concentrados em poucas regiões do país, reforçando as desigualdades regionais.

As propostas apresentadas acima são elementos essenciais que precisam continuar sendo aperfeiçoados. Durante a Fase 3 da Pesquisa, a partir de diálogos com gestores públicos e especialistas da área do federalismo da saúde para uma revisão dos critérios de rateio atuais, avançamos para apresentar com mais detalhes as formas de transferências obrigatórias de recursos entre os entes federativos, seus critérios e metodologias legais, e sugestão de diretrizes gerais para a elaboração de proposta de rateio de recursos federais aos estados e municípios, e dos estados para os municípios, com base nos critérios estabelecidos pela Lei Complementar nº 141/2012, cuja discussão será vista, a seguir.

2 - Rateio federativo dos recursos da união para os estados e municípios à luz da lei complementar nº 141. Critérios e metodologia de cálculo

O direito constitucional à saúde, impôs ao Poder Executivo federal, estadual e municipal, a estruturação de um sistema público de saúde capaz de tornar efetiva a garantia do *acesso universal e igualitário* às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, definido na Constituição de 1988.

O artigo 198 da Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estruturou na ideia-guia de *integração* entre os entes federativos de seus serviços, disposto em *rede de atenção à saúde* que deve ser *regionalizada e hierarquizada* em acordo a complexidade de serviços. A partir dessas três ideias-guias, *integração, rede regionalizada e hierarquizada quanto à complexidade de serviços*, se fundamenta a organização do SUS em *rede de ações e serviços de saúde; em região de saúde; e na hierarquização das ações e serviços dispostos em níveis de densidade tecnológica*, o que exige, dentre outros aspectos, permanente articulação interfederativa, imperativa no SUS, e o consequente planejamento integrado e financiamento solidário ou compartilhado. Compartilhamento de ações e serviços, compartilhamento da gestão e financiamento consequente a essa integração (SANTOS, 2013).

Para garantir sustentabilidade financeira ao SUS, que se insere no âmbito da Seguridade Social com orçamento próprio e contribuições específicas (art. 195 da CF), a CF estabeleceu no ADCT, que dos recursos da seguridade social, 30% de suas receitas seriam destinadas à saúde, até que disposição da Lei nº de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do

próximo ano tratasse do tema. Nos anos seguintes, 1989, 1990, 1991, a LDO considerou os 30% do orçamento da Seguridade Social para a saúde, ainda que nesse valor percentual estivessem ações e serviços não específicos da saúde, mas também da previdência e da assistência social. Importante lembrar ainda que a EC 20, de 1998, dispôs no art. 167, XI, da CF, que as contribuições sociais do art. 195, I, 'a' e II, fossem destinadas *exclusivamente* ao custeio da Previdência Social, excluindo a saúde e a assistência social.

A falta de destinação específica de recursos para a saúde, levou o então Ministro da Saúde, Adib Jatene, a uma campanha nacional para prover a saúde de recursos próprios, aprovando Lei nº 9.311, de 1996, que criou a contribuição provisória sobre movimentação financeira, conhecida como CPMF.

O novo volume de recursos da CPMF não foi o que se esperava, uma vez que a Cofins e a Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas (pessoa jurídica) vinham sendo reduzidas desde 1997 por se destinarem cada vez mais à previdência social, exclusivamente. Além disso, parte dos recursos da CPMF se voltou para o financiamento de outras áreas que não a saúde, pela desvinculação do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) de então, e atual DRU (desvinculação de recursos da União), (Mendes, 2012). Essa precária situação do financiamento da saúde, levou o Ministro Adib Jatene a se demitir do Ministério da Saúde no Governo FHC (Jatene, 2012), mesmo tendo conquistado a CPMF, que entanto não se destinou exclusivamente a financiar a saúde.

A partir da EC 29, de 2000, ficaram definidos percentuais fixos para a saúde, arrecadados das receitas municipais (15%), das receitas estaduais (12%) e para a União, o valor do ano anterior (1999), acrescido da variação nominal do PIB. Com a edição da Lei Complementar nº 141, de 2012, esses percentuais e valores permaneceram sendo a base de financiamento da saúde pública brasileira até 2015, quando a EC 86, definiu para a União o valor percentual de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) escalonada em cinco anos; com a EC 95, de 2016, fixando o valor aplicado em 2017 como teto para a saúde por vinte anos, corrigido anualmente pelo IPCA, ficou suspensa essa determinação constitucional.

Importante frisar que a Constituição ao criar o SUS como um único sistema de saúde na Federação, (um estado federado e um sistema unitário a ser executado pelos entes federativos, autônomos entre si), impôs a obrigatoriedade de os entes federativos integrarem serviços e partilharem recursos (art. 30, VII; art. 198 e §§). A Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142 trataram desse tema em 1990, e posteriormente, a Lei Complementar nº 141, ao regulamentar a CF, conforme determina seu art. 198, § 3º, dispôs sobre o rateio de recursos federativos (estadual e federal), que ficou a cargo de lei complementar.

Importante dizer que o SUS exige compartilhamento de ações e serviços e solidariedade orçamentária federativa por se tratar de um sistema unitário em seus conceitos e federativo em sua forma organizativa, ou seja, descentralizada politicamente em razão da

competência executiva e legislativa conferida aos estados e municípios para cuidar da saúde. Esse fato impõe aos entes federativos a organização de estruturas *integrativas* dessas ações e serviços de saúde em redes regionais para a garantia do *atendimento integral à saúde*, conforme determinação constitucional (art. 198, *caput*).

Ao se regionalizar a descentralização político-administrativa (Santos, 2013), a consequência a obrigatoriedade de haver repartição de recursos entre os entes federativos para alicerçar o financiamento da saúde local e regional, de maneira a dar sustentabilidade econômico-financeira a esses entes incumbidos dessa garantia em seus territórios regional e municipal, tendo em vista o custo da saúde e as interações que devem haver entre os entes nas regiões de saúde e as referências do serviço de um ente para outro ente.

Pretende-se discutir neste item as **formas de transferências obrigatórias de recursos entre os entes federativos, seus critérios e metodologias legais, e sugerir diretrizes gerais para a elaboração de proposta de rateio de recursos federais aos estados e municípios, e dos estados para os municípios, com base nos critérios estabelecidos pela Lei Complementar n° 141/2012.**

2.1 - O rateio de recursos federais para os entes federativos: da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 à Lei Complementar n° 141/2012

De acordo com a Lei Complementar n° 141, de 2012, cabe à União transferir recursos para os estados e municípios, e os estados para o seu conjunto de municípios (art. 17). Sendo o SUS um sistema único, embora descentralizado e regionalizado, visando a garantia da integralidade para o cidadão e a cidadã, sua organização se fundamenta no agrupamento de ações e serviços por níveis crescentes de densidade tecnológica, estrutura sanitária que se denomina constitucionalmente de *hierarquia de complexidade de serviços*¹³, a qual organiza os serviços em patamares denominados de *atenção primária (básica)*, *atenção secundária* e *atenção terciária em saúde*¹⁴, a divisão de recursos entre os entes federativos deve se dar mediante a adoção de critérios definidos pela lei, tendo em vista que essa forma organizativa impõe responsabilidades interfederativas no âmbito da garantia do direito à saúde na região de saúde, a cargo dos diversos entes federativos, per si. Um município poderá ser obrigado a atender outros municípios que não os seus, no sistema sanitário de referências de serviços, como exemplo.

Na arena infraconstitucional, as primeiras leis que dispuseram sobre essas partilhas e seus critérios foram as Lei n°s 8.080 e 8.142, de 1990, as quais, contudo, não foram

¹³ Art. 198 da CF; art. Decreto n°7.508, de 2011, art. 8° a 14.

¹⁴ Também se denomina atenção básica ou primária; atenção de média e atenção de alta complexidade tecnológica ou ainda atenção especializada e atenção hospitalar.

observadas pelos entes federativos responsáveis pela partilha, que continuaram a transferir recursos por outros critérios que não os legais.

Vejamos os textos legais:

Lei nº 8.080, de 1990

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

Lei nº 8.142, de 1990

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta Lei nº serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta Lei.

Diante das dificuldades da União na realização da partilha pelos critérios do art. 35, foi negociada e editada a Lei nº 8.142 que estatuiu que todo o recurso do fundo nacional de saúde destinado ao estado e ao município deveria ser transferido pelo critério *per capita*, tão somente, até a regulamentação (decreto) do art. 35 (nunca concretizado).

O pensamento que vigorava desde a Reforma Sanitária quanto às partilhas federativas para a saúde pública fundava-se numa *ideia-guia* de a lei ao eleger *critérios* a fim de se evitar que os recursos fossem partilhados de maneira casuística, partidária, centralista na linha da

“cenoura e da vara”, com a União (e o Estado) definindo as formas de transferências ao arrepio do princípio federativo¹⁵ que exige adoção de práticas federativas cooperativas e equitativas, visando diminuir as desigualdades regionais federativas (Santos & Andrades, 2012).

O primeiro temor concreto a respeito da divisão de recursos surgiu com a NOB 1, de 1991, editada pelo Ministério da Saúde que havia recém-herdado o INAMPS, a qual preconizava o *convênio* como o meio pelo qual seriam transferidos os recursos federais. No entanto, já à época, Santos (1992) denunciou não ser o SUS um acordo de vontades convenientes, mas sim uma determinação constitucional, incompatível, pois, com o modelo convenial. A partilha dos recursos da União deveria ser realizada de acordo com os critérios do art. 35 da Lei nº 8080/90, que dispunha a transferência de 50% dos recursos pelo critério *per capita* e os demais pela conjugação dos outros critérios ali previstos.

Entre 1994 e 1997, a alocação de recursos federais apoiou-se na Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93). Essa NOB foi a que mais se aproximou (a atender aos critérios das leis) de um modelo de partilha global por não vincular os recursos a programas federais¹⁶, mas sim à capacidade de gestão do ente federativo¹⁷ e as políticas locais, estaduais e nacionais de saúde (essa última sempre de diretrizes gerais).

Três após, a NOB/96, definiu outros critérios de alocação dos recursos federais. Para o nível da atenção básica, o repasse aos municípios passou a ser ancorado numa conta¹⁸ denominada Piso da Atenção Básica (PAB). Essa conta era composta por um valor *per capita* mínimo, denominado PAB-fixo (gasto *per capita médio nacional* e a um valor *per capita máximo para os municípios*, com gasto superior ao valor médio nacional).

Ao mesmo tempo, a NOB/96 também introduziu alguns incentivos financeiros, o PAB-variável, com vista a estimular o desenvolvimento de programas específicos, como o Programa de Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹⁹ e outros. Quanto às ações de média e alta complexidade foi instituída a conta “MAC”

¹⁵ Princípio federativo pressupõe um conjunto de condutas que respeitam a autonomia dos entes, privilegie a subsidiariedade e mantenha conexão sistêmica para manter a unidade da constituição.

¹⁶ Na NOB 93, mesmo com seus vieses, o critério de rateio dos recursos se dava sob a forma de “modalidade de gestão” que na realidade traduzia a capacidade do ente federativo de organizar e gerir serviços de saúde para a população em razão de suas características demográficas, socioeconômicas, geográficas, dentre outros, de acordo com seu próprio julgamento, uma vez que essa modalidade de gestão era uma escolha do ente federativo e se vinculava às atribuições que ele deveria assumir. Os recursos eram repassados de forma global, ainda que pelo critério da série histórica de pagamento por procedimentos, acrescidos de um *plus* definido na Comissão Intergestores Bipartite, e o ente federativo o aplicava de acordo com o seu plano de saúde, aprovado pelo conselho de saúde, de acordo com critérios predefinidos sobre o conteúdo das modalidades de gestão criada pela NOB 93.

¹⁷ A NOB 1/93 dispunha que os municípios deveriam se habilitar perante o MS em alguma forma de gestão, ver Mendes (2005).

¹⁸ Conta significa a criação de uma rubrica orçamentaria no fundo de saúde para identificar as novas formas de repasse de recursos do MS para os demais entes federativos. Estas duas contas especificamente não se destinavam à realização prévia de determinados programas e suas métricas de execução. O sistema *per capita* visava diminuir inequidades orçamentarias federativas de modo mais genérico.

¹⁹ Hoje o programa dos agentes comunitários tem uma definição diferenciada quanto à participação da União em seu financiamento, não sendo nenhum dos critérios da lei complementar mesmo com a Constituição determinando que rateio de recursos deve ser disciplinado por lei complementar. Como a Constituição definiu que a União deve participar do financiamento

destinada às ações desse nível de atenção. Por sua vez, essa NOB não rompeu com metodologias baseadas em políticas e programas específicos. Essa prática de atrelar os repasses de recursos federais a determinados programas ou ações foi objeto de discussão no Pacto pela Saúde (Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006) (BRASIL, 2006).

A Portaria do Pacto, no eixo denominado Pacto de Gestão, determinou alguns princípios para o financiamento do SUS e definiu “blocos” gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: atenção básica; atenção da média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS. Posteriormente, foi acrescentado o bloco denominado de “investimentos na rede de serviços de saúde”²⁰.

Assim foram publicadas duas Portarias pelo Ministério da Saúde. A Portaria nº 204, de 2007, que regulamentava o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde e seu respectivo monitoramento e controle (Brasil, 2007); e a Portaria nº 1.497, de 22 de junho de 2007, que estabelecia orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos (Brasil, 2007a).

Em que pese a clareza do conteúdo dessas duas Portarias, vários questionamentos sobre sua interpretação foram feitos por técnicos vinculados aos programas de saúde, tanto da direção municipal do SUS como das direções estaduais e federal. Na realidade, parece-nos que o Ministério da Saúde e suas áreas específicas (vinculadas aos programas de saúde), que antes do Pacto dispunham de recursos específicos e com prestações de contas individuais, resistiam e resistem até os dias de hoje em aceitar, de forma geral, esses blocos de financiamento estruturados por nível de atenção em saúde.

A rigor, tais questionamentos foram inibindo a melhor utilização desses recursos em seu conjunto, afastando a possibilidade de transferência e o uso dos recursos de forma mais global, fazendo com que a sua aplicação se aproximasse da lógica de assegurar maior eficiência aos recursos por meio de programas definidos pelo governo federal, vinculados a incentivos financeiros para a sua execução ao invés do atendimento das necessidades de saúde, com qualidade.

Assim se aprofundaram as partilhas pelas formas de programas, *per capita*, tabela de procedimentos, havendo centenas de programas (inseridos no interior de cada um dos Blocos de financiamento) vinculados às transferências federais. Dentre outros problemas, um deles é não haver uma visão de conjunto que mantenha elos entre todos os programas e as políticas, conforme disposto no Plano Nacional de Saúde ou nos planos estaduais e

do piso salarial do ACS, caberia a lei complementar definir seus critérios e não a lei ordinária. Contradições a ser melhor estudadas.

²⁰ Ver Portaria GM/MS nº 837, de 24 de abril de 2009, que altera a Portaria 204/2007 e cria esse bloco de investimentos.

municipais de saúde. Muitas vezes há uma visão parcial, fracionada no interior do Ministério da Saúde, quanto ao repasse dos recursos por programas e incentivos.

Essas transferências sempre adotaram um ou outro critério de rateio previsto no art. 35 da Lei nº 8.080, sendo os mais comuns, o demográfico e a organização de serviços (rede, oferta etc.), os quais estão presentes em quase todas as modalidades de transferências federais, deixando-se de lado os demais critérios legais. Também sempre se transferiu recursos pelo critério *per capita* simples ou qualificado quando dotado de outros critérios que não apenas o demográfico, sempre voltados para a atenção básica ou primária. Contudo, não se combinam até os dias de hoje os critérios socio-sanitários para alocar recursos aos entes federativos.

Com a Lei Complementar nº 141, de 2012, este tema do rateio de recursos retorna ao cenário da saúde pública em razão do disposto em seu art. 17, o qual define critérios para as transferências dos recursos da União (Fundo Nacional de Saúde) e exige da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definição de metodologia de cálculo a ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os valores a ser conferidos a cada ente federativo devem ser comunicados prévia e anualmente aos tribunais de contas e aos conselhos de saúde. Os critérios previstos no art. 17 devem somar-se aos critérios do art. 35 da Lei nº 8080. Veremos mais a frente tais critérios combinados.

2.2 - As formas atuais de rateio dos recursos da União para estados e municípios

Em síntese, até o presente momento, a União reparte e repassa parte de seus recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o financiamento das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal (art. 2º, IV, da Lei nº 8.141, de 1990), em acordo a Portaria GM-MS n. 3.992, de 2017, Portaria nº 828, de 2020 e pela Portaria nº 2.979, de 2019, (Previne Brasil), com alterações. (Não podemos perder de vista que ainda há uma outra transferência, os recursos para o piso do ACS e para o da enfermagem). Vejamos seus critérios e metodologias:

a) valores da tabela de procedimentos fundados na quantidade de procedimentos terapêutico-assistenciais realizados e no critério populacional, tendo como limite a série histórica²¹ do ente federativo;

b) valores *per capita* para a atenção básica (critério demográfico em acordo ao cadastramento de usuários, organização de serviços e outros), com valores fixos e valores variáveis, cuja metodologia é o quociente de sua divisão pelo número de usuários cadastrados; e

²¹ Série histórica significa um limite populacional de usuários de serviços imposto pela União. Esse limite tem por referência uma determinada população de uma determinada época que utilizava os serviços de saúde, sendo esses pagos pelos valores constantes de uma tabela de procedimentos.

c) políticas e programas assistenciais. A cada programa, que deve decorrer de uma política específica de saúde, é fixado um valor financeiro – um incentivo -, cabendo ao ente federativo aderir a esse programa. Nesse caso, a simples adesão ao programa permite que o ente federativo receba os recursos financeiros. Neste caso, o ente federativo já deve estar realizando o serviço para fazer jus ao recurso do incentivo; e

d) valores para a garantia do piso do ACS (e mais recentemente, o da enfermagem, ainda pendente de regulamentação).

Todas essas formas de repasse estavam reguladas na Portaria 204, de 2007, revogada pela Portaria GM-MS nº 3.992, de 2017, e alterada pela Portaria GM-MS nº 826, de 2020, a qual agregava em blocos de financiamento determinada política e programa, as quais deveriam estar inseridas em um nível de atenção ou especialidade: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS e investimento. A cada bloco correspondiam diversos programas e procedimentos constantes da tabela de procedimentos, bem como o *per capita* da atenção básica.

A Portaria ora em vigor, ainda que tenha simplificado o uso dos recursos, como conta, período de uso etc., manteve dentro dos dois blocos criados, todos os programas existentes na ocasião. A Portaria GM-MS nº 3.992, de 2017, criou dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde que foram alterados pela Portaria GM-MS nº 828m de 2022, para Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (custeio e investimentos).

Permitiu fossem abertas tão somente duas contas, uma para cada bloco, ao invés de diversas contas como ocorria anteriormente. Mas manteve a estrutura dura de financiamento por programa, ou seja, ainda que mais leve quanto a execução dos recursos, eles somente podem ser aplicados, ao final, nos programas para os quais foram repassados, em acordo as funções previstas no orçamento do Ministério. Ao final do ano, todas as despesas com os recursos federais devem manter uniformidade com as rubricas orçamentárias federais.

Importante ressaltar que a Portaria nº 3.992 editada em 2017 não mencionou nem adotou o disposto na Lei Complementar nº 141, de 2012. Tampouco foi definido pela CIT a metodologia de cálculo, a ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme determina a lei.

Os recursos referentes aos atuais dois blocos de financiamentos devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados aos próprios blocos e devem ser utilizados com as seguintes vedações (Portaria do MS nº 204/2007):

a) pagamento de servidores inativos;

b) servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo plano de saúde;

c) gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo plano de saúde;

d) pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

2.2.1 - Metodologia de cálculo pela tabela de procedimento

A tabela de *procedimento*²² é uma herança do INAMPS para remunerar serviços decorrentes de contratos ou convênios com o setor privado complementar ao SUS. Aquela autarquia federal, extinta em 1993, remunerava seus contratos e convênios *com terceiros* (setor privado) para a prestação de serviços médicos, ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico, de acordo com uma tabela de preço de procedimento ambulatorial e hospitalar e de média e alta complexidade, sendo a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) uma forma de remuneração das internações

O conceito de pagamento por *tabela de procedimento* foi herdado do INAMPS e ele se dava sob a forma de *pagamento por produção dos serviços assistenciais* contratados dos prestadores privados numa relação vendedor-comprador. A própria Lei nº 8.080/90, determinou fosse o *setor privado* remunerado pelos serviços complementares contratados.

Vejamos os artigos dessa Lei nº:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

Essa modalidade de pagamento por procedimento iniciou-se nos anos 90 com a extensão da AIH (autorização de pagamento hospitalar) privada aos hospitais públicos, o que

²² Lembramos que a lei fala em tabela de *procedimentos*. Procedimento assistencial. Termo próprio para forma de remunerar o procedimento ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e não a atenção à saúde de modo mais global, integral.

se denominou à época de *AIH pública*. Contudo, sabe-se que o rateio de recursos federativos deveria observar o art. 35 (combinação de múltiplos critérios), que na geografia da lei está previsto no capítulo das partilhas federativas, enquanto a tabela de procedimento está no capítulo que trata do setor privado contratado. Aqui a lei já fez uma distinção importante: tabela de procedimentos é para os serviços privados que participam complementarmente do SUS, enquanto o rateio federativo diz respeito às transferências obrigatórias de recursos de um ente federativo ao outro para financiar o SUS.

Ainda que os critérios de rateio federal e a forma de pagamento dos contratos com o setor privado tenham sido tratados, corretamente, em capítulos distintos da Lei nº 8.080, de 1990, por se tratarem de temas distintos, acabaram sendo utilizados pela União, na prática, de forma igual: tanto para remunerar serviços de terceiros contratados de forma complementar, como para proceder ao rateio federativo de recursos, ao arrepio da determinação dada à União e aos Estados de se combinar critérios legais para se encontrar o valor dos repasses federativos para o financiamento do SUS nacional, *a ser executado de forma interfederativa, em rede e na região de saúde*.

Assim, os critérios que se utilizavam (e se utiliza ainda hoje) na transferência por tabela de procedimento e incentivos a programas geralmente são o demográfico e o da organização de serviços (rede própria), ambos de forma incompleta em razão do limite imposto pela série histórica e por não haver uma metodologia de cálculo formal, definida pela CIT e aprovada pelo CNS. Cabe ainda ao ente receptor a complementação de recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população local e regional e sem considerar fatores socioeconômicos, espacial e epidemiológico, bem como o desempenho do ano anterior.

2.2.2. Os critérios de rateio federativo para a atenção primária da saúde

Portaria GM-MS n. 2.979, de 12 de novembro de 2019, dispõe sobre o Programa Previne Brasil, o qual estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária da Saúde, sem levar em conta os critérios definidos no artigo 17 da LC 141, de 2012, de maneira formal, com metodologia de cálculo aprovada na forma da lei.

Esse novo modelo de financiamento tem três componentes: Captação Ponderada (cadastro válido); Pagamento por Desempenho (atingimento de Indicadores e processo); Ações Estratégicas (por adesão). Compõe ainda o Programa a Equipe de Atenção Primária (EAP) que tem como composição mínima o profissional médico e enfermeiro, com carga horária de 20h ou 30h semanais.

Além do mais, a Lei nº 13.958, de 2019, que criou o programa Médicos pelo Brasil²³, autorizou a União, Ministério da Saúde, a instituir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), a qual se vincula ao Ministério da Saúde para efeito de supervisão ministerial, com competência para atuar na atenção primária, atividade precípua do município e suplementar do Estado, não cabendo à União atuar nesse campo.

A atenção primária da saúde conta hoje com financiamento próprio e uma regulamentação de rateio apartada da Portaria GM-MS 3.992, de 2017. A questão é que ambas não atendem totalmente os critérios de rateio da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Importante lembrar que foram revogados critérios de transferência de recursos que vigoravam desde 2007:

1. PAB Fixo (recurso fixo per capita R\$23 a R\$28) e criado o incentivo per capita de R\$ 5,95 por habitante ao ano. Desta forma, houve uma redução de 75% das transferências fixas distribuídas por critério populacional.
2. Cofinanciamento direto aos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – incentivo global por adesão): transferências de até 12mil reais por mês para que os municípios incorporassem às redes de saúde equipes de composição multiprofissional que se articulavam à Estratégia de Saúde da Família em direção ao cuidado integral e estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos;
3. O financiamento direto à Estratégia Saúde da Família (ESF) (incentivo global por adesão): transferências mensais de 7 a aproximadamente 10 mil reais, a depender da condição socioeconômica do território, para o cofinanciamento de equipes homologadas da ESF.

O Programa prevê transferências federais majoritariamente variáveis, especialmente as dos registros de dados vinculados aos parâmetros do financiamento. Importante destacar que a ampliação da participação de recursos destinados por Emenda Parlamentar (EP), em 2021, eram mais de 25% das transferências fundo a fundo. Este tipo de destinação não respeita o planejamento, o que acaba por acentuar as desigualdades na distribuição de recurso, especialmente pelo fato de nos municípios, a maior despesa da APS ser de pessoal, vedada a utilização de recursos da EP nesses casos. Há uma série de questionamentos quanto a nova forma de financiar a APS pelos critérios do Programa Previne Brasil, que também não respeita o que determina a LC 141; atualmente o Ministério da Saúde promove estudos para a sua mudança.

As emendas parlamentares – que oneram recursos do orçamento para a saúde pública, consideradas no cálculo dos valores mínimos obrigatórios para a saúde, – não tem observado que determina a LC ora citada. Poderiam os recursos da emenda parlamentar serem considerados para o piso da saúde sem se vincular aos critérios legais de alocação? Uma pergunta a ser considerada em estudos sobre transferências de recursos federativos e

²³ No dia 20 de março de 2023 foi lançado o novo programa de provimento de médicos pela União aos estados e municípios.

sua alocação pelo ente receptor e que no nosso entendimento deveria obrigatoriamente observar o planejamento da saúde, até mesmo porque no Poder Público o planejamento é obrigatório em termos constitucionais. Lembramos ainda que o parágrafo único do artigo 193, que reza que *“o Estado exercerá a função de planejamento das políticas sociais, assegurada, na forma da lei, a participação da sociedade nos processos de formulação, de monitoramento, de controle e avaliação dessas políticas”* Ora se o Estado exerce a função de planejamento das políticas sociais (saúde, é uma delas) como poderia recursos públicos orçamentários destinados pelos parlamentares para a saúde passarem ao largo desse planejamento e da participação social? É a mesma constituição que permite as emendas e exige o planejamento. Não foi criada exceção para recursos de emendas parlamentares.

2.2.3 Políticas e programas federais: adesão e incentivos

O Ministério da Saúde define a cada quatro anos, em seu Plano Nacional de Saúde²⁴, as macros políticas para a saúde pública lei brasileira, devendo, ainda, em decorrência do disposto no art. 16, XVIII da Lei nº 8.080, de 1990, elaborar também o Planejamento Estratégico Nacional em cooperação técnica com os estados e municípios, o qual pauta os demais entes federativos em suas diretrizes nacionais, sem contudo isso significar perda da competência federativa de cada ente para definir suas próprias políticas de saúde, correspondentes às necessidades de sua população, devendo, entretanto, orientar-se em sentido macro pelas políticas nacionais (as do Plano Nacional de Saúde e as do Planejamento Estratégico Nacional), em razão da unicidade do sistema e do papel de direção nacional do SUS de garantir uniformidade nas prioridades de saúde para a população brasileira.

Essas políticas sempre são realizadas de maneira a contemplar as necessidades de saúde em âmbito nacional em sua macro visão, uma vez que decorrem das análises das diretrizes gerais da conferência nacional de saúde, sem perder o poder de os demais entes federativos definirem as suas políticas locais, regionais e estaduais de saúde em acordo às suas realidades e diretrizes de suas próprias conferências de saúde.

Em resumo, como já mencionado, o Ministério da Saúde editou, ao longo desses anos, seis normas regulamentares do financiamento da saúde (NOB 1/91; NOB 1/93; NOB 1/96; NOAS 2001 e NOAS 2002, além do Pacto pela Saúde em 2006 e a Portaria GM-MS n. 3.922, de 2017, além do programa para o financiamento da atenção primária, portaria que institui o Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 2019). Essas normas pautaram (e algumas ainda pautam) as transferências de recursos da União para o estado e município, ancoradas em políticas e programas preconizados pelo Ministério da Saúde.

²⁴ O Plano Nacional de Saúde por sua vez, para atender a necessidade legal de o planejamento ser ascendente, deve observar as diretrizes da Conferência Nacional de Saúde.

Essas normas e outras pactuações definiram políticas e programas de saúde e os entes federativos deveriam aderir a elas para fazer jus a um montante de recursos decorrentes do financiamento da política. Contudo, as políticas de saúde não são totalmente financiadas pelo ente federal, cabendo aos demais entes federativos aplicarem recursos próprios, na medida do disposto na Lei Complementar nº 141, de 2012 e da EC 86, de 2015, que vinculam percentuais de receitas para o financiamento da saúde.

Como critério para o rateio federal, a adesão ao programa federal tem sido essencial. Por sua vez, o programa tem sempre agregado a forma do seu financiamento federal e a dos entes aderentes. Geralmente esses critérios levam em conta a demografia e a organização de serviços (rede e oferta). Na realidade, o incentivo é uma forma de rateio federativo conferidos àqueles que aderiram àquela política ou programa. Há hoje dois blocos de financiamento, como já visto, que referem-se a despesas de custeio e de investimentos.

Ambos decorrerem dos anteriores blocos de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, que sempre respondeu pela maior parcela dos repasses federais, constituído por dois componentes quantitativos e qualitativos: a) componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; e b) componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, lembrando que há um componente processual de predomínio da remuneração por produção de procedimentos pelo setor privado complementar.

Contudo, os programas mantêm-se quase todos eles, como o da vigilância em saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos estados e que compreendem as ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária, por exemplo.

O financiamento para a assistência farmacêutica também é constituído por componentes, como o Básico da Assistência Farmacêutica; o Estratégico da Assistência Farmacêutica; e o de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O bloco de estruturação da rede é destinado às despesas de capital. Os recursos dessa natureza orçamentária sempre foram destinados à construção de unidades de saúde, tais como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), (Portaria 1.020/2009); – Unidades Básicas de Saúde (UBS), (Portaria 2.226/2009) e à aquisição de equipamentos, (Portaria 2.198/2009).

Em todas essas formas de financiamentos foram identificados critérios demográficos ou de capacidade instalada ou rede de serviços. Os demais critérios legais definidos pela LC 141 não aparecem no rateio. Contudo, é bom deixar claro que esses critérios nunca foram conceituados pelo nível federal e nas comissões intergestores não foram discutidos a metodologia do cálculo para o critério epidemiológico, o socioeconômico.

Em síntese, os recursos por procedimentos são transferidos pela modalidade de serviço prestado, tendo como base-limite a série histórica e de acordo com os valores definidos em tabela de procedimento; a outra modalidade de cálculo, o da adesão a

programas ou políticas de saúde, condiciona o ente federativo à comprovação prévia de determinadas atividades, insumos ou recursos humanos.

2.3. Uma análise dos critérios de rateio da Lei Complementar nº 141/2012

Nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, a União deverá transferir recursos para os entes federativos na forma prevista no seu art. 17 e art. 18.

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do *caput* do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

A Lei Complementar nº 141/2012 determina novamente, 22 anos depois, conforme a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, a combinação de um conjunto de critérios, os quais se assentam no *critério-base* definido como o das necessidades de saúde da população, o qual se mensura em acordo as dimensões epidemiológicas, demográficas, geográficas, socioeconômicas, organização de serviços, desempenho dos serviços e outros, com metodologia de cálculo definida na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Os valores apurados para cada ente federativo devem ser informados, anualmente, ao conselho de saúde e tribunal de contas

correspondente, devendo, ainda, constar na lei orçamentária. Por isso, anualmente, deve-se conhecer previamente quanto cada ente federativo irá receber da esfera federal. Essa informação é importante para o planejamento e programação anual de saúde dos entes federativos e para a União inserir em seu orçamento anual.

O rateio dos recursos da União para estados e municípios, conforme estabelecido pelo artigo 17 da Lei nº 141/2012, além de observar as necessidades de saúde da população à luz das dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de organização de ações e serviços de saúde, deve-se somar aos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8080, subtraindo-se aqueles que se duplicam na conjugação dos dois artigos.

Vejamos os treze critérios de ambas as leis agregados, não estando aqui o da necessidade de saúde da população que é considerado o critério-guia e que também pode se traduzir pelo Mapa da Saúde (Decreto nº 7.508/2011), o qual deve apontar a existência dos serviços (situação real) e as necessidades futuras (metas):

1. Epidemiológico (LC 141 e Lei nº 8080).
2. Demográfico (LC 141 e Lei nº 8080).
3. Socioeconômico (LC 141).
4. Espacial (geográfico) (LC 141).
5. Capacidade de oferta de ações e serviços de saúde (LC 141 e Lei nº 8080).
6. Perfil demográfico da região (LC 141 e Lei nº 8080). Que deve ser compreendido no item 2, e analisado sob a ótica local e regional.
7. Perfil epidemiológico da população a ser coberta (LC 141 e Lei nº 8080). (Que se confunde com dimensão epidemiológica do item 1).
8. Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área (Lei nº 8080). (Que se confunde com a oferta de ações e serviços de saúde).
9. Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior (Lei nº 8080).
10. Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais (este critério hoje são os mínimos da EC 29 e da LC 141) (Lei nº 8080).
11. Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede (plano plurianual, em razão de alterações ocorridas) (Lei nº 8080).
12. Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (que deve estar previsto na composição das referências de serviços entre os entes federativos). (Lei nº 8080).
13. Critérios demográficos diferenciados para Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração. (Lei nº 8080).

Desses 13 critérios (lembremos que há o critério-guia que é o das necessidades de saúde da população), ao se agregar àqueles que têm o mesmo sentido ou que estão compreendidos no âmbito de outro, teremos 6 critérios. São eles:

1. Epidemiológico (LC 141 e Lei nº 8080): perfil epidemiológico da região e da população a ser coberta.
2. Demográfico (LC 141 e Lei nº 8080), agregado ao critério da demografia sazonal.
3. Socioeconômico (LC 141).
4. Espacial (geográfica) (LC 141).

5. Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área (Lei nº 8080). Refere-se à oferta de ações e serviços de saúde; aqui também deve estar compreendido o ressarcimento que se traduz como sistema de referência, cuja compensação de recursos deve se dar à luz das referências assistenciais. Esse critério deve estar dentre aqueles que compõem a organização de serviços por contemplar toda a dimensão prevista nesse item 5.

6. Desempenho técnico (gestão), econômico (piso da saúde) e financeiro (capacidade da execução orçamentária) no período anterior (Lei nº 8080). Esse elimina o nível de participação do setor saúde no orçamento.

Uma dúvida que pode pairar na metodologia do cálculo é quanto ao critério *per capita* revogado pela Lei Complementar nº 141/2013 (§ 1º do art. 35 da Lei nº 8080/90)²⁵. Entendemos que os critérios devem ser combinados pelo disposto na lei, mas essa combinação pode ensejar a criação de um critério *per capita*, sendo viável, ainda, criar categorias de *per capita* para atender as assimetrias federativas.

Aliás isso já ocorria com o *per capita* variável. O que foi vetado é o percentual fixo de 50%. Não se obriga ou não se pode mais definir um *per capita* de 50% da totalidade dos recursos e os demais pelos outros critérios, como apontava a lei anteriormente. Ele pode ser de outro valor, sempre inferior aos 50%, sob pena de se perder a intenção do legislador que foi de não permitir que metade dos recursos seja pelo critério *per capita*. Se a metade não pode, subentende-se que não deva ser maior, mas poderia ser inferior.

Além disso, ficou revogado o art. 3º da Lei nº 8.142/90, deixando de existir a obrigatoriedade de que 70% dos recursos da União devem ser destinados aos Municípios, uma vez que a lei, cuja finalidade é definir o rateio federativo de recursos da saúde, não a incorporou. Também foi revogado, no nosso entendimento, o § 2º do art. 77 do ADCT da CF (introduzido pela Emenda Constitucional 29/2000), que determina que 15%, de todos os recursos da União para a saúde sejam aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde. O art. 77 do ADCT impôs critérios de repartição de recursos de maneira temporária até que a lei complementar fosse editada dispondo sobre o mesmo tema, revista cada cinco anos.

Na metodologia preconizada pela LC 141 há que se combinar os seus múltiplos critérios e categorizar municípios e estados, em acordo aos critérios combinados (com maior ou menor população, situação socioeconômica e assim por diante).

O Ministério da Saúde deve contar com metodologia que categorize municípios e estados em acordo a determinados indicadores. Assim torna-se relevante conceituar os critérios para que se possa criar categorias de estados e municípios e assim alocar recursos para o atendimento das necessidades locais e regionais de saúde.

²⁵ Este parágrafo dispunha que 50% dos recursos das transferências obrigatórias federais deveriam ser pelo critério *per capita*, simplesmente.

O primeiro passo seria conceituar os critérios; depois definir como monitorá-los periodicamente, tendo em vista que seus conteúdos são móveis, podendo se alterar; por último, promover reavaliação periódica (pelo relatório de gestão quadrimestral e anual) dos conteúdos dos critérios, por serem eles que ensejam a alocação de recursos ao ente federativo. Se o seu conteúdo se modifica, conseqüentemente os recursos se modificarão também.

2.4. - Diretrizes gerais para a construção de uma proposta de metodologia de rateio dos recursos do SUS, de acordo com a Lei Complementar nº 141, de 2012.

Antes de tudo, é importante assinalar que a maior parte das experiências internacionais de alocação equitativa de recursos distingue *recursos de custeio* para financiar as ações e serviços de saúde dos *recursos de investimento*.

Os países que trabalham com *fórmulas* (critérios) para distribuição de recursos somente as utilizam para os recursos de *custeio* do sistema de saúde (PORTO, 2003). A alocação dos recursos de investimento é realizada por meio de um planejamento estratégico – planos de investimento. Nesse sentido, ao se seguir o padrão das experiências internacionais, entendemos ser importante adotar uma metodologia específica para os recursos de investimentos.

De forma geral, deve-se incorporar a noção de distribuição equitativa de recursos, que tem sido utilizada por muitos estudos, em que *equidade* refere-se a algo concernente às *necessidades da população* e não, necessariamente, à oferta de serviços de saúde, disponibilizados pelos entes federativos à população.

Equidade tem a ver com justiça distributiva que se fundamenta em critérios de justa repartição de bens em relação às desigualdades sociais e econômicas da Federação. Desse modo, a referência básica para a definição dessa metodologia está no princípio de que para necessidades iguais, recursos iguais; para necessidades desiguais, recursos desiguais para compensar a desigualdade. Uma distribuição equitativa deve se basear em critérios que considerem as diferentes necessidades de saúde da população para diminuição das desigualdades regionais.

Qualquer metodologia de rateio de recursos que se pretenda *justa* deve contribuir para promover a separação entre critérios de alocação (promoção de equidade) e a forma de utilização dos recursos (uso dos recursos). Trata-se de valorizar a utilização global dos recursos de acordo com o planejamento local, visando ao cumprimento de metas e alcance de resultados.

O uso dos recursos deve ser objeto de compromissos a serem firmados entre o ente repassador e o ente recebedor, de acordo com as necessidades de saúde da população,

ajustadas às diretrizes nacionais fixadas pela Conferência Nacional de Saúde. Essa determinação é legal, fundada na Lei Complementar nº 141 deve ser interpretada levando em conta o disposto no Decreto nº7.508, de 2011, que se refere também à repartição das responsabilidades federativas sanitárias, as quais devem ser financiadas de forma tripartite e regionalizadas.

Ao se tratar de recursos a serem alocados com base em critérios equitativos, utilizando-se o mesmo montante de recursos atualmente distribuído pelo Ministério da Saúde a estados e municípios, deve-se considerar que o resultado dessa distribuição, feita com base em equidade, certamente levará a que alguns desses entes venham a perder recursos. Porém, reconhecendo-se que não será possível haver perda de recursos para nenhum ente tendo em vista o subfinanciamento da saúde no País é obrigatório que a metodologia de cálculo que venha a ser proposta, considere aporte de recursos novos ou que, no caso de perda de recursos, ela seja considerada para compensações futuras de repasse de novos recursos; e, no caso de acréscimo de recursos, ela deverá ser considerada nos futuros aportes.

Por sua vez, entendemos ser fundamental priorizar na metodologia de cálculo a inclusão de critérios que possam ser aferidos a partir de dados existentes nos bancos de dados oficiais e nos sistemas de informação do SUS.

2.4.1 – Reflexões sobre uma proposta

Uma proposta de rateio dos recursos federais deve reconhecer, ante o conjunto dos critérios estabelecidos pela Lei Complementar nº 141, a possibilidade do agrupamento desses critérios em três eixos, sendo que cada um deles deve corresponder um índice de alocação de recursos. São eles:

- 1) **necessidades de saúde** - medidas pela situação socioeconômica, demográfica, geográfica e epidemiológica de cada ente (equidade federativa);
- 2) **redes de atenção** - capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde;
- 3) **desempenho técnico e financeiro anual** das ações e serviços de saúde.

Antes de sistematizarmos os critérios legais e seus correspondentes indicadores de acordo com esses eixos, cabe ressaltar que a fórmula proposta deverá seguir três etapas as quais denominamos de *níveis de transferências* dos recursos da União a estados e municípios:

1ª Etapa ou primeiro nível de transferência de recursos, o qual exige a elaboração do Índice de Necessidades de Saúde:

Necessidades de saúde: Uma *proxy* (estimativa) de necessidades de saúde que permita dimensionar desigualdades relativas em relação as condições epidemiológicas, demográficas, geográficas e socioeconômicas das populações de distintas localidades municipais integrantes da região de saúde, sendo que as populações deverão ser analisadas de forma mais qualitativa, ou seja, necessidade relativa por idade e sexo para a Atenção Básica e para a Média e Alta Complexidade. (Todas as experiências internacionais de alocação equitativa de recursos trabalham com o conceito de população ponderada). Assim a população deve ser ponderada pelo fator *idade e sexo* (como um primeiro ajuste) e depois pelos critérios epidemiológico, socioeconômico e geográfico.

A composição dessa fórmula pode ser descrita por:

População Censo	X	População com base na necessidade relativa a Idade e Sexo	X	População com base na necessidade de saúde referente a critérios socioeconômicos, epidemiológicos, demográficos e geográficos	=	População ponderada por necessidades de saúde
-----------------	---	---	---	---	---	---

2ª Etapa ou segundo nível de transferência de recursos, o qual exige a elaboração do Índice de Redes de atenção:

Redes de atenção: Por se entender que ocorre uma desigualdade na distribuição da oferta e produção de ações e serviços de saúde no País, deve-se adotar alguns critérios de correção. Por isso não se pode aceitar a possibilidade simples de se incrementar recursos de custeio em áreas sem oferta e produção porque isso certamente implicaria alocações problemáticas de muita pouca melhora das iniquidades existentes.

Para a viabilidade da redistribuição de recursos financeiros de custeio seria efetuada uma comparação entre o Índice de Necessidades de Saúde e o Índice de Redes de Atenção. Isso porque em municípios de alta necessidade de saúde e baixa rede de atenção se tornaria problemático o efeito da redistribuição apenas dos recursos de custeio, sem ampliação inicial da oferta e produção de ações e serviços de saúde pela capacidade instalada existente e ou investimento caso necessário.

A presença de redes de atenção está associada a um elevado grau de necessidades e que corresponderiam a situações em que seria possível iniciar um processo de redistribuição dos recursos de custeio e investimento.

3ª Etapa ou terceiro nível de distribuição de recursos exigiria a elaboração do Índice de Desempenho:

Desempenho técnico das ações e serviços de saúde. A distribuição dos recursos deve ser realizada de acordo com o esforço/desempenho relativo de todos os municípios e estados, em cada um dos indicadores referentes a esse eixo. Contudo, esse Índice seria utilizado somente após a execução do ano fiscal, a fim de se obter o desempenho referente às metas pactuadas e aos resultados atingidos em decorrência das metas ao longo de um ano.

O instrumento para servir de apoio à essa etapa deve ser o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) por ser necessário combinar o disposto na Lei Complementar nº 141 com o Decreto nº 7.508, de 2011, uma vez que não se interpreta nenhuma norma de forma isolada quando elas tratam da mesma matéria; o Decreto regulamentou a Lei nº 8080. Até porque não há como repassar recursos federais sem que se pactue a responsabilidade de cada ente federativo em relação à região de saúde e à sua própria população. O COAP é o ajuste federativo que tem essa finalidade: definir as responsabilidades sanitárias dos entes federativos na região de saúde ao integrarem na rede de atenção os serviços uns com os outros para o atendimento de uma população regional (*rede de atenção* como o locus dos serviços que podem estar em territórios de entes federativos diversos de uma mesma *região de saúde* ou entre regiões de saúde). A todo repasse de recursos federais (e estaduais) deve corresponder uma responsabilidade sanitária definida primariamente no plano de saúde e secundariamente no contrato organizativo de ação pública (acordo de vontades a definir as referências na rede de atenção, na região de saúde, conferindo segurança jurídica aos entes acordados). Sem compromissos firmados previamente, os repasses não se vinculam às responsabilidades sanitárias dos entes federativos para com a saúde de sua população e da população que lhe é referenciada.

Para uma visualização de indicadores que possam ser trabalhados nessas três etapas, propomos a seguir um quadro sintético²⁶:

²⁶ Esse quadro de critérios agrupados e de indicadores foram trabalhados no âmbito do Ministério da Saúde. Os autores, como consultores do MS, participaram de grupos de trabalho e de reuniões para discutir os critérios de rateio dos recursos da União para estados e municípios à luz da LC 141.

Quadro 1 – Níveis de transferências, critérios e indicadores

CRITÉRIOS AGRUPADOS – LEI Nº 141/2012		INDICADORES DE REFERÊNCIA (Taxa e Percentual)
Eixo Necessidades (primeiro nível de transferência)	Epidemiológico	- Mortalidade infantil (menor de 1 ano) - Mortalidade padronizada (sexo e idade) - Fecundidade (crescimento populacional).
	Socioeconômico (*)	- Domicílios com rede de esgoto - Domicílios com rede geral de água - Analfabetismo - Expectativa de vida ao nascer - Emprego formal - População abaixo da linha de pobreza
	Demográfico	- Envelhecimento - População Rural
	Geográfico	- Extensão territorial (somente para estados) - Distância (em km) dos municípios à Capital (somente para municípios) - Densidade demográfica
Eixo Redes de Atenção à Saúde (segundo nível de transferência).	Organização e execução das ações e serviços de saúde (oferta e produção)	- Indicadores referentes à capacidade de oferta e produção de serviços (a serem definidos)
Eixo Desempenho (sob a dimensão da avaliação daquilo que foi executado com os recursos transferidos). (terceiro nível de transferência).	Técnico Assistencial e Financeiro	- desempenho da atenção básica - percentual da receita própria aplicada em saúde

Obs: (*) Poderá ser utilizado como variável moderadora para ajustar o Índice de Necessidades de Saúde, no eixo Socioeconômico, o indicador da Receita Disponível (RD = impostos mais as transferências constitucionais) – isto é, o Inverso da RD. Isso porque, entende-se que os recursos federais são caracterizados como complementação dos recursos próprios dos estados e municípios.

Assim, os recursos federais poderiam ser transferidos em razão dos critérios mencionados acima, de acordo com metodologia de cálculo a ser definida na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, de forma mais global possível que é o que se busca para com isso diminuir a ingerência tão somente federal no planejamento local e estadual.

Essa é a metodologia que os países, com universalidade de acesso à saúde e transferência de recursos para os órgãos ou entes regionais, utilizam. A globalidade dos recursos é uma premissa. Jamais os recursos são transferidos por programas, mas sim por critérios gerais, políticas globais de saúde as quais compreendem as necessidades de saúde da população e a organização e funcionamento da rede de atenção à saúde (organização dos serviços). Esses recursos somados irão financiar políticas e programas de saúde, de acordo com os planos de saúde e suas metas quantitativas e qualitativas e cláusulas contratuais (COAP) dos entes federativos.

A base de referência para o cálculo do valor proposto aos municípios e aos estados deve considerar a distribuição dos recursos, a partir de um valor *per capita* que cada um dos entes receberia.

O valor das transferências em seu primeiro nível (eixo necessidades de saúde – equidade federativa) não considera as ações e serviços que serão realizados, mas sim as necessidades de saúde – que poderão até gerar um *per capita* único, o qual corrigiria, de uma maneira mais simples, desigualdades em razão da situação socioeconômica, epidemiológica, demográfica e geográfica de cada ente –, enquanto no terceiro nível de transferência (desempenho) haveria necessidade de se selar compromissos entre o ente repassador e o receptor quanto aos resultados que devem ser alcançados, fundada na programação anual de saúde considerada no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP).

Em suma, a metodologia proposta para o rateio dos recursos do SUS federal para estados e municípios deve ser baseada em um índice geral que decorrerá dos seus três índices (eixos): necessidades de saúde; redes de atenção; e desempenho técnico das ações e serviços de saúde.

2.5. A importância da fixação de políticas e programas pelo MS

O Ministério da Saúde, como direção nacional do SUS, deve definir políticas de saúde de âmbito geral - diretrizes e regramentos gerais de âmbito nacional – as quais devem vincular-se aos recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS) para *cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal*. Essa é a determinação constitucional e legal.

Nesse sentido, as políticas gerais e os programas prioritários do MS, também de âmbito geral, devem estar previstos no plano de saúde do ente federativo estadual e municipal e sua programação anual deverá contemplar as metas de saúde (quantitativas e qualitativas), de acordo com as necessidades de saúde, as quais deverão estar contempladas no COAP, sempre em conformidade com as realidades locais e regionais.

A responsabilidade federativa se centrará no cumprimento do previsto:

- a) no plano de saúde;
- b) na programação de saúde; e
- c) no contrato

os quais devem ser consonantes às diretrizes nacionais de saúde e os planos de saúde. Essas responsabilidades devem ser monitoradas permanentemente através do relatório de gestão (quadrimestral e anual) e pelo SIOPS, até que se tenha um sistema informatizado para acompanhar, no âmbito do relatório de gestão, o contrato e suas metas, conforme determina o Decreto nº7.508, de 2011, que permitirá o acompanhamento *online* das metas atingidas, com acompanhamento, por amostragem, *in locus*, conforme determina a Lei Complementar nº 141.

Toda metodologia de cálculo baseada, por exemplo, no terceiro nível de transferência (desempenho - item III), deverá se fundamentar no resultado da execução das políticas e programas previstos nos planos, programação e COAP. É preciso haver um sistema de avaliação de desempenho, com índices que possam estabelecer valores de repasses pelo desempenho.

O acompanhamento do COAP, e conseqüentemente do repasse dos recursos financeiros, será pelo alcance das metas previstas (medidas pelos indicadores acordados ou outra modalidade de verificação que poderá contemplar estruturas existentes e serviços realizados). Essas metas devem estar previstas no critério de organização de serviços, o qual compreende a rede e a oferta (garantia) de serviços (quantidade e complexidade dos serviços existentes e situação de referência de complexidade tecnológica de serviços entre os entes).

As metas podem compreender a ampliação de serviços ou a manutenção dos serviços existentes a serem realizados ao longo do ano. Deve-se haver uma combinação entre a quantificação de serviços prestados às estruturas existentes.

2.5.1 O contrato organizativo de ação pública da saúde²⁷ como forma de estabelecer as responsabilidades sanitárias federativas na aplicação dos recursos na região de saúde

O contrato previsto no Decreto nº7.508, de 2011, tem grande importância e função na fixação das responsabilidades na execução de serviços e do gasto com saúde. Pactuadas na CIT as políticas e os programas que devem decorrer de diretrizes nacionais previstas no plano nacional de saúde, estadual e local, devem ser definidas as metas contratuais.

O contrato é o documento que deverá expressar as metas regionais e individuais dos entes federativos. É o grande pacto entre os entes, de forma regionalizada, no sentido de organizar a integração dos serviços, organizar a rede de atenção, dispor sobre as referências

²⁷ Decreto nºFederal 7508/2011, art. 33.

regionais e inter-regionais. Atua como se os entes federativos se autodisciplinassem suas responsabilidades no SUS, em consonância às suas capacidades socioeconômicas e sanitárias.

A regionalização da saúde (região de saúde) não é uma faculdade nem uma sugestão. Trata-se de uma determinação constitucional inserta no art. 198 da CF. Nesse sentido, o contrato, assinado pelos entes integrantes de uma região de saúde, seu estado-membro e a União, é o documento que irá expressar de forma objetiva as responsabilidades interfederativas para com a população regional, de acordo com o planejamento da saúde. Planeja-se, elabora-se o plano de saúde, definem-se os recursos de seu financiamento e executam-se as ações e serviços de saúde sempre de acordo com o que foi planejado e inserto no contrato, para uma base populacional regional.

O contrato se expressa como: a) a forma de se garantir segurança jurídica na fixação de responsabilidades sanitárias; b) segurança no uso do dinheiro da saúde decorrente das transferências federativas; e c) de unificar os serviços em rede, conjugar esforços e cumprir-se, assim, de acordo com as assimetrias socioeconômicas e demográficas dos entes federativos, a dever do cuidado com a saúde da população, sempre de acordo com a capacidade de cada ente, gerando equidade federativa garantidora da integralidade da atenção e respeitando-se, assim, a autonomia federativa.

A coparticipação entre os entes públicos, em especial na saúde, há que se revestir de formalidades e de princípios do direito das obrigações, após a necessária negociação de modo a alcançar o equilíbrio entre os interesses contrapostos, fazendo surgir os contratos de colaboração entre os entes públicos.

É assim também que se garante no país, no âmbito do SUS, a equidade orçamentária federativa, conforme determina a própria CF. Reconhecemos que nossa Federação é composta de entes profundamente desiguais. Sem essa equidade orçamentária na saúde, a integralidade da assistência à saúde não se realiza de maneira equitativa e essa equidade deve realizar-se na região de saúde. A região de saúde deve ser o principal recorte geográfico da garantia do direito à saúde, isto é, o lócus da realização da integralidade da assistência à saúde.

2.6 Resumo das Propostas

1. O rateio de recursos da União para estados e municípios deve fundamentar-se nos critérios definidos na LC 141, de 2012 e no art. 35 da Lei nº 8080/90. Após a conceituação dos critérios de rateio, há que se definir a metodologia de cálculo para se encontrar o valor que caberá a cada ente *per si*.

2. A metodologia de cálculo a ser definida na CIT e aprovada no CNS, deve se tornar pública anualmente para o conselho de saúde e tribunal de contas respectivo, com o montante individualizado dos recursos a serem transferidos mensalmente ao ente federativo.
3. Antes de definir a metodologia de cálculo é importante definir qual o modelo de atenção à saúde pretendida, as políticas e programas que devem ser observados nacionalmente, em linhas gerais, uma vez que as especificidades e os detalhes devem estar a critério do ente federativo, de acordo com as suas realidades locais e regionais (necessidades de saúde). Nesse ponto o planejamento é obrigatório e essencial e compreende o recurso da emenda parlamentar
4. Com fundamento neste artigo, sugere-se uma proposta de rateio dos recursos federais que reconhece que no conjunto dos critérios estabelecidos pela LC 141, de 2012, há conteúdos que podem ser agrupados em três eixos, sendo que cada um deles poderia corresponder a um Índice de Alocação (IA) e um nível de transferência.
5. Os critérios legais são: a) necessidades de saúde medidas pela situação sócio-demo-geográfica-econômica e epidemiológica de cada ente; b) redes de atenção (capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde ou ainda organização dos serviços); c) desempenho técnico e financeiro anual das ações e serviços de saúde.
6. As emendas parlamentares por comporem o piso da saúde não pode ter seus recursos alocados sem respeitar esses mesmos critérios e o planejamento.
7. O ente federativo titular dos recursos repassados deverá pactuar com o estado, municípios de sua região de saúde e União, as suas responsabilidades ante a sua população e a referenciada, no contrato organizativo de ação pública da saúde (COAP).
8. Para o estabelecimento do contrato de ação pública, o mapa da saúde, o planejamento e o plano de saúde devem previamente ter sido realizados e este último deve expressar as necessidades de saúde da população e as políticas e programas que deverão ser executados, bem como as metas a serem alcançadas com os recursos próprios e os das transferências.
9. Deve-se lembrar sempre que a política de saúde é o instrumento de ação do Estado para a realização do direito à saúde.
10. Na execução de programas definidos pelo ente federal há que se observar os regramentos sempre de cunho geral editados pelo Ministério da Saúde como medida de garantia da segurança das pessoas e da unicidade conceitual das políticas nacionais de saúde, respeitadas as especificidades próprias do ente

federativo e suas realidades locais e regionais, respeitando-se assim a sua autonomia federativa na alocação de recursos.

11. Os programas devem ser considerados como regulamentos da execução da ação pública da saúde para fazer do SUS um sistema único de âmbito nacional, mas descentralizado para atender as necessidades de saúde o que significa a autonomia de cada ente para atuar de acordo às suas realidades locais e regionais, preservada a conduta técnica prevista nas normas sanitárias e nas diretrizes nacionais unificadoras das ações e serviços de saúde em um único sistema de saúde público, que é o SUS.
12. A União deverá ainda prever determinado valor em seu orçamento para fazer face às transferências voluntárias e definir o plano de investimento os quais devem ter programação realizada anualmente e observar determinados critérios previsto no § 2º do art. 17, sempre visando diminuir desigualdades e melhor atender a população.

Este item pretendeu apresentar de modo fundamentado uma proposta para a aplicação do art. 17 e 18 da LC 141, de 2012, visando contribuir para a discussão da definição dos conteúdos dos critérios de rateio e da metodologia de cálculo das transferências federativas no âmbito do SUS.

Considerações Finais

A partir da proposta de um novo piso para a saúde (Dweck, Moretti e Melo, 2022) com o objetivo ampliar a participação da União no financiamento e garantir de um gasto per capita mínimo em cada unidade da federação para a promoção do equilíbrio federativo e a criação de condições para equalização do acesso a serviços, sob o ângulo federativo, o mais relevante é canalizar os recursos adicionais para garantir os seguintes objetivos:

- 1) compensar flutuações cíclicas de receita própria dos entes federativos
Isto pode ser obtido pelo estabelecimento de gatilhos a partir de indicadores de desempenho econômico para atenuar tais flutuações. Um exemplo seria a constatação de uma recessão econômica técnica, quando a taxa de crescimento real do PIB é negativa por dois trimestres consecutivos. Cabe destacar que durante a pandemia houve a compensação da rápida contração de receita, mas os critérios de rateio precisam ser aperfeiçoados.
- 2) expandir a capacidade instalada a partir de indicadores de qualidade e a cobertura de vazios assistenciais, viabilizando o funcionamento e a ampliação das redes regionais de atenção.

Há uma tradição de alocação regional de recursos que quase sempre considera como base a oferta disponível em cada lugar. Essa tradição impede uma alocação mais equitativa dos recursos para garantir mais recursos para quem mais necessita, e não “premiar” quem tem melhor desempenho, como destaca Piola (2017), uma gestão pouco eficiente devesse ser objeto de assistência técnica e não de penalização.

3) ampliar a prestação de serviço quando houver nova capacidade instalada

A experiência do Programa de Aceleração do Crescimento que teve como um dos seus eixos a expansão da oferta de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) esbarrou na limitação entre as esferas orçamentárias de despesas de investimento e gasto corrente. Em algumas situações, equipamentos novos não puderam ser inaugurados pois não havia recursos para contratação de pessoal e a manutenção do serviço. Nesse sentido, é preciso pensar a expansão da oferta em toda a sua dimensão de capital e custeio.

4) estimular a cooperação federativa com base em alguns objetivos, como a regionalização e a formação de consórcios

Há uma forte concentração de serviços e recursos em municípios-polo e o litoral do Sul, Sudeste e Nordeste continua a concentrar a maior parte dos serviços e tecnologias. É necessário um planejamento territorial voltado para a construção de uma assistência integral e sistêmica de saúde” no país. A criação das redes com o objetivo de construir sistemas integrados de saúde requer uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde, que, deve ser acompanhada de uma articulação entre as redes temáticas que funcionem sistemicamente com protagonismo público conduzindo a integração e novos padrões de financiamento que considerem os arranjos institucionais como, por exemplo, fundos de compartilhamento de saúde.

5) trazer estabilidade para despesas indutivas do CEIS

Uma maior equalização da oferta de serviços deve estar alinhada ao adensamento territorial do CEIS, de modo a garantir a articulação entre a ampliação da oferta de serviços e o fortalecimento de sua base material, inclusive do ponto de vista local. Esta é uma forma de garantir que os encadeamentos produtivos oriundos de uma estratégia de nacionalização da base produtiva do CEIS não sejam concentrados em poucas regiões do país, reforçando as desigualdades regionais.

A partir desses objetivos e propostas apresentou-se com mais detalhes as formas de transferências obrigatórias de recursos entre os entes federativos, seus critérios e metodologias legais, e sugestão de diretrizes gerais para a elaboração de proposta de rateio de recursos federais aos estados e municípios, e dos estados para os municípios, com base

nos critérios estabelecidos pela Lei Complementar nº 141/2012, cujo resumo pode ser sistematizado em 12 itens:

- 1) O rateio de recursos da União para estados e municípios deve fundamentar-se nos critérios definidos na LC 141, de 2012 e no art. 35 da Lei nº 8080/90. Após a conceituação dos critérios de rateio, há que se definir a metodologia de cálculo para se encontrar o valor que caberá a cada ente per si.
- 2) A metodologia de cálculo a ser definida na CIT e aprovada no CNS, deve se tornar pública anualmente para o conselho de saúde e tribunal de contas respectivo, com o montante individualizado dos recursos a serem transferidos mensalmente ao ente federativo.
- 3) Antes de definir a metodologia de cálculo é importante definir qual o modelo de atenção à saúde pretendida, as políticas e programas que devem ser observados nacionalmente, em linhas gerais, uma vez que as especificidades e os detalhes devem estar a critério do ente federativo, de acordo com as suas realidades locais e regionais (necessidades de saúde). Nesse ponto o planejamento é obrigatório e essencial.
- 4) Com fundamento neste artigo, sugere-se uma proposta de rateio dos recursos federais que reconhece que no conjunto dos critérios estabelecidos pela LC 141, de 2012, há conteúdos que podem ser agrupados em três eixos, sendo que cada um deles poderia corresponder a um Índice de Alocação (IA) e um nível de transferência.
- 5) Os critérios legais são: a) necessidades de saúde medidas pela situação sócio-demográfica-econômica e epidemiológica de cada ente; b) redes de atenção (capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde ou ainda organização dos serviços); c) desempenho técnico e financeiro anual das ações e serviços de saúde.
- 6) As emendas parlamentares por comporem o piso da saúde não pode ter seus recursos alocados sem respeitar esses mesmos critérios.
- 7) O ente federativo recebedor dos recursos deverá pactuar com o estado, municípios de sua região de saúde e União, as suas responsabilidades ante a sua população e a referenciada, no contrato organizativo de ação pública da saúde (COAP).
- 8) Para o estabelecimento do contrato de ação pública, o mapa da saúde, o planejamento e o plano de saúde devem previamente ter sido realizados e este último deve expressar as necessidades de saúde da população e as políticas e programas que deverão ser executados, bem como as metas a serem alcançadas com os recursos próprios e os das transferências.
- 9) Deve-se lembrar sempre que a política de saúde é o instrumento de ação do Estado para a realização do direito à saúde.
- 10) Na execução de programas definidos pelo ente federal há que se observar os regramentos sempre de cunho geral editados pelo Ministério da Saúde como medida de garantia da segurança das pessoas e da unicidade conceitual das políticas nacionais de saúde, respeitadas as especificidades próprias do ente federativo e suas realidades locais e regionais, respeitando-se assim a sua autonomia federativa na alocação de recursos.
- 11) Os programas devem ser considerados como regulamentos da execução da ação pública da saúde para fazer do SUS um sistema único de âmbito nacional, mas descentralizado na definição das necessidades de saúde, o que significa a autonomia de cada um para atuar de acordo com as suas realidades locais e regionais,

preservada a conduta técnica prevista nas normas sanitárias e nas diretrizes nacionais unificadoras das ações e serviços de saúde em um único sistema de saúde público que é o SUS.

- 12) A União deverá ainda prever determinado valor em seu orçamento para fazer face às transferências voluntárias e definir o plano de investimento os quais devem ter programação realizada anualmente e observar determinados critérios previsto no § 2º do art. 17.

Referências Bibliográficas

ALESINA, A. et al. The effects of fiscal consolidations: theory and evidence. National Bureau of Economic Research, 2017.

ALESINA, A.; FAVERO, C.; GIAVAZZI, F. What do we know about the effects of austerity?. In: AEA Papers and Proceedings. 2018. p. 524-30.

AUERBACH, A. J.; GORODNICHENKO, Y. Fiscal multipliers in recession and expansion. In: Fiscal policy after the financial crisis. University of Chicago Press, p. 63-98, 2012

BARCELOS, C. L. K.; CALMON, P. C. D. P. A reforma gerencial do orçamento brasileiro: em busca de múltiplos significados. Revista de Administração Pública, v. 48, n. 1, p. 159-181, 2014.

BASTAGLI, F.; COADY, D.; GUPTA, S., Income inequality and fiscal policy. IMF Staff Discussion Note 12/08 (Washington: International Monetary Fund), 2012

BLANCHARD, O. J.; LEIGH, D. Growth forecast errors and fiscal multipliers. American Economic Review, v. 103, n. 3, p. 117-20, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março. Conforma um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: em Defesa do SUS, pela Vida e de Gestão, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1497, de 22 de junho. Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos, 2007 a. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento e seu respectivo monitoramento e controle, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

CARVALHO, G. Apontamentos sobre o PLOA 2011 do Ministério da Saúde. Domingueira, n. 538, - Mais Financiamento da Saúde, Campinas: IDISA, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_3726_0_2010---27---538---domingueira---mais-financiamento-da-saUde.html>

CASTRO, J. A.; CARDOSO Jr, J. C. Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo de 1988 a 2002. In: JACCOUD, L. (Org.). Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo. Brasília: Ipea, p. 261-318, 2005.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Análise do Projeto de Lei nº Orçamentária Anual PLOA 2014 e os Recursos destinados ao Ministério da Saúde. Brasília: Conass, 2013.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, v. 10, n. 2, p. 113-140, 2001.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/08.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

DE OLIVEIRA, F. A. O orçamento como instrumento da democracia e da cidadania: a importância das vinculações. In Fagnani, E. (organizador). *A reforma tributária necessária: diagnóstico e premissas*. Brasília: Anfip: Fenafisco: São Paulo: Plataforma Política Social, 2018.

DELONG, J. B. et al. Fiscal policy in a depressed economy [with comments and discussion]. *Brookings Papers on Economic Activity*, 233-297, 2012.

DWECK, E. Regras fiscais para os 99% da população. *Jornal dos Economistas*, Rio de Janeiro, p. 10-11, jun. 2020. Disponível em: <https://www.corecon-rj.org.br/anexos/619CA0C544A7E7BB76C67A9284958182.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2020.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M.F.G.C. de. Finanças Públicas para o desenvolvimento produtivo: desafios estruturantes para o CEIS no Brasil. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). *Projeto Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas (CEIS 4.0)*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: CEE/Fiocruz, 2020.

_____. Finanças Públicas para o desenvolvimento produtivo: desafios estruturantes para o CEIS no Brasil. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). *Projeto Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas (CEIS 4.0)*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: CEE/Fiocruz, 2022.

_____. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021. Disponível em: <<http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/issue/view/30/showToc>>. Acesso em: 9 set. 2021.

DWECK, E.; ROSSI, P. L. Política fiscal para o desenvolvimento inclusivo. In: MATTOSO, J.; CARNEIRO, R. (Orgs.). *O Brasil de amanhã*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, v. 1, p. 51-94, 2018.

FAGNANI, E. *Proteção social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2005.

FAIR, R. C. Explaining the slow US recovery: 2010–2017. *Business Economics*, v. 53, n. 4, p. 184-194, 2018.

FATÁS, A.; SUMMERS, L. H. Hysteresis and fiscal policy during the Global Crisis. *Vox CPER Policy Portal* (<https://voxeu.org/article/hysteresis-and-fiscal-policy-during-global-crisis>), 2016.

GIRALDES, M. R. *Distribuição Equitativa da Despesa em Cuidados de Saúde primários*. Tese para concurso de professor na ENSP/Portugal, 1987.

GIRARDI, D.; PATERNESI M. W.; STIRATI, A. Persistent effects of autonomous demand expansions. *Institute for New Economic Thinking Working Paper Series*, n. 70, 2018.

JATENE, A. & PADILHA, A. *40 anos de medicina. O que mudou?* Campinas: Saberes Editora, 2012.

KERSTENETZKY, C. L. O Estado do bem-estar social na idade da razão. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2012.

KRUGMAN, P. Good enough for government work? Macroeconomics since the crisis. *Oxford Review of Economic Policy*, v. 34, n. 1-2, p. 156-168, 2018.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300010>.

LOPES, J. C.; AMARAL, J. F. Self-defeating austerity? Assessing the impact of a fiscal consolidation on unemployment. *The Economic and Labour Relations Review*, V. 28, n. 1, p. 77-90, 2017.

LOPREATO, F. L.C. Caminhos da política fiscal do Brasil. Editora Unesp, 2013.

LOPREATO, F. L.C. O colapso das finanças estaduais e a crise da federação. São Paulo: Unesp, 2002.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 841-850, 2009.

MENDES, A. N. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). (Tese de Doutorado em Economia). Campinas: SP, 2005.

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

MORETTI, B.; OCKÉ-REIS, C.; FUNCIA, F. Por que o SUS não pode perder R\$ 35 bi em 2021, em meio à pandemia? Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/por-que-o-sus-nao-pode-perder-r-35-bi-em-2021-em-meio-a-pandemia>. 21 ago. 2020. Acesso em: 30 ago. 2020.

OSTRY, J. D.; BERG, A.; TSANGARIDES, C. G. Redistribution, inequality, and growth. International Monetary Fund, 2014.

PAIVA, A. B. de; GONZALES, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. In: Jaccoud, Luciana (org). Coordenação e Relações Intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap5> Acesso em: 19 fev. 2022.

PALLUDETTO, A. W. A. e DEOS, S. Mitos e verdades sobre o orçamento do governo federal. *Nexo*. São Paulo. 19 jun. 2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/ensaio/debate/2020/Mitos-e-verdades-sobre-o-or%C3%A7amento-do-governo-federal> Acesso em: 04 jul. 2020.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão n. 1846. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf Acesso em: 6 jul. 2020.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão n. 1846. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf Acesso em: 6 jul. 2020.

PIRES, M.; BORGES, B. A despesa primária do governo central: estimativas e determinantes no período 1986-2016. *Estudos Econômicos*, v. 49, n. 2, p. 209-234, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ee/v49n2/0101-4161-ee-49-02-0209.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

PORTO, S. et al. Alocação Equitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*. RJ, v.27, p.376-388, set./dez, 2003.

ROSSI, P. L.; DWECK, E.; DE OLIVEIRA, A; L. M. (orgs). Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. Autonomia Literária, 2018.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 ago. 2020. Epub 15 dez. 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194316>.

SANTOS, L. Aspectos do financiamento das ações e serviços de saúde no SUS. Saúde em Debate. Londrina: v. 37, p. 26, Cebes, 1992.

SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Campinas: Saberes editora, 2012.

SCHAECHTER, A. et al. Fiscal Rules in Response to the Crisis: Toward the "Next-Generation" Rules: A New Dataset. IMF Working Paper 12/187. [S.l.]: International Monetary Fund, 2012.

VIANA, A. L. V; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00022519, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000800401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 Out. 2020. Epub Oct 17, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022519>.

PARTE 2 – Síntese da Fase 1

A matriz de identificação dos problemas e propostas preliminares para debate

Como forma de contribuir para a reflexão que permita futuramente engendrar uma nova geração de políticas públicas em âmbito nacional orientada à superação das vulnerabilidades do SUS e à garantia da universalidade do acesso à saúde no Brasil, apresentamos a matriz de identificação dos problemas e propostas preliminares para debate. Os quadros que se seguem e que estão divididos em quatro grandes temas (planejamento, financiamento e orçamento do SUS; questão federativa; poder de compra do Estado e indução do CEIS; e novas regras para piso constitucional para saúde pública), foram pensados a partir da discussão e aprendizados obtidos com essa pesquisa.

O planejamento, financiamento e orçamento do SUS

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
Arcabouço fiscal brasileiro	
Superposição das regras fiscais (Regra de Ouro, LRF, Teto de Gastos) define artificialmente um limite à capacidade de atuação do Estado.	<ul style="list-style-type: none"> • Um novo arcabouço fiscal deve incluir regras de gasto flexíveis e ajustáveis ao ciclo econômico, que permitam crescimento diferenciado das despesas. • A regra fiscal não pode limitar artificialmente a atuação do Estado. • Revogação do Teto de Gastos, Reformulação da LRF e Regra de Ouro. • Reforma tributária progressiva. • Mecanismos que combinem financiamento por dívida e reforma tributária progressiva. • Tais regras, acompanhando a experiência internacional, têm que incluir cláusulas de escape relativas à arrecadação.
Regras fiscais são fortemente pró-cíclicas, exigindo cortes em momentos de baixa no ciclo econômico.	
Regras fiscais são recessivas, impõem um crescimento dos gastos públicos inferior ao PIB.	
As regras fiscais e a Lei de Crimes Fiscais levaram à criminalização da política fiscal.	
Política fiscal, sistema tributário e desigualdade	
Sistema tributário regressivo – financiando despesas progressivas.	<p>Reforma tributária progressiva como forma de reduzir a desigualdade, potencializando o efeito progressivo dos serviços públicos como o SUS.</p> <p>Deve ser combinada com uma nova vinculação de fontes mais progressivas</p>
Natureza e peculiaridade das relações público e privadas de nosso sistema de saúde, o potencial distributivo do gasto público com saúde somado ao caráter altamente regressivo da renúncia fiscal da saúde	

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
Despesas na área de saúde muito ligadas às receitas de tributação indireta.	Permitir que a redução de gastos tributários amplie as despesas no sistema público
Impactos sobre o financiamento do SUS	
EC 29/2000, a regra de aplicação mínima em saúde resultou em redução relativas das despesas da União frente aos entes subnacionais.	Novas regras de gasto e vinculação de recursos ao SUS menos sujeitas ao ciclo econômico e capazes de alinhar o regime fiscal às necessidades de saúde do País: <ul style="list-style-type: none"> • despesas indexadas à alteração da estrutura demográfica e outras pressões estruturais; • gastos <i>per capita</i>.
Ausência de regras que impliquem aumento do gasto da União compatível com um sistema universal de saúde, o que se agravou com a EC 95.	
Regras e classificações orçamentárias e o financiamento do SUS	
Impactos das classificações orçamentárias (despesas primárias, sujeitas ao teto, em boa medida correntes) sobre o financiamento do SUS.	Reestruturar classificações orçamentárias: <ul style="list-style-type: none"> • Despesas de saúde (em geral, primárias e correntes) devem ser classificadas de acordo com efeito multiplicador e redistributivo, estabilizando o financiamento do setor (seja por meio de tributos, seja por meio de endividamento); • Estimular a combinação virtuosa de gastos de investimentos e correntes (por exemplo, novos investimentos que fomentam cobertura de vazios assistenciais), mediante a retirada de travas fiscais (por exemplo, relativas à regra de ouro).
As classificações orçamentárias do Novo Regime Fiscal implicam pressões por mudanças na dinâmica de elaboração do orçamento: a) desvinculação de receitas e b) ênfase em despesas limitadas ao exercício	A vinculação de recursos e a lógica incremental são fundamentais ao SUS na ampliação dos valores repassados pela União de forma permanente, não apenas para atender às pressões estruturais por serviços de saúde, mas também aos vazios assistenciais distribuídos desigualmente nas regiões
Baixa indução do CEIS.	Rever restrições das regras fiscais sobre o financiamento do SUS, adotando classificações que abrem espaço fiscal a despesas, como as indutivas do CEIS, que geram emprego e renda e

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
	reestruturam a base produtiva e tecnológica do SUS (novas classificações).
Toda decisão de ampliação das despesas de saúde implica pressão sobre o teto.	Regras que preservem gastos de elevado efeito multiplicador e redistributivo: <ul style="list-style-type: none"> • Rubricas associadas a mudanças estruturais, econômicas e sociais devem ter menor sensibilidade ao ciclo econômico; • Maior estabilidade do financiamento de um novo padrão de desenvolvimento, proporcionando maior segurança jurídica de parcerias entre setor público e privado.
Despesas de saúde financiadas por receitas oriundas do ressarcimento das operadoras de planos de saúde ao SUS e por <i>royalties</i> do petróleo não devem ser computadas no cálculo das aplicações mínimas de saúde, mas não há cláusulas de escape no teto de gasto capazes de converter essas receitas em ampliação de despesas primárias	
O teto se refere apenas a despesas primárias, ele não implica restrições a gastos tributários e redução de renúncias regressivas. Com o teto, não constitui um canal de redistribuição de recursos para financiar o sistema público de saúde.	
Limites ao endividamento para financiar despesas correntes restringem gastos fundamentais para promover alterações na estrutura econômica e social do País, como no caso do CEIS.	
A classificação do que se submete ou não ao teto define <i>ex ante</i> as possibilidades de alocação de recursos extraordinários.	
	Restrições do regime fiscal devem se aplicar diferencialmente aos gastos. Gastos devem ser classificados em função dos seus efeitos potenciais. Rever a segregação entre gastos de capital e correntes.

Questão federativa

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
Federalismo fiscal brasileiro	
Os municípios e não os estados se tornaram os principais parceiros do governo federal na implementação de políticas sociais.	Financiamento de consórcios exigem adaptações no pacto federativo, em especial na distribuição de recursos.

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
Municipalização x necessidade de consórcios e regionalização.	
Federalismo competitivo x federalismo cooperativo - depende muito da atuação do governo central e dos mecanismos de governança tripartite.	Institucionalizar um modelo realmente cooperativo e autônomo, em que os entes se ajudam e possuem receitas suficientes para fazer frente às suas necessidades.
A importância dos estados e municípios na oferta direta de serviços contrasta com os limites existentes à ação dos entes subnacionais.	Novas regras.
Os problemas do federalismo fiscal brasileiro se acirram nos momentos de crise - renegociações de dívidas com maior concentração e redução de autonomia dos entes subnacionais.	Rever regras fiscais, reduzindo pró-ciclicidade.
Impacto das Regras Fiscais nas relações federativas	
LRF e renegociação da dívida de 1997 – estados subordinados ao governo federal, mudança no pacto federativo, reduzindo o papel dos estados.	Rever regras fiscais, reduzindo pró-ciclicidade.
LRF resultado primário – efeitos pró-cíclicos, somados à imposição da geração de superávits primários.	
LRF – limites para o endividamento de entes subnacionais.	
LRF – Limite de gasto com pessoal e impacto na saúde – impacto sobre relações público e privadas – para fugir das sanções da LRF os governos preferem cortar programas essenciais, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou terceirizar unidades e serviços por meio das Organizações Sociais (OSs).	Regras distintas para áreas intensivas em pessoal.

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
Teto de gastos como contrapartida de renegociação de dívida – plano de auxílio aos estados e distrito federal e recuperação fiscal.	Rever contrapartidas para auxílio aos entes.
Federalismo da saúde – aspectos gerais	
Os desafios da descentralização de competências e regionalização em saúde – tensão entre uniformidade e diversidade – dependência da direção nacional do SUS.	Descentralização da gestão orientada por padrões nacionalmente estabelecidos – o Ministério da Saúde deve se manter como referência normativa e financeira, garantindo a unidade em um sistema único de saúde.
Forte desigualdade inter e intrarregiões e a existência de vazios assistenciais – estrutura incompleta de equipamentos e especialidades nos territórios.	Investimentos orientados para diminuição dos vazios assistenciais. Indução do processo de aprimoramento das regiões e redes, com articulação entre os fluxos de pacientes, os equipamentos de saúde e instituições da gestão.
Vazios assistenciais – como atenuar o mecanismo pelo qual os entes com maior “capacidade produtiva” tendem a receber mais recursos.	Criação de novos instrumentos de financiamento, como fundos regionais de saúde, que considerem os arranjos institucionais, características territoriais e complexidade urbana. Mecanismos de alocação e distribuição de recursos que atenuem os efeitos distributivos que consideram a maior “capacidade produtiva” como parâmetros.
Forte concentração de serviços e recursos em municípios-polo – há intervenções pontuais e falta um planejamento territorial para a construção de uma assistência integral e sistêmica de saúde.	Regulação que dê mais clareza e definição para a atuação e contratação do setor privado (OSs, etc.), preservando as funções públicas estratégicas e fundamentais de organização sistêmica, de educação continuada dos profissionais de saúde, de controle e unificação de dados e informações e outras e que garanta a universalidade.
EC 95 - impacto sobre transferências do SUS – transferência de recursos como incentivo para promover a indução de capacidade de estados e municípios para o sistema nacional.	Novas regras de gasto combinadas a novos critérios de regionalização, mirando a capacidade instalada no território, mas também a redução de desigualdades regionais.

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
Ampliação da participação dos entes subnacionais no gasto público de saúde, reduzindo-se em consequência a parcela da União, ainda que ela detenha maior capacidade de financiar gastos públicos.	
Mesmo políticas pontuais para mitigar desigualdades, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o programa Mais Médicos e Programa Farmácia Popular, são diretamente afetadas pela EC 95.	
Gastos tributários e ajustes fiscais afetam diretamente os recursos para o SUS.	Revisão dos benefícios tributários da União (atualmente, em 4% do PIB). Exemplo do setor de petróleo.
Federalismo da saúde – Mecanismos de repasse da União	
Crescimento dos recursos federais de média e alta complexidade, incapaz de recompor inflação de saúde e crescimento da população nos últimos anos.	Novas regras de gasto e de mínimo obrigatório da União, vinculando crescimento dos recursos à ampliação das redes regionais de atenção à saúde e indução de novos modelos de regionalização (combinando critérios de capacidade instalada e redução de desigualdades).
Os efeitos da redução das transferências – causadas pela queda na arrecadação (FPE, FPM e cota-parte do ICMS) e pelo teto dos gastos (SUS), são mais sentidos nos municípios médios e pequenos.	Novas regras de gasto combinadas a novos critérios de regionalização, mirando a capacidade instalada nos territórios, mas também a redução de desigualdades regionais.
Novo modelo de atenção básica reduzirá recursos da AB em diversos municípios e há fortes indícios de que esteja em curso uma preparação para privatização com comprometimento da universalidade.	Revisão do novo modelo de AB, garantindo que não haverá redução de recursos para os municípios (no mínimo, previsão de regras de transição e revisão dos parâmetros da Portaria).
Modelos de pagamento obsoletos, como a tabela SUS (pagamento por procedimentos).	Criar novos modelos de pagamentos não mais centrados em procedimentos estanques, mas na contratualização e na lógica de pagamento por linha de cuidado, desde a consulta até a cirurgia e a reabilitação.

Poder de compra do Estado e indução do CEIS

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
Compras públicas	
Regras de aquisição focadas no curto prazo com ênfase em controle.	<ul style="list-style-type: none"> Regulamento de aquisições no âmbito das PDPs, com contratos plurianuais celebrados com laboratórios e menor impacto das regras da administração burocrática. Cláusulas de apoio aos laboratórios e maior segurança sobre vantajosidade econômica.
Mecanismos de indução	
Risco de perda de capacidade de utilização do poder de compra estatal para indução do CEIS com entrada na OCDE.	Rever ingresso na OCDE.
Ausência de política de apoio aos laboratórios oficiais para induzir aumento da capacidade de transferência de tecnologia.	Política de apoio aos laboratórios oficiais, vinculada à nova modalidade de contratos, com induções para efetivação de TT e "prêmio" por resultados obtidos.
Baixa presença na legislação de incentivos ao uso de modalidades de compra indutivas de absorção de tecnologia de saúde (para além das PDPs, como os acordos <i>offset</i>).	Criação de estímulos para conferir maior amplitude à compensação tecnológica: <ul style="list-style-type: none"> priorizar contratações que envolvam compensação tecnológica, estabelecendo novas classificações orçamentárias e regras de gasto que viabilizem ampliação de despesas de capital e fomentem ampliação de serviços para cobertura de vazios assistenciais – associação de despesas de capital e correntes.

Piso constitucional para ações e serviços públicos de saúde

Problemas destacados	Propostas preliminares para o debate
Piso da Saúde	
Redução do financiamento do SUS.	Revogação da EC 95/2016 e novo arcabouço fiscal.

Com a EC 95/2016 e o congelamento do piso, sequer eventuais ganhos de arrecadação são transferidos à saúde.

A vinculação dos gastos com saúde ao ciclo econômico (PIB e RCL) afeta o mínimo de saúde, quando a rede de proteção é mais relevante diante do desemprego e queda na renda.

Ao novo arcabouço fiscal proposto deve-se combinar um novo piso de saúde:

- minimize o efeito do ciclo econômico sobre o SUS;
- Indexe a variação das despesas à alteração da estrutura demográfica, à incorporação de tecnologia e à transição epidemiológica;
- estabeleça métricas de investimento com valores mínimos de saúde, que incorporem parâmetros compatíveis com a universalidade e integralidade do SUS e fatores estruturais de pressão sobre o sistema – “CAQ da saúde”;
 - considere a inflação de saúde no cálculo dos valores mínimos *per capita*
 - induza a utilização de novos recursos para cobrir vazios assistenciais, garantir a universalização do acesso e a expansão do CEIS;
 - inclua cláusulas de escape nas regras para que ampliação de arrecadação e receitas atípicas financiem o SUS (fora do piso) e de eventual regra de gasto (receitas do pré-sal e ressarcimento do SUS, por exemplo);
 - produza mudanças econômicas e sociais estruturais.

PARTE 3 – Síntese da Fase 2 e 3

Resumo das Propostas

O trabalho das Fases 2 e 3 apresentou uma proposta de nova arquitetura fiscal e orçamentária para o Brasil, com ênfase em novas regras de financiamento federal do SUS e orçamento do CEIS, incluindo suas fontes de financiamento.

A proposta partiu do diagnóstico de que a rigidez fiscal do Brasil vai na contramão da literatura especializada e da experiência internacional sobre o papel da política fiscal como instrumento de estabilização da economia e de resposta estrutural aos desafios coletivos existentes, especialmente após a crise financeira de 2008 e a COVID-19.

Neste contexto, é preciso repensar o arcabouço fiscal brasileiro, considerando um novo papel para o Estado na promoção do desenvolvimento e na superação de crescentes desafios sociais. A mudança no arcabouço fiscal é pensada como instrumento de ampliação das capacidades estatais, especialmente com vistas a viabilizar a estruturação do CEIS, articulando o fortalecimento da sua base produtiva e tecnológica e a garantia do direito à saúde.

Pensada em grandes eixos, a proposta envolve:

- a) a adoção de um padrão fiscal mais flexível, viabilizando gastos com fortes efeitos multiplicadores e sociais para que a política fiscal opere como mecanismo de estabilização econômica e indução de mudanças estruturais;
- b) definição de regra de piso federal para ações e serviços públicos de saúde, de modo que o orçamento do setor fique menos exposto ao ciclo econômico (como ocorre com regras indexadas ao PIB e à RCL) e possa crescer em termos reais per capita para fazer frente às pressões conjunturais e estruturais sobre o SUS;
 - b.1) parcela dos recursos adicionais garantiria expansão dos investimentos voltados à estruturação do CEIS e ampliação das transferências aos entes subnacionais, invertendo a tendência atual em que estados e municípios vêm aumentando sua participação relativa no gasto de saúde. O aumento das transferências federais apoiaria a equalização da oferta de serviços no território e mitigaria queda de receitas dos entes subnacionais em momentos de crise, resultando em ajuste na despesa, como ocorreu no período 2014-2016, manifestando o caráter pró-cíclico das regras.
- c) criação, a partir de novas classificações do gasto, do orçamento CEIS, com identificação de despesas a partir de sua contribuição ao objetivo de fortalecimento da base produtiva e tecnológica de saúde;
- d) mix de financiamento com ampliação de receitas públicas (seja em razão do crescimento do produto, seja por uma reforma tributária progressiva) e emissão de dívida, especialmente em momentos de baixa do ciclo econômico, de forma

a assegurar a estabilidade do gasto do CEIS e não comprometer a agenda estrutural de mudanças produtivas e tecnológicas.

Em relação ao item *d*, a crise da Covid-19 reforçou que entes monetariamente soberanos são capazes de realizar gastos deficitários em sua moeda, resultando em ampliação da dívida pública, necessária para a suavização das flutuações no curto prazo. Para tanto, o arranjo fiscal e orçamentário deve garantir recursos adicionais a despesas que tenham elevados efeitos multiplicadores e redistributivos, contribuindo para fechar o hiato de produto, com impactos positivos sobre as contas públicas.

Além disso, a inclinação do orçamento a gastos como os do CEIS, indutores de transformações produtivas e tecnológicas, amplia a capacidade produtiva da economia, contribuindo, inclusive, para a sustentabilidade fiscal no médio e longo prazos.

Uma reforma tributária progressiva teria o papel de melhorar a distribuição de renda e riqueza e destinar recursos ao SUS (por exemplo, via redução de gastos tributários de saúde do IRPF e canalização de parcela dos valores para a ampliar a rede pública). Ademais, também contribuiria para a estabilização da relação entre dívida e PIB.

Percebe-se que o arranjo proposto articula os níveis macro (regras fiscais mais flexíveis) e micro (gestão orçamentária baseada em classificações que segregam os gastos em função de seus impactos econômicos, sociais e ambientais), com o propósito de viabilizar a alocação de recursos públicos que fomentem transformações estruturais na sociedade brasileira, especificamente, o adensamento produtivo e tecnológico do setor de saúde.

Ao propor a elaboração de um orçamento CEIS, a proposta também supera dicotomias presentes nas atuais classificações orçamentárias, regidas, de modo geral, pelos efeitos fiscais de curto prazo de cada despesa. Por exemplo, o orçamento CEIS combina despesas correntes e de capital²⁸, que passam a se articular com vistas, simultaneamente, a responder ao desafio da indução de maior complexidade tecnológica e da realização do direito à saúde.

Enfim, a lógica das mudanças seria ampliar a capacidade de ação estatal, sobretudo no contexto pós-Covid, inclinando o regime fiscal e o orçamento público ao processamento de demandas da sociedade e a mudanças estruturais que ampliem o nível de bem-estar social. Para tanto, o CEIS é um objeto privilegiado, em virtude da possibilidade de articular objetivos econômicos e sociais.

As novas classificações orçamentárias serviriam para diferenciar a aplicação de regras fiscais segundo os efeitos potenciais do gasto. Em outros termos, a engenharia orçamentária esboçada no trabalho permite que a flexibilização fiscal seja direcionada a gastos com

²⁸ Do mesmo modo, o orçamento CEIS contaria com despesas primárias e financeiras. Neste último caso, vale citar o exemplo de rubricas relacionadas a recursos reembolsáveis do FNDCT que financiem projetos relevantes para o CEIS.

impactos econômicos, sociais e ambientais relevantes, aumentando decisivamente a qualidade do orçamento público.

É sob essa ótica que a reforma fiscal proposta – englobando regras fiscais, orçamentárias, mínimo de aplicação em saúde e reforma tributária – inscreve-se na agenda da ampliação das capacidades estatais.

No caso brasileiro, convém lembrar que a excessiva rigidez fiscal suscitou, nos últimos anos, o contínuo debate sobre o descumprimento das regras, especialmente o teto de gastos. Neste cenário, flexibilizações da regra não apenas levaram à instabilidade no mercado de títulos públicos (em função do crescimento da incerteza), como viabilizaram despesas, a exemplo das emendas de relator, que reduzem a qualidade do orçamento e seus impactos potenciais sobre o bem-estar.

Ao mesmo tempo, as restrições fiscais seguem se aplicando a despesas estratégicas, como saúde, investimentos públicos e os gastos primários com o FNDCT. Ademais, recentes mudanças constitucionais criaram novas regras fiscais que podem ser aplicadas em futuro próximo (como o limite de dívida), ampliando-se a sobreposição de regras.

No campo tributário, a proposta de reforma do Imposto de Renda foi desfigurada no Congresso Nacional e, caso aprovada, não contribuiria decisivamente para um regime tributário com maior progressividade. Tampouco a revisão dos benefícios tributários prevista na EC 109 terá impactos significativos, pouco avançando em relação à racionalização do gasto tributário no Brasil.

Medidas pontuais reforçam o desalinhamento entre os instrumentos fiscais e tributários do governo federal e o papel do Estado na promoção do desenvolvimento sustentável. Por exemplo, o Senado Federal discute a concessão de isenções fiscais de PIS e Cofins a combustíveis fósseis, que custariam R\$ 20 bilhões por ano à União. A medida caminha na contramão da transição energética e não necessariamente alcança os resultados pretendidos, já que os tributos federais não são os responsáveis pela volatilidade de preços dos derivados de petróleo e gás natural.

Os breves comentários sobre recentes mudanças (realizadas ou propostas), tanto em relação a gastos como à arrecadação, são suficientes para apontar forte desorganização do atual regime fiscal e tributário brasileiro. Este pode ser caracterizado por uma combinação de austeridade e sobreposição de regras, flexibilização fiscal seletiva para atender a demandas específicas com perda de qualidade do orçamento, preservação dos traços regressivos do regime tributário e adoção de medidas específicas com elevado custo fiscal e questionamento acerca de seus impactos.

Em outros termos, a manutenção do atual regime tem elevado custo para a sociedade brasileira, especialmente para a realização do direito à saúde.

Em relação ao CEIS, o quadro se agrava com o desmonte de instrumentos capazes de induzir inovações pelo lado da demanda, valendo-se do poder de compra estatal. Desta forma, o orçamento reduz sua capacidade de fortalecer a base produtiva e tecnológica de saúde, mantendo-se a vulnerabilidade externa do país em relação a produtos estratégicos de saúde.

A ampliação extraordinária dos gastos de saúde durante a pandemia e a transferência de tecnologia para a produção nacional de vacinas contra a Covid por instituições públicas mostraram que o Estado é capaz de liderar um projeto de desenvolvimento que responda às demandas por direito à saúde. Para tanto, é necessário dotá-lo de capacidade de ação, especialmente, de instrumentos fiscais e administrativos a partir dos quais ocorra a promoção ao desenvolvimento, criando-se forte sinergia entre investimentos públicos e privados que, em última instância, aumentaria a densidade tecnológica da economia.

Uma ampla reforma do arcabouço fiscal e tributário, nos termos apresentados, tem o objetivo de remover limitações artificiais à atuação estatal e dotar o poder público de instrumentos para induzir o desenvolvimento produtivo, tecnológico, social e ambiental.

Neste contexto, a agenda de fortalecimento do CEIS, associada à ampliação da rede de saúde e à equalização do acesso a serviços no território, tem papel central na materialização de um novo papel do Estado, articulando a construção de uma base produtiva sólida e a realização do direito à saúde.

Detalhamento das Propostas

A seguir, serão **detalhadas** as propostas, especialmente em relação à elaboração: 1) de um novo padrão fiscal; 2) de uma regra de piso para ações e serviços públicos de saúde; 3) de um orçamento CEIS; e 4) de uma proposta de rateio de recursos federais para os Estados e Municípios e dos estados para os municípios com base nos critérios da LC 141/2012.

1) Novo Padrão Fiscal

Atualmente, no Brasil, são adotadas três regras fiscais sobrepostas: a regra de superávit primário, com uma nova interpretação ainda mais rígida após o relatório do TCU de outubro de 2015, a Regra de Ouro, que vem sendo sistematicamente rompida, e uma regra de gastos com taxa de crescimento real zero definida pela EC 95, o que, na prática, significa uma queda em termos per capita e como parcela do PIB.

A combinação das três regras retira completamente a discricionariedade por parte do governo, pois combina uma regra pró-cíclica, como a regra de primário, com outra regra contracionista, o teto de gastos, totalmente na contramão das melhores práticas mundiais. Além disso, diante da necessidade recorrente de alteração das metas fiscais, as metas rígidas

quantitativas têm se tornado um ponto de tensão entre executivo e legislativo, abrindo margem para a criminalização da política fiscal diante da mudança de interpretação por parte dos órgãos de controle.

Diante do cenário descrito, é preciso rever o arcabouço fiscal brasileiro que se mostra inadequado diante das necessidades de atuação do Estado brasileiro e obsoleto frente às mudanças que ocorrem nas regras fiscais nos países desenvolvidos e em alguns emergentes. Após a crise financeira de 2008, passaram a ser adotadas as chamadas regras fiscais de segunda geração, que têm como base alguns princípios fundamentais:

(1) reduzir o caráter pro-cíclico – é preciso garantir que o governo possa atuar na direção contrária à de famílias e empresas, em especial em momentos de desaceleração, quando há retração do setor privado e a necessidade de atuação mais efetiva por parte do setor público para evitar um agravamento do quadro econômico;

(2) aumentar a flexibilidade – previsão de cláusulas de escape para situações atípicas, em especial baixo crescimento e alto desemprego;

(3) permitir mudar política fiscal de acordo com a conjuntura – jamais deixá-la engessada por longos períodos; e

(4) assegurar mecanismos de transparência – de forma que a sociedade possa conhecer a situação fiscal e evitar tentativas de burlar as regras.

Nos últimos anos, diferentes países adotaram formas alternativas para definir uma meta fiscal ajustada ao ciclo: (a) resultado estrutural; (b) bandas para o resultado primário; (c) regras de gastos com crescimento real fixo, geral ou para itens específicos. Cada uma apresenta pontos positivos e pontos fracos.

A regra de resultado estrutural, ou ajustado ao ciclo, melhora a regra de primário fixa, pois, ao corrigir flutuações cíclicas da receita e de despesas, como os estabilizadores automáticos, apresenta mecanismos de correção da meta diante de reversões cíclicas. No entanto, não há consenso quanto à forma de calcular esse resultado, tornando a regra questionável.

As bandas de resultado primário foram utilizadas no Brasil desde 2005, com a possibilidade de abatimento de certos gastos da meta de resultado primário. Inicialmente, eram apenas os Projetos Prioritário de Investimento (PPI), incorporados, em 2007, nos gastos com o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). A partir de 2013, incluiu-se também a possibilidade de abater as desonerações fiscais, e a União deixou de compensar eventuais frustrações do resultado primário dos entes subnacionais, ampliando a banda permitida. Em 2016, a banda de primário deixou de existir, só retornando em 2021, quando o governo propôs, no PLDO 2021, deixar a meta em aberto para cobrir eventuais frustrações de receita. No entanto, essa proposta foi questionada pelos órgãos de controle. O texto aprovado permitia um déficit primário de R\$ 247, 1 bilhões e a possibilidade de não serem contabilizados na

meta de resultado primário os créditos extraordinários voltados a determinadas despesas associadas à pandemia. A banda de resultado primário funcionou no Brasil, no período de expansão do ciclo econômico. Entretanto, conforme discutido em Dweck e Teixeira (2018, p. 316), não foi suficiente para enfrentar o período de desaceleração econômica, mesmo com a ampliação da banda que passou de 0,5% do PIB 2007-2008, para 1% do PIB entre 2009-2012 e 2,2% do PIB entre 2012-2014.

Nesse sentido, em termos de simplicidade e de previsibilidade, a regra de gasto tem ganhado mais adeptos não apenas no Brasil. Do ponto de vista teórico, prever um crescimento real para os gastos é compatível com uma visão de crescimento puxado pela demanda, uma vez que o impacto do governo na economia não deve ser medido pelo resultado fiscal, que é endógeno e muito influenciado pelo ciclo econômico, e sim pela ação direta do Estado em termos de taxa de crescimento dos gastos. Sendo assim, atual regra fiscal de teto de gastos, sem crescimento real, é uma regra recessiva, pois o governo atuaria para reduzir o crescimento do PIB. Em contrapartida, um crescimento real positivo, dependendo da taxa de crescimento dos demais componentes da demanda final autônoma, pode ser expansivo, contracionista ou mesmo neutro.

No entanto, como discutido por Dweck e Rossi (2018), o estabelecimento de uma regra de gastos deve considerar alguns aspectos:

i) uma regra fixa de crescimento dos gastos, definida por uma taxa constante de crescimento real dos gastos, é acíclica, pois independe do ciclo econômico. Nesse sentido, pode reduzir a capacidade do gasto público atuar como mecanismo de estímulo à demanda em situações de crise. Esse problema pode ser resolvido por meio de cláusula de escapes e de mecanismos estabilizadores que fiquem fora da regra.

ii) a decisão sobre a taxa de crescimento dos gastos determinará, a médio prazo, o tamanho do Estado; portanto, não é uma decisão trivial e deve ser ancorada na definição das necessidades de atuação do Estado. A EC95, ao prever crescimento real zero, impõe uma redução gradual do Estado. Uma regra de crescimento do gasto atrelado ao crescimento do PIB mantém o tamanho do Estado e traz duas consequências diretas: torna a regra mais pró-cíclica e assume que o tamanho do Estado brasileiro é o adequado.

Cabe ainda destacar dois pontos importantes sobre a regra fiscal apontados em Dweck e Rossi (2018). É imprescindível um regime especial para o caso de crescimento baixo, o que já é previsto pela própria LRF, que permite afastar alguns limites quando o crescimento real menor do que 1% por quatro trimestres consecutivos. Nessa situação, deveriam ser protegidas do contingenciar despesas: a) para manutenção básica dos órgãos, para evitar um shut down; b) relativas ao investimento público, por terem potencial de recuperar o crescimento; e c) obrigatórias, que já são mesmo proibidas. A esse regime para baixo crescimento devem ser incorporadas cláusulas extras para períodos de crise ou recessão,

que fogem à normalidade e não podem ser tratados meramente como uma desaceleração cíclica.

Os ajustes propostos têm por objetivo garantir total transparência na aplicação de metodologia escolhida de ajustamento ao ciclo econômico e evitar a criminalização da política fiscal, deixando claro que, em caso de descumprimento das regras fiscais, não há sanção, mas há necessidade de explicação. Caso o descumprimento se acumule acima de um limite máximo, para cima e para baixo, a ser definido, pode-se ainda exigir um plano para reduzir o saldo.

2) Novo Piso de Saúde

Novas regras para a aplicação mínima em saúde pública, visando à ampliação do acesso e à equalização da oferta de serviços no território. No lugar de um piso declinante como proporção da RCL (EC 95), propõe-se uma fórmula de mínimo obrigatório que aponte para o alcance de um valor federal per capita compatível com a universalidade e a integralidade do SUS, expressando as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, garantindo estabilidade e previsibilidade ao gasto.

Como se sabe, o calcanhar de Aquiles do SUS, seu financiamento, sofre desde sua regulamentação com o subfinanciamento e desfinanciamento de tal modo que a ampliação da universalidade fica comprometida. Dweck, Moretti e Melo (2021) mostraram, além disso, que as regras existentes antes da EC 95, indexadas ao PIB e a RCL possuem também um caráter pró-cíclico que prejudica o crescimento do gasto com saúde em momentos de crise econômica. Se por um lado, encontram-se o subfinanciamento associado a regras pró-cíclicas e o desfinanciamento que, juntos, significam perdas acumuladas de recursos, por outro lado, existem elementos estruturais que pressionam o SUS aumentando a necessidade de financiamento para muito além da reposição dessas perdas acumuladas. Exemplos dessas pressões estruturais seriam: a transição demográfica e epidemiológica, a incorporação de tecnologias, a cobertura de vazios assistenciais, a cobertura na atenção básicas, a redução dos gargalos de oferta em especialidades de média e alta complexidade, o maior equilíbrio entre gasto público e privado de saúde, o maior equilíbrio entre a oferta de leitos de UTI públicos e privados, considerando a variável territorial e a redução da vulnerabilidade produtiva e tecnológica do SUS.

Diante disso, a proposta de um novo piso da saúde é necessária e a diretriz que deve norteá-la é a criação de uma regra acíclica, regida por fatores que condicionam necessidades de saúde de tal maneira que a lógica das necessidades de saúde subordine as regras fiscais e não o contrário.

Nossa proposta, portanto, é que nesta nova regra os valores aplicados em saúde sejam atualizados pela inflação, pelo crescimento da população idosa (que serviria de proxy

da transição demográfica) e por um fator de correção de iniquidades baseado no crescimento passado do gasto tributário de saúde. Isso porque, como se sabe, o gasto tributário com saúde vem apresentando crescimento significativo ao longo dos últimos anos -- especialmente a renúncia tributária com IR que representa mais de 40% deste total -- bem acima do crescimento do orçamento da saúde²⁹. Além disso, a desoneração tributária na saúde favorece o setor privado de saúde por meio da renúncia fiscal e, tal como está desenhada, contribui para o baixo nível de gasto público em saúde e, também, para a desigualdade de renda e social pois há um significativo estímulo fiscal por parte do Estado brasileiro que beneficia direta ou indiretamente o segmento privado de planos e seguros de saúde no Brasil, usado por um segmento de renda alta, que representa cerca de 25% da população brasileira, apresentando um caráter regressivo.

Dentre as simulações realizadas por Dweck, Moretti e Melo (2022), destacamos duas possibilidades para o fator de correção de iniquidades avaliando seus impactos fiscais entre 2023 e 2032. Na primeira simulação, consideramos que os valores aplicados em saúde (baseado no que consta na LOA 2022) passariam a ser atualizados pela inflação do ano anterior (IPCA), pelo crescimento da população idosa e por um fator de correção de iniquidades considerado a partir da desigualdade entre a oferta de serviços nas redes pública e privada que correspondeu à metade do crescimento real médio anual dos gastos tributários com despesas médicas no IRPF, entre 2004 e 2019, equivalente à 2,25%. Nesse caso, o gasto público federal em saúde passaria de 1,6% do PIB (ou 14,2% da RCL), em 2022, para representar 2,1% do PIB em 2032³⁰, ou 19% da RCL. Se mantidos os atuais percentuais de gastos com saúde dos entes subnacionais³¹ e privados, o gasto público com saúde passaria

²⁹ De acordo com Dweck, Moretti e Melo (2022), entre 2008 e 2022, em termos reais, considerando a estimativa com base no PLOA 2022, o gasto tributário com saúde cresceu 167,1%, passando de 21 bilhões, em 2008, para 56 bilhões, em 2022, enquanto o orçamento da saúde apresentou um crescimento, no mesmo período, de 32,1%. Em 2008, o gasto tributário com saúde representava 20,38% do orçamento da saúde e em 2022, representará 41,21% e já chegou a representar 44%, em 2018. No período que vai de 2008 a 2014, de crescimento econômico o gasto tributário com saúde mostrou uma variação real muito superior (102,8%) ao orçamento da saúde (33,7%). As renúncias tributárias da saúde com Imposto de Renda cresceram 98,6%. No período de recessão e estagnação econômica de 2015 a 2018, o gasto tributário com saúde continuou apresentando crescimento real (49,2%) enquanto o orçamento cresceu apenas 4,3% no período. As renúncias tributárias com IR tiveram um crescimento real de 38%. No período da pandemia, 2020 a 2022, o gasto tributário apresenta uma queda real de 4,7% enquanto o orçamento da saúde variou apenas 3,9%. Contudo, a renúncia tributária da saúde com IR apresentou um crescimento real de 22%. as renúncias tributárias da saúde com o IR cresceram continuamente mesmo nos períodos de crise, em termos reais. Sua participação no total dos gastos tributários é preponderante, contribuindo com mais de 40% do total e essa participação experimentou um aumento justamente a partir de 2020, e estima-se que, em 2022 ela atinja 55%. E não podemos esquecer que a renúncia tributária da saúde com o IR é muito regressiva e, como vimos, não deixou de crescer até no período de crise econômica e da pandemia. Além do que, como apontaram Dweck, Moretti e Melo (2021), as operadoras de saúde, que contam com esses incentivos fiscais cujo montante é bastante relevante como vimos, poderiam ter atuado mais ativamente em retirar, em parte, pressões sobre a rede pública, durante a pandemia, sobretudo no seu início.

³⁰ Todos os cenários consideram a taxa média de crescimento do PIB nominal de 6,2%, prevista pela Instituição Fiscal Independente para o período 2025-2031, com vistas à definição do PIB de 2032. Ademais, adota-se a hipótese de que o crescimento da RCL acompanha o PIB nominal.

³¹ Em 2019, os entes subnacionais aplicaram 2,3% do PIB em ações e serviços públicos de saúde, segundo dados do Siops.

a representar 4,4% do PIB, reduzindo a diferença em relação ao gasto privado com saúde de 5,4% do PIB, segundo dados da Conta SHA³².

Na segunda simulação, o fator de correção de iniquidades estimado correspondeu a metade da taxa de crescimento médio anual real dos gastos tributários federais com planos de saúde no IRPF, entre 2004 e 2018, ou seja, 3,4%. Nesse outro caso, o gasto federal de saúde alcançaria 2,4% do PIB em 2032, ou 21,3% da RCL. Como proporção do PIB, o gasto de saúde evoluiria 0,8 p.p. em relação a 2022. Nesse caso, o gasto público total em relação ao PIB com saúde, supondo a manutenção da participação dos entes subnacionais, alcançaria 5% do PIB, quase igualando o gasto privado. Uma maior aceleração do crescimento dos gastos federais, eventualmente conjugada a um aumento do percentual do PIB dos gastos dos entes subnacionais, permitiria levar o gasto público a um patamar superior ao gasto privado, conforme observado nos demais sistemas universais.

O Gráfico abaixo mostra um exercício contrafactual de estimação da evolução real dos gastos federais per capita em ações e serviços públicos de saúde entre 2000 e 2016 em 5 cenários, demonstrando a importância da regra proposta: **Cenário 1)** valores aplicados de acordo com a EC 29³³; **Cenário 2)** valores aplicados de acordo com a EC 86³⁴ - 15% da RCL; **Cenário 3)** valores aplicados de acordo com o piso da EC 95, que congelou nos níveis de 2017 o mínimo obrigatório de saúde³⁵; **Cenário 4)** valores aplicados de acordo com a primeira simulação apresentada acima: IPCA + crescimento médio anual da população idosa + 2,25% (fator de correção de iniquidades); **Cenário 5)** valores aplicados de acordo com a segunda simulação apresentada: IPCA + crescimento médio anual da população idosa + 3,4% (fator de correção de iniquidades).

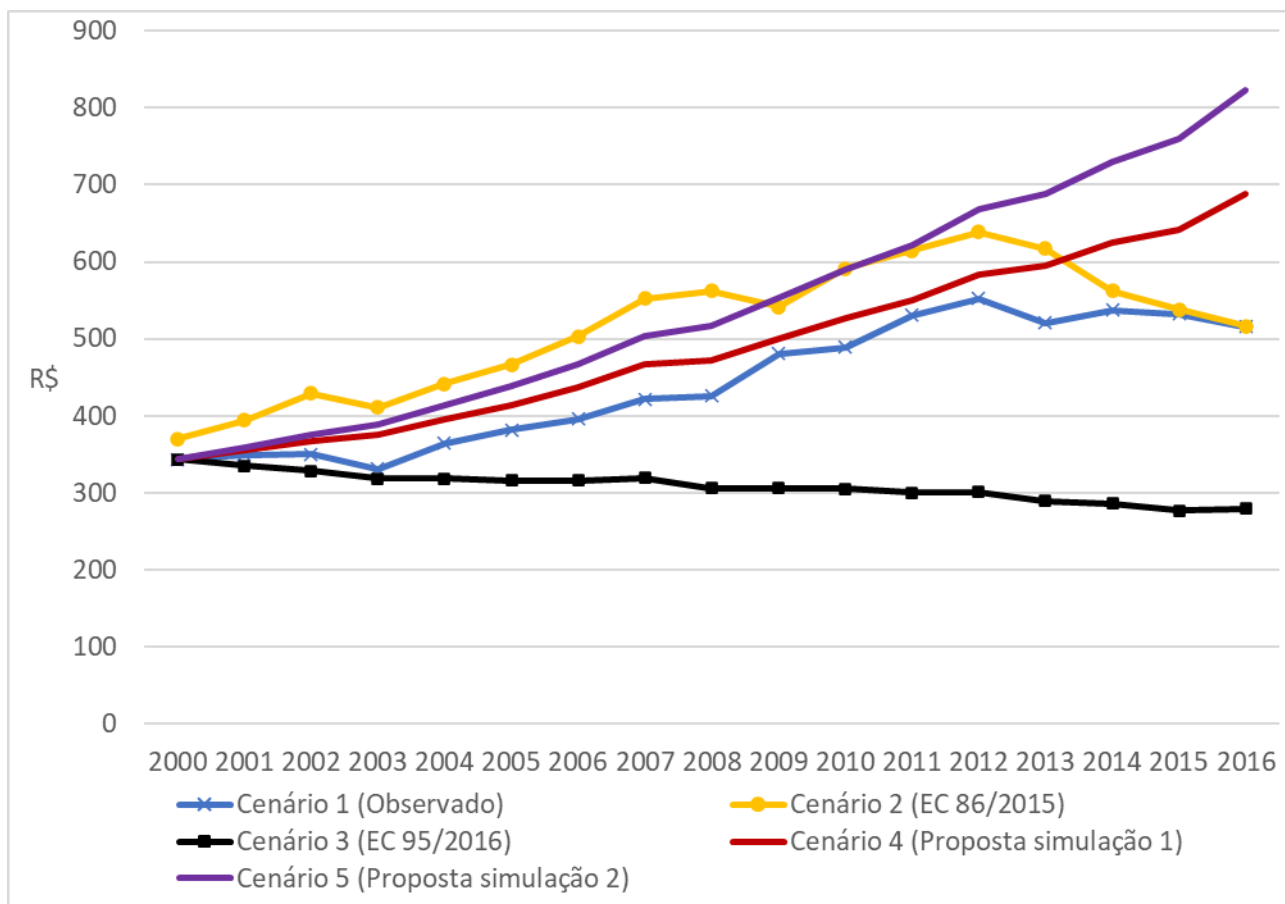
³²Disponível em:https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/220202_livro_contas_de_saude.pdf

³³ A EC 29, aprovada em 2000 e regulamentada em 2012, estabelecia um aporte mínimo de recursos das três esferas de governo no financiamento ASPS. A correção dos valores mínimos federais estava vinculada à variação nominal do PIB. Já os estados e municípios deveriam aplicar, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente, da receita de impostos, regra ainda em vigor para os entes subnacionais.

³⁴ A EC 86 foi aprovada em 2015 substituindo o critério da EC/29, ao estabelecer que a base de cálculo para a aplicação dos recursos pelo governo federal seria dada pela Receita Corrente Líquida (RCL), sendo executada de forma escalonada em 5 anos. Assim, para o primeiro exercício subsequente ao da promulgação da EC 86, a base de cálculo da aplicação dos recursos pelo governo federal corresponderia a 13,2% da RCL. Em cinco anos, o percentual subiria até chegar a 15%, que seriam aplicados a partir de 2020.

³⁵ Para efeito da simulação, consideramos, no cenário “EC 95”, que o mínimo obrigatório seria congelado no valor aplicado em 2000.

Gráfico 5 - Estimativa dos valores federais per capita em saúde (ASPS) 2000-2016 - (R\$/hab, a preços de 2016*)



Fonte: Siop, STN, IBGE. * IPCA médio. Elaboração dos autores.

No cenário 3, a EC 95 teria reduzido as despesas per capita de saúde, levando a uma rede pública com capacidade instalada muito inferior à atual, com crescentes restrições de oferta. Levando-se em conta o período de crescimento do PIB, os valores aplicados per capita subiram, mas passaram a ser reduzidos, sobretudo em 2015 e 2016, anos de retração da economia. A crise também afetou a RCL (cenário 2), de modo que os valores aplicados per capita, caso fossem lastreados na arrecadação, teriam caído desde 2013. Em outros termos, a regra de gasto baseada no PIB ou na RCL carrega forte pró-ciclicidade, podendo levar a reduções da despesa em momentos de crise.

Os cenários 4 e 5, baseado na atualização da despesa pelo IPCA, pelo crescimento da população idosa e pela expansão adicional nos gastos de 2,25% (cenário 4) e 3,4% (cenário 5), levariam não apenas à evolução real do gasto per capita, assegurando valores crescentes destinados ao SUS, com vistas a fazer frente ao desafio da realização do direito à saúde, como também isolaria o orçamento de saúde da desaceleração da atividade econômica ou de retrações do PIB, como ocorreu em 2014-2016.

Assim, o novo piso para despesas em ASPS vai ampliar a participação da União no financiamento, trazendo maior equilíbrio no mix público e privado e maior alinhamento à experiência internacional (gasto público per capita), e garantir um gasto per capita mínimo em cada unidade da federação para a promoção do equilíbrio federativo e a criação de condições para equalização do acesso a serviços. Os recursos adicionais devem ser usados para garantir a compensação das flutuações cíclicas de receita própria dos entes subnacionais; o estabelecimento de gatilhos a partir de indicadores de desempenho econômico para atenuar tais flutuações; a expansão da capacidade instalada a partir de indicadores de qualidade e a cobertura de vazios assistenciais; a viabilização do funcionamento e a ampliação das redes regionais de atenção; a ampliação da prestação de serviços quando houver nova capacidade instalada; a cooperação federativa com base em objetivos como a regionalização e a formação de consórcios; e a estabilidade para despesas indutivas do CEIS.

3) Linhas gerais da proposta de adequação das classificações e fontes de financiamento para aperfeiçoamento dos instrumentos de fortalecimento da base produtiva e tecnológica do CEIS

Os pontos centrais da mudança proposta são os seguintes:

1. Definição de agendas estratégicas e objetivos de médio e longo prazos relacionados a mudanças produtivas e tecnológicas, que funcionariam como âncora para o processo de elaboração orçamentária;
2. Previsão na lei de diretrizes orçamentárias de classificações do gasto associadas às agendas que fomentam a base produtiva e tecnológica. As classificações segregariam despesas indutoras das mudanças produtivas e tecnológicas das demais, especialmente as articuladas à realização de direitos sociais;
3. Aplicação de regras fiscais próprias às despesas citadas no item 2, de modo a lhes conferir maior estabilidade, suavizar flutuações econômicas e induzir transformações estruturais;
4. Adoção de mix de financiamento (via tributos e emissão de dívida) que viabilize a execução das agendas estratégicas e, em particular, o orçamento CEIS;
5. Definição de critérios para a elaboração do orçamento CEIS, compatíveis com os objetivos da redução da vulnerabilidade externa e da maior densidade produtiva e tecnológica do setor saúde;
6. Elaboração anual do orçamento CEIS, vinculada aos objetivos e projetos plurianuais estabelecidos (por exemplo, por meio de projetos de apoio ao setor

produtivo e a laboratórios oficiais e universidades e de políticas de inovação pelo lado da demanda como PDPs e encomendas tecnológicas);

7. Os limites fiscais ao orçamento CEIS seriam dados pelas próprias dotações do orçamento anual, podendo ser ajustadas em função dos objetivos propostos, do andamento de projetos e do ciclo econômico. Neste último caso, o orçamento CEIS e as despesas de saúde podem funcionar como estabilizadores automáticos quando há desaceleração da atividade econômica.

4) Proposta de rateio de recursos federais para os Estados e Municípios e dos estados para os municípios com base nos critérios da LC 141/2012

1. O rateio de recursos da União para estados e municípios deve fundamentar-se nos critérios definidos na LC 141, de 2012 e no art. 35 da Lei nº 8080/90. Após a conceituação dos critérios de rateio, há que se definir a metodologia de cálculo para se encontrar o valor que caberá a cada ente per si.
2. A metodologia de cálculo a ser definida na CIT e aprovada no CNS, deve se tornar pública anualmente para o conselho de saúde e tribunal de contas respectivo, com o montante individualizado dos recursos a serem transferidos mensalmente ao ente federativo.
3. Antes de definir a metodologia de cálculo é importante definir qual o modelo de atenção à saúde pretendida, as políticas e programas que devem ser observados nacionalmente, em linhas gerais, uma vez que as especificidades e os detalhes devem estar a critério do ente federativo, de acordo com as suas realidades locais e regionais (necessidades de saúde). Nesse ponto o planejamento é obrigatório e essencial.
4. Com fundamento neste artigo, sugere-se uma proposta de rateio dos recursos federais que reconhece que no conjunto dos critérios estabelecidos pela LC 141, de 2012, há conteúdos que podem ser agrupados em três eixos, sendo que cada um deles poderia corresponder a um Índice de Alocação (IA) e um nível de transferência.
5. Os critérios legais são: a) necessidades de saúde medidas pela situação sócio-demo-geográfica-econômica e epidemiológica de cada ente; b) redes de atenção (capacidade de oferta e produção de ações e serviços de saúde ou ainda organização dos serviços); c) desempenho técnico e financeiro anual das ações e serviços de saúde.
6. As emendas parlamentares por comporem o piso da saúde não pode ter seus recursos alocados sem respeitar esses mesmos critérios.

7. O ente federativo receptor dos recursos deverá pactuar com o estado, municípios de sua região de saúde e União, as suas responsabilidades ante a sua população e a referenciada, no contrato organizativo de ação pública da saúde (COAP).
8. Para o estabelecimento do contrato de ação pública, o mapa da saúde, o planejamento e o plano de saúde devem previamente ter sido realizados e este último deve expressar as necessidades de saúde da população e as políticas e programas que deverão ser executados, bem como as metas a serem alcançadas com os recursos próprios e os das transferências.
9. Deve-se lembrar sempre que a política de saúde é o instrumento de ação do Estado para a realização do direito à saúde.
10. Na execução de programas definidos pelo ente federal há que se observar os regramentos sempre de cunho geral editados pelo Ministério da Saúde como medida de garantia da segurança das pessoas e da unicidade conceitual das políticas nacionais de saúde, respeitadas as especificidades próprias do ente federativo e suas realidades locais e regionais, respeitando-se assim a sua autonomia federativa na alocação de recursos.
11. Os programas devem ser considerados como regulamentos da execução da ação pública da saúde para fazer do SUS um sistema único de âmbito nacional, mas descentralizado na definição das necessidades de saúde, o que significa a autonomia de cada um para atuar de acordo com as suas realidades locais e regionais, preservada a conduta técnica prevista nas normas sanitárias e nas diretrizes nacionais unificadoras das ações e serviços de saúde em um único sistema de saúde público que é o SUS.
12. A União deverá ainda prever determinado valor em seu orçamento para fazer face às transferências voluntárias e definir o plano de investimento os quais devem ter programação realizada anualmente e observar determinados critérios previsto no § 2º do art. 17.

PARTE 4 – Bibliografia

Referências Bibliográficas

- AFD/ANFIP/FENAFISCO/IJF/SINDIFISCO NACIONAL. *Tributar os super-ricos para reconstruir o país*. Eduardo Fagnani (Org). Brasília: Anfip; Fenafisco; São Paulo: Plataforma Política Social, 2020. Disponível em: <https://plataformapoliticasocial.com.br/tributar-os-super-ricos-para-reconstruir-o-pais/> Acesso em: Acesso em: 09 set. 2021.
- AFFONSO, R. B. Á. Descentralização e reforma do Estado: a federação brasileira na encruzilhada. *Economia e Sociedade*, v. 9, n. 1, p. 127-152, 2000.
- AFFONSO, R. B. Á.; SILVA, P. L. B. (orgs.). *A federação em perspectiva, ensaios selecionados*. São Paulo: Fundap, 1995. p. 399-416.
- ALESINA, Alberto et al. *The effects of fiscal consolidations: theory and evidence*. National Bureau of Economic Research, 2017.
- ALESINA, Alberto; FAVERO, Carlo A.; GIAVAZZI, Francesco. What do we know about the effects of austerity?. In: *AEA Papers and Proceedings*. 2018. p. 524-30.
- AMSDEN, Alice Hoffenberg. *Asia's next giant: South Korea and late industrialization*. Oxford: Oxford University Press on Demand, 1992.
- APPELT, S.; GALINDO-RUEDA, F. Measuring the link between public procurement and innovation”, *OECD Science, Technology and Industry Working Papers*, 2016/03, OECD Publishing, Paris.
- ARRETCHE, M. T. S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. São Paulo: Editora Revan, 2000.
- ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 331-345, 2003.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, p. 111-141, 1999.
- ARRETCHE, M. TS. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 69-85, 2005.
- ATKINSON, Anthony Barnes; STIGLITZ, Joseph E. The design of tax structure: direct versus indirect taxation. *Journal of Public Economics*, v. 6, n. 1-2, p. 55-75, 1976.
- AUERBACH, A. J.; GORODNICHENKO, Y. Fiscal multipliers in recession and expansion. In: *Fiscal policy after the financial crisis*. University of Chicago Press, 2012. p. 63-98.
- AURELIANO, L.; DRAIBE, S. A especificidade do Welfare State Brasileiro. In: DAIN, S. (org) *A política social em tempo de crise, economia e desenvolvimento 3*. Brasília: MPAS/Cepal, 1989. p. 86-179.
- BAHIA, L. *Mudanças e padrões das relações público-privadas: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.
- BANCO MUNDIAL. *The East Asian Miracle: Economic Growth and Public Policy*. Oxford University Press, 1993.
- BANCO MUNDIAL. *Um ajuste justo – análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil*. Working Paper, nov. 2017.
- BARCELOS, C. L. K.; CALMON, P. C. D. P. A reforma gerencial do orçamento brasileiro: em busca de múltiplos significados. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 1, p. 159-181, 2014.

- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R.; PIOLA, S. F.; ROA, C. R. (Orgs.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS; Brasília: Opas, 2016, p. 101-138.
- BASTAGLI, F.; COADY, D.; GUPTA, S., Income inequality and fiscal policy. *IMF Staff Discussion Note 12/08* (Washington: International Monetary Fund), 2012
- BELLUZZO, L. G. de M.; MAZZUCHELLI, F. *Ensaio sobre o capitalismo no século XX*. São Paulo: SciELO - Editora Unesp, 2004.
- BEVERIDGE, W. *Social insurance and allied services*. Report presented to Parliament by Command of His Majesty. Londres: novembro de 1942.
- BLANCHARD, O. *Macroeconomia*. São Paulo: Pearson, 2018.
- BLANCHARD, O.; DELL'ARICCIA, G.; MAURO, P. Rethinking macroeconomic policy. *Journal of Money, Credit and Banking*, v. 42, p. 199-215, 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1538-4616.2010.00334.x> Acesso em: 30- set. 2021.
- BLANCHARD, O.; LEANDRO, A.; ZETTELMEYER, J. Redesigning EU Fiscal Rules: From Rules to Standards. *Economic Policy*, eia003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/epolic/eia003> Acesso em: 09 set. 2021.
- BLANCHARD, O.; SUMMERS, L. Rethinking stabilization policy: Back to the future. *Peterson Institute for International Economics*, v. 8, 2017. Disponível em: <https://www.piie.com/system/files/documents/blanchard-summers20171012paper.pdf> Acesso em: 30 set. 2021.
- BLANCHARD, Olivier J.; LEIGH, Daniel. Growth forecast errors and fiscal multipliers. *American Economic Review*, v. 103, n. 3, p. 117-20, 2013.
- BORRÁS, S.; EDQUIST, C.. The choice of innovation policy instruments. *Technological forecasting and social change*, v. 80, n. 8, p. 1513-1522, 2013
- BRAGA, J.; SERRANO, F. A Dívida pública e o complexo de Cinderela. In: DWECK, E.; ROSSI, P.; OLIVEIRA, A.L.M. de (Orgs.) *Economia Pós-pandemia: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico*. São Paulo, SP: Autonomia Literária, 2020. Disponível em: <https://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2020/11/Economia-Po%CC%81s-Pandemia-compactado.pdf> Acesso em: 9 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março*. Conforma um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: em *Defesa do SUS, pela Vida e de Gestão*, 2006a. Em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1497, de 22 de junho*. Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos que compõem os blocos, 2007 a. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento e seu respectivo monitoramento e controle, 2007. Disponível em: www.portal.saude.gov.br.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
- BURCHARDT, F. A. *The economics of full employment*. Oxford: Basil Blackwell, 1944.

CAJUEIRO, J. P. M. *O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região Metropolitana de Campinas*. Tese (Doutorado) Unicamp, IE, Campinas, 2019.

CARNEIRO, R. *As falhas da Modern Monetary Theory (MMT)*. Texto para Discussão. IE/UNICAMP. N. 403. Março, 2021. Disponível em: https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/TD/TD403_1.pdf. Acesso em: 09 set. 2021.

CARVALHO, Gilson. *Apontamentos sobre o PLOA 2011 do Ministério da Saúde*. Domingueira, n. 538, - Mais Financiamento da Saúde, Campinas: IDISA, 2011. Disponível em: < http://www.idisa.org.br/site/documento_3726_0_2010---27---538---domingueira---mais-financiamento-da-saUde.html>

CARVALHO, L. *Curto-circuito: o vírus e a volta do Estado*. São Paulo: Todavia, 2020.

CASELLI, F. et al. Second generation fiscal rules: balancing simplicity, flexibility and enforceability—technical background papers. *IMF Staff Discussion Note*, International Monetary Fund, Washington, DC, 2018.

CASTLES, F. G. *The future of the welfare state – crisis myths and crisis realities*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

CASTRO, J. A.; CARDOSO Jr, J. C. Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo de 1988 a 2002. In: JACCOUD, L. (Org.). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo*. Brasília: Ipea, 2005, p. 261-318.

CEPAL, N. U. et al. *Panorama fiscal de América Latina y el Caribe 2015: dilemas y espacios de políticas*. 2015. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37747/1/S1500053_es.pdf Acesso em: 06 jul. 2020.

CGU. Controladoria-Geral da União. *Relatório de avaliação dos resultados da gestão*. Relatório nº 201701503, de 2018. Disponível em: https://www.legiscompliance.com.br/images/pdf/cgu_relatorio_de_gestao_2018.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

CHANG, Ha-Joon. *Kicking away the ladder: development strategy in historical perspective*. Anthem Press, 2002.

CHANG, Ha-Joon. State, institutions and structural change. *Structural Change and Economic Dynamics*, v. 5, n. 2, p. 293-313, 1994.

CNI. Retratos da sociedade brasileira: serviços públicos, tributação e gasto do governo. Indicadores CNI n. 33 ano 5, junho de 2016 Disponível em: [https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/57/89/578911f0-60a8-4048-937a-63a3c8312c56/retratosdasociedadebrasileira_33_servicospublicos_tributacao_gastodogover no.pdf]. Acesso em: 20/2/2022.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). *Construir um novo futuro: uma recuperação transformadora com igualdade e sustentabilidade (LC/SES.38/4)*, Santiago, 2020. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46619/1/S2000668_pt.pdf. Acesso em 28 fev. 2022.

CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Análise do Projeto de Lei nº Orçamentária Anual PLOA 2014 e os Recursos destinados ao Ministério da Saúde*. Brasília: Conass, 2013.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. *Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos*. Nota Técnica n. 15/2014, de 28 out. 2014. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2014/01/NT-15-2014-atualizada-out.-DIFICULDADES-NA-AQUISIC%CC%A7A%CC%83O-DE-MEDICAMENTOS-NAS-SES.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade*. Brasília: Conass, 2011.

CORDES, T. et al. *Expenditure rules: effective tools for sound fiscal policy?* Working Paper, 15/29: Washington DC: IMF, 2015. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2015/wp1529.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

COSEMS-RJ. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. *Programa Previne Brasil: cenários de risco de perda de recursos para o ano de 2021*. Nota Técnica. 07/2020 de 14 jul. 2020. Disponível em: <<http://www.cosemsrj.org.br/nota-tecnica-cosems-rj-07-2020/>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Onde foi parar o sonho do SUS? *Le Monde Diplomatique Brasil*, 2 de abril de 2013 Disponível em: <https://diplomatique.org.br/onde-foi-parar-o-sonho-do-sus/>. Acesso em: 15/02/2022.

COURI, D. V. et al. *Regra de ouro no Brasil: balanço e desafios*. Estudo Especial n. 5. Brasília: IFI, 2018. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/540060>. Acesso em: 6 jul. 2020.

CUNHA, A. M. O Paradigma do Estado Desenvolvimentista e o “Retorno” da Política Industrial. *Pesquisa & Debate*, SP, v. 23, n. 2(42) p. 291-316, jul.-dez. 2012

DAIN, S. et al. *Regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde: legislação fiscal, mensuração dos gastos tributários, relações com a política fiscal, impactos sobre a equidade e relações com a regulação*. Relatório Final. Agência Nacional de Saúde Suplementar, nov. 2015. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/12/relatorio-final-0-Regime-Fiscal-Planos-Privados.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, v. 10, n. 2, p. 113-140, 2001.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/08.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

DAIN, S.; SERRALHA, F. P. N. *Perspectivas de financiamento das políticas sociais à luz do atual impasse fiscal e das relações federativas: como estruturar um novo regime de tributação?* Texto para Discussão, nº 29, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. (Projeto Saúde Amanhã). Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/03/1-PJSSaudeAmanha_Texto0029_2016_v03-1.pdf. Acesso em: 27 set. 2020.

DANTAS, D. “Não podemos ter um SUS com tamanha dependência”, diz pesquisador da Fiocruz em meio à crise do coronavírus. *Jornal O Globo*, publicado em: 12 abr. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/nao-podemos-ter-um-sus-com-tamanho-dependencia-diz-pesquisador-da-fiocruz-em-meio-crise-do-coronavirus-24366231>

DE OLIVEIRA, E. A. B.; ROSSIGNOLI, M. Federalismo fiscal no Brasil: da teoria federalista à crise econômica. *Revista Jurídica*, v. 1, n. 54, p. 395-424, 2019.

DE OLIVEIRA, F. A. O orçamento como instrumento da democracia e da cidadania: a importância das vinculações. In Fagnani, E. (organizador). *A reforma tributária necessária: diagnóstico e premissas*. Brasília: Anfip; Fenafisco; São Paulo: Plataforma Política Social, 2018.

DELONG, J. B. et al. Fiscal policy in a depressed economy [with comments and discussion]. *Brookings Papers on Economic Activity*, 2012, 233-297.

DIAMOND, P. A.; BANKS, J. The base for direct taxation. *The Mirrlees Review—Dimensions of Tax Design*, ed. James A. Mirrlees, Stuart Adam, Timothy J. Besley, Richard Blundell, Steven Bond, Robert Chote, Malcolm Gammie, Paul Johnson, Gareth D. Myles, and James M. Poterba (Oxford: Oxford University Press) chapter, v. 6, p. 548-648, 2010.

DOSI, G.; PAVITT, K.; SOETE, L. *The economics of technical change and international trade*. LEM Book Series, 1990.

DRAIBE, S. M. *Rumos e metamorfoses – Estado e industrialização no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

DRAIBE, S. *O Welfare State no Brasil*. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/Unicamp), Caderno de Pesquisa, n. 80, 1993.

DWECK, E. et al. Por que estados e municípios precisam de auxílio em meio à pandemia da covid-19? *Nota de Política Econômica do Grupo de Economia do Setor Público do IE-UFRJ*. Disponível em: https://www.ie.ufrj.br/images/IE/home/noticias/Auxi%CC%81lios%20Estados%20e%20Muni%CC%81cipios%20Gesp%20IE%20UFRJ_vf3.pdf?fbclid=IwAR1gkwbCcgWhhD4cfDPiFO50ftqn5PWP2L3KErt9azbq3FLQRTc44_wLyeU

DWECK, E. Regras fiscais para os 99% da população. *Jornal dos Economistas*, Rio de Janeiro, p. 10-11, jun. 2020. Disponível em: <https://www.corecon-rj.org.br/anexos/619CA0C544A7E7BB76C67A9284958182.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2020.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M.F.G.C. de. Finanças Públicas para o desenvolvimento produtivo: desafios estruturantes para o CEIS no Brasil. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). *Projeto Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas (CEIS 4.0)*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: CEE/Fiocruz, 2020.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M.F.G.C. de. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/issue/view/30/showToc>. Acesso em: 9 set. 2021.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M.F.G.C. de. Finanças Públicas para o desenvolvimento produtivo: desafios estruturantes para o CEIS no Brasil. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). *Projeto Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas (CEIS 4.0)*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: CEE/Fiocruz, 2022.

DWECK, E.; ROSSI, P. L. Política fiscal para o desenvolvimento inclusivo. In: MATTOSO, J.; CARNEIRO, R. (Orgs.). *O Brasil de amanhã*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, v. 1, p. 51-94, 2018.

DWECK, E.; ROSSI, P. Políticas sociais, distribuição, crescimento e mudança estrutural. In: Leite, MVC (Coord). *Alternativas para o desenvolvimento brasileiro: Novos horizontes para a mudança estrutural com igualdade*. Brasília, DF: Cepal, 2019.

DWECK, E.; ROSSI, P.; MELLO, G. Sobre o diagnóstico falacioso da situação fiscal brasileira. In: DWECK, E.; ROSSI, P.; OLIVEIRA, A.L.M. de (Orgs.) *Economia Pós-pandemia: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico*. São Paulo, SP: Autonomia Literária, 2020. Disponível em: <https://pedrorossi.org/wp-content/uploads/2020/11/Economia-Po%CC%81s-Pandemia-compactado.pdf> Acesso em: 9 set. 2021

DWECK, E.; SILVEIRA, F. G.; ROSSI, P. Austeridade e desigualdade social no Brasil. In: *Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. ROSSI, Pedro Linhares; DWECK, Esther; DE OLIVEIRA, Ana Luíza Matos (orgs). Autonomia Literária, 2018. p. 32-56.

DWECK, E.; TEIXEIRA, R. A. *Os impactos da regra fiscal em um contexto de desaceleração econômica*. Para além da política econômica. São Paulo: Editora Unesp Digital, v. 1, p. 283-326, 2018.

DWYER, J. *Keynes's economics and the question of public debt*. Honours Thesis - The University of Sydney, Faculty of Arts and Social Sciences School of Economics, 2012

Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). *Resilient institutions for a transformative post-pandemic recovery in Latin America and the Caribbean: inputs for discussion* (LC/CRP.18/3), Santiago, 2021. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47317/1/S2100382_en.pdf. Acesso em 28 fev. 2022.

EDQUIST, C. et al. (Ed.). *Public technology procurement and innovation*. Springer Science & Business Media, 2000.

EDQUIST, C.; ZABALA-ITURRIAGAGOITIA, J. M. *Functional procurement for innovation, welfare and the environment: a mission-oriented approach*. No. 2020/1. Lund University, CIRCLE-Center for Innovation, Research and Competences in the Learning Economy, 2020.

EDQUIST, C; ZABALA-ITURRIAGAGOITIA, J. M. Public procurement for innovation as mission-oriented innovation policy. *Research policy*, v. 41, n. 10, p. 1757-1769, 2012.

ELDER, J.; GEORGHIOU, L. Public procurement and innovation: Resurrecting the demand side. *Research Policy*, v. 36, p. 949–963, 2007

ELFRING, T. New evidence on the expansion of service employment in advanced economies. *Review of income and wealth* 35(4); 409-440. 1989.

ESPING-ANDERSEN, G. *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

EUROPEAN COMMISSION. *Making the best use of the flexibility within the existing rules of the stability and growth pact*. COM (2015) 12 final, 2015. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52015DC0012>. Acesso em: 10 ago. 2020.

EYRAUD, L. et al. *How to select fiscal rules: a primer*. Washington DC: IMF, 2018. Disponível em: <https://www.imf.org/en/Publications/Fiscal-Affairs-Department-How-To-Notes/Issues/2018/03/15/How-to-Select-Fiscal-Rules-A-Primer-45552>. Acesso em: 10 jul. 2020.

FAGNANI, E. *Proteção social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade*. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, 2005.

FAIR, Ray C. Explaining the slow US recovery: 2010–2017. *Business Economics*, v. 53, n. 4, p. 184-194, 2018.

FATÁS, Antonio; SUMMERS, Lawrence H. Hysteresis and fiscal policy during the Global Crisis. *Vox CPER Policy Portal* (<https://voxeu.org/article/hysteresis-and-fiscal-policy-during-global-crisis>), 2016.

FERNANDES, R. C.; DINIZ, B. P. C.; SILVEIRA, F. G. *Imposto de renda e distribuição de renda no Brasil*. Texto para Discussão IPEA, 2019

FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen; MENDES, Aquilas Nogueira. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2159-2170, 2018.

- FIORI, J. L. O capitalismo e suas vias de desenvolvimento. In: Fiori, J. L. *Os moedeiros falsos*. Petrópolis: Vozes. 1998 (p.171-190)
- FIORI, J.L. *Estado do bem-estar social: padrões e crises*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.
- FRAGA NETO, A. Estado, desigualdade e crescimento no Brasil. *Novos estudos Cebrap*, v. 38, n. 3, p. 613-634, 2019.
- FRANZESE, C. *Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas*. (Tese de Doutorado) - FGV, 2010.
- FRAUNHOFER INSTITUTE REPORT. Innovation and public procurement. *Review of Issues at Stake Study for the European Commission* (No ENTR/03/24), 2005
- FURTADO, Celso. *Formação econômica do Brasil*. 32ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, v. 1959, 2007.
- GADELHA C. A. G. O Complexo da Saúde. In: Coutinho L. G. et al. *Estudo da competitividade das cadeias integradas no Brasil*. Campinas: IE-NEIT-Unicamp/MDIC/MCT-Finep; 2002. [Nota Técnica Final]. 160 p.
- GADELHA C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003; 8(2):521-535.
- GADELHA, C. A. G. Complexo econômico-industrial da saúde: uma oportunidade estratégica para o desenvolvimento econômico e social do Brasil. In: COSTA, G.; POCHMANN, M. (Orgs.) *O Estado como parte da solução: uma análise dos desafios do desenvolvimento brasileiro*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020, p. 321-332.
- GADELHA, C. A. G. *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Editora Fiocruz, 2012.
- GADELHA, C. A. G. A economia a serviço da vida. O Globo, 07 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://blogs.oglobo.globo.com/opiniao/post/economia-servico-da-vida.html>. Acesso em: 15/02/2022.
- GADELHA, C. A. G. Complexo Econômico-Industrial da Saúde: uma oportunidade estratégica para o desenvolvimento econômico e social do Brasil. In: COSTA, G.; POCHMANN, M. (Orgs.) *O Estado como parte da solução: uma análise dos desafios do desenvolvimento brasileiro*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020, p. 321-332.
- GADELHA, C. A. G. O Complexo econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 25-49, jan-abr. 2021. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/issue/view/30/showToc>. Acesso em: 15 dez. 2021.
- GADELHA, C. A. G. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil hoje. *Nexo*. São Paulo. 11 maio 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/O-Complexo-Econ%C3%B4mico-Industrial-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil-hoje>. Acesso em: 01 jun. 2020.
- GADELHA, C. A. G. Política Industrial, Desenvolvimento e os Grandes Desafios Nacionais. In: Lastres, H. et al. (orgs.) *“O futuro do desenvolvimento: ensaios em homenagem a Luciano Coutinho”* Campinas, SP: UNICAMP. 2016
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, supl, p. 13-20, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rsp/2012.v46suppl1/13-20/>. Acesso em: 1 jun. 2020.
- GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1891.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2020.

GASPAR, V. et al. Investimento público para a recuperação. *Blog do FMI*, 2020. Disponível em: <https://www.imf.org/pt/News/Articles/2020/10/05/blog-public-investment-for-the-recovery#:~:text=O%20investimento%20p%C3%ABablico%20pode%20ser,eletricidade%20ve rde%20e%20pr%C3%A9dios%20eficientes>. Acesso em: 15 dez. 2020.

GIDDENS, Anthony. *A terceira via*. Editora Record, 1998.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00012219, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2020. Epub Mar 25, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.

GIRALDES, M. R. *Distribuição Equitativa da Despesa em Cuidados de Saúde primários*. Tese para concurso de professor na ENSP/Portugal, 1987.

GIRARDI, Daniele; PATERNESI MELONI, Walter; STIRATI, Antonella. Persistent effects of autonomous demand expansions. Institute for New Economic Thinking *Working Paper Series*, n. 70, 2018.

GOBETTI, S. W. Tributação do capital: teoria e prática (e o caso brasileiro). *Economia e Sociedade*, v. 28, n. 3, p. 761-789, 2019.

GOBETTI, S. W.; ORAIR, R. O. *Progressividade tributária: a agenda negligenciada*. Texto para Discussão, 2016.

GOBETTI, S. W.; ORAIR, R.O. Taxation and distribution of income in Brazil: new evidence from personal income tax data. *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 37, p. 267-286, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/rep/a/XHRzZh33LNS9rYJBXd5wRPC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 28 fev. 2022.

GOMES et al. Transferência de tecnologia na política de offset: o caso do plano de expansão da radioterapia. *Navus*, v. 9, n. 1, p. 182-191, 2019. Disponível em: <http://navus.sc.senac.br/index.php/navus/article/view/812>. Acesso em: 1 jun. 2020.

GOUDSWAARD, K. P.; CAMINADA, C. L. J. The redistributive effect of public and private social programmes: a cross-country empirical analysis. *International Social Security Review*, v. 63, n. 1, p. 1-19, jan./mar. de 2010.

HARZHEIM, Erno et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1361-1374, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1361-1374/pt/> Acesso em: 27 set. 2020.

HOPE, D.; LIMBERG, J. *The economic consequences of major tax cuts for the rich*. International Inequalities Institute Working Papers (55). London School of Economics and Political Science, London, UK. 2020. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/107919>. Acesso em: 23 set 2021.

IBAÑEZ et al. *Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo*. 1. Ed. Barueri (SP): Manole, 492 p. 2020.

INTROÍNI, P.G. et al. Tributação sobre a renda da pessoa física: isonomia como princípio fundamental de justiça fiscal. In: *A Reforma Tributária Necessária: diagnóstico e premissas*. ANFIP – Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e FENAFISCO – Federação Nacional do Fisco Estadual e Distrital. FAGNANI, E. (organizador). Brasília: ANFIP: FENAFISCO: São Paulo: Plataforma Política Social, 2018. p. 245-280. Disponível em: <https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2018/05/PARTE-5-TRIBUTA%C3%87%C3%83O-DIRETA-241-498.pdf> Acesso em: 09 set. 2021.

- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Equidade fiscal no Brasil: impactos distributivos da tributação e do gasto social*. Comunicados do IPEA, n. 92, 2011.
- JATENE, A. & PADILHA, A. *40 anos de medicina. O que mudou?* Campinas: Saberes Editora, 2012.
- JOHNSON, Chalmers. *MITI and the Japanese miracle: the growth of industrial policy, 1925-1975*. Stanford University Press, 1982.
- JUDT, T. *Pós-Guerra – Uma história da Europa desde 1945*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2007.
- KALECKI, M. *Três caminhos para o pleno emprego*. KALECKI, Michal. Kalecki. São Paulo: Ática, p. 75-97, 1980.
- KATTEL, R.; MAZZUCATO, M.. Mission-oriented innovation policy and dynamic capabilities in the public sector. *Industrial and Corporate Change*, V. 27, Issue 5, Oct. 2018, p. 787–801.
- KERSTENETZKY, C. L. *Notas sobre as tendências recentes do welfare state e possíveis lições para o Brasil*. Série Cede Texto para Discussão, n. 77, 2013.
- KERSTENETZKY, C. L. *O Estado do bem-estar social na idade da razão*. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2012.
- KERSTENETZKY, C. L., & MACHADO, D. C.. *Labor market development in Brazil: formalization, at last?*. In: Amann, E., Azzoni, C., & Baer, W. (Eds.). *The Oxford handbook of the Brazilian economy*. Oxford University Press; 552-576. 2018.
- KEYNES, J. M.. *The Collected Writings of John Maynard Keynes*. In *Activities 1940-1946 - Shaping the Post-War World: Employment and Commodities*, Editado por Moggridge, Donald, Volume XXVII. London: Macmillan; Cambridge: Cambridge University Press. 2013.
- KRUGMAN P. "Toward a counter-counterrevolution in development theory". In: *Proceedings of The World Bank Annual Conference on Development Economics*, 1992. Washington, D.C.: The World Bank. (p. 15-49), 1993
- KRUGMAN, P. *Good enough for government work? Macroeconomics since the crisis*. Oxford Review of Economic Policy, v. 34, n. 1-2, p. 156-168, 2018.
- KUZNETS, S. Economic growth and income inequality. *American Economic Review*, v. 45, n. 1, p. 1-28, 1955.
- LAVINAS, L. (coord). *Percepções sobre desigualdade e pobreza. O que pensam os brasileiros da política social?* Centro Celso Furtado Ed. Coleção Pensamento Crítico, 2014.
- LAVINAS, L. *Na contramão da financeirização: preservar a provisão pública no século XXI*. Futuros do Brasil – textos para debate. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE/Fiocruz, outubro, 2017
- LAVOIE, M. The monetary and fiscal nexus of neo-chartalism: A friendly critical look. *Journal of Economic Issues*. Vol. 47: 1, p.1-32, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2753/JEI0021-3624470101>. Acesso em: 09 set. 2021.
- LAVOIE, M.; SECCARECCIA, M. Editorial to the special issue: the political economy of the new fiscalism. *European Journal of Economics and Economic Policies: Intervention*, v. 14, n. 3, p. 291-295, 2017.
- LIGIÉRO, F.A.P. *Regras Fiscais e Teoria Macroeconômica: Origens, Evolução e Visão Crítica*. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro/Instituto de Economia – PPGE em Economia da Indústria e da Tecnologia, 2021.
- LIMA, L. D. *Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida*. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-

77462008000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020.
<https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300010>.

LIST, G. F. *Sistema nacional de Economia Política*. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

LOBO, L. C. Inteligência artificial, o futuro da medicina e a educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 3 Brasília, Jul/Set., 2018.

LOPES, J. C.; AMARAL, J. F. Self-defeating austerity? Assessing the impact of a fiscal consolidation on unemployment. *The Economic and Labour Relations Review*, V. 28, n. 1, p. 77-90, 2017.

LOPREATO, F. L. C. *A situação financeira dos estados e a reforma tributária*. Texto para Discussão. IE/Unicamp, Campinas, n. 115, 2004.

LOPREATO, F. L. C. *Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios*. Texto para Discussão. Unicamp. IE, Campinas, n. 388, jul. 2020.

LOPREATO, F. L.C. *Caminhos da política fiscal do Brasil*. São Paulo: Unesp, 2013.

LOPREATO, F. L.C. *O colapso das finanças estaduais e a crise da federação*. São Paulo: Unesp, 2002.

LUCHESE, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 439-448, 2003.

MARCEL, M. *The structural balance rule in Chile: ten years, ten lessons*. Discussion Paper n. IDB-DP-289. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2013. Disponível em: <https://publications.iadb.org/en/structural-balance-rule-chile-ten-years-ten-lessons>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/> Acesso em: 27set. 2020.

MAZZUCATO, M. Building the entrepreneurial state: a new framework for envisioning and evaluating a mission-oriented public sector. Levy Economics Institute of Bard College. *Working Paper*, n. 824, 2015.

MAZZUCATO, M. *O Estado empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. setor privado*. Portfolio-Penguin, 2014.

MAZZUCATO, M.; PENNA, C. C. R. (ed). *Mission-Oriented finance for innovation: new ideas for investment-led Growth*. London/New York: Rowman & Littlefield. 2015

MAZZUCATO, Mariana; KATTEL, Rainer. Covid-19 and public-sector capacity. *Oxford Review of Economic Policy*, v. 36, n. Sup._1, p. S256-S269, 2020.

MAZZUCATTO, M.; PENA, C. (2016) The Brazilian Innovation System: A Mission-Oriented Policy Proposal. Avaliação de Programas em CT&I. Apoio ao Programa Nacional de Ciência (Plataformas de conhecimento). Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2016.

MAZZUCHELLI, F. *Os anos de chumbo: economia e política internacional no entreguerras*. Unesp-Facamp, 2009.

MAZZUCHELLI, F. *Os dias de sol: a trajetória do capitalismo no pós-guerra*. Campinas: Facamp Editora, 2014.

MEDEIROS, M.; SOUZA, P. H. G. F. de. *Gasto público, tributos e desigualdade de renda no Brasil*. Texto para discussão, n. 1.844, Brasília: Ipea, jun. 2013. Disponível em: www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1844b.pdf. Acesso em: 27 set. 2020.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51> .Acesso em: 27 set. 2020.

MELO, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 137-144, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/137-144/> Acesso em: 27 set. 2020.

MELO, M. F. G. C. de. *Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro*. Tese (Doutorado em Economia), Universidade de Campinas, Campinas, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/330343/> Acesso em: 27 set. 2020.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 841-850, 2009.

MENDES, Áquilas Nogueira. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)*. (Tese de Doutorado em Economia). Campinas: SP, 2005.

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA. *Efeito redistributivo da política fiscal no Brasil*, 2017. Disponível em: http://seae.fazenda.gov.br/destaques/redistributiva/efeito_redistributivo_12_2017.pdf

MIRRELES, J. A. An exploration in the theory of optimum income taxation. *The review of economic studies*, v. 38, n. 2, p. 175-208, 1971.

MOREIRA FILHO, C. C. C. et al. *Tributar os super-ricos para reconstruir o país: oito propostas de leis tributárias que isentam os mais pobres e as pequenas empresas, fortalecem os estados e municípios, geram acréscimo na arrecadação estimado em R\$ 292 bilhões e incidem sobre as altas rendas e o grande patrimônio, onerando apenas os 0,3% mais ricos*. [S. l.:s. n.], 2020. Disponível em: https://plataformapoliticassocia.com.br/wp-content/uploads/2020/07/Documento_Completo.pdf Acesso em: 09 set. 2021.

MOREIRA, A. (2021) Parceiros na OMC cobram mais acesso a compras públicas de Estados. Valor Econômico, Genebra, 10 de novembro de 2021. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/11/10/parceiros-na-omc-cobram-mais-acesso-a-compras-publicas-de-estados.ghtml>. Acesso em: 21/02/2022.

MORETTI, B. et al. *Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos*. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/46220/>. 20 mar. de 2020. Acesso em: 5 jul. 2020.

MORETTI, B. Questão fiscal e SUS: propostas para financiamento da saúde. *Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento*. Vol. 11, No. 01. P. 20-36. Brasília. 2021. Disponível em: http://www.assecor.org.br/files/6516/2126/5267/2021_revista_RBPO-vol11_art2.pdf Acesso em: 30 set. 2021.

MORETTI, B.; FUNCIA, F.R.; OCKÉ-REIS, C.O. *Orçamento federal da saúde em 2021 – Austeridade fiscal e clientelismo em meio ao recrudescimento da pandemia*. Nota de Política Econômica GESP – Grupo de Economia do Setor Público do IE/UFRJ. Agosto. 2021. Disponível em: <https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota202101.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

MORETTI, B.; MESSIAS, J. A ciência agoniza entre a austeridade e o fisiologismo. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 2021. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-ciencia-agoniza-entre-a-austeridade-e-o-fisiologismo-2/>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MORETTI, B.; OCKÉ-REIS, C.; FUNCIA, F. *Por que o SUS não pode perder R\$ 35 bi em 2021, em meio à pandemia?* Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/por-que->

[o-sus-nao-pode-perder-r-35-bi-em-2021-em-meio-a-pandemia](#). 21 ago. 2020. Acesso em: 30 ago. 2020.

MORETTI, B.; SANTOS, E. V. Direito à saúde e implementação de políticas: relações entre os sistemas estruturantes da administração pública e a oferta dos serviços a partir das regras de contratação. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2019, p. 403-421.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T.W. de F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, p. e00040220, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n9/e00040220/> Acesso em: 27 set. 2020.

MUSGRAVE, Richard A. A brief history of fiscal doctrine. In: *Handbook of public economics*. Elsevier, 1985. p. 1-59.

NASCIMENTO JUNIOR, A.N. *Tributação, desigualdade e a renda dos ricos no Brasil*. Dissertação (mestrado), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Brasília, IPEA, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/sites/images/mestrado/turma3/antonio-negromonte-nascimento-junior.pdf> Acesso em: 30 set. 2021.

NASCIMENTO, N. O IMPOSTO SOBRE GRANDES FORTUNAS NO BRASIL: PROPOSTAS E SIMULAÇÕES. *Revista de Economia Contemporânea*, v. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rec/a/Wz4BWKPKTY3sBsFzXwvNGPC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

NORONHA, J. C. de et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2051-2059, 2018.

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Gestão pública e relação público-privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 152-179.

O FUTURO das Políticas Públicas de Saúde no Brasil pós-Covid-19. *3º painel do ciclo de palestras sobre desempenho do SUS e da economia brasileira no período de pandemia*. [S. l.]: Instituto de Economia da Universidade de Campinas, 06 out. 2020. 1 vídeo (2h:14min). [Live]. Disponível em: <https://youtu.be/4WOMyOwulAI>. Acesso em: 12 dez. 2020. Moderador: Prof. Dr. Denis Maracci Gimenez (IE/Unicamp). Palestrantes: Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana (Professora aposentada da USP), Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim (Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA) e Prof. Guilherme Santos Mello (Prof. IE/Unicamp).

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. da. *Radiografia do gasto tributário em saúde, 2003-2013*. Nota técnica, n. 19. Brasília: Ipea, 2016.

OCKÉ-REIS, C. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2035.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

OCKÉ-REIS, C.O. *Avaliação do Gasto Tributário em Saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF)*. Texto para discussão n. 2712. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2712.pdf. Acesso em: 28 fev. 2022.

OLIVEIRA, F. A. de. As reformas tributárias no plano internacional: a marcha da insensatez. In: *A Reforma Tributária Necessária: diagnóstico e premissas*. ANFIP – Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e FENAFISCO – Federação Nacional do

Fisco Estadual e Distrital. FAGNANI, E. (organizador). Brasília: ANFIP: FENAFISCO: São Paulo: Plataforma Política Social, 2018a. p. 43-61. Disponível em: <https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2018/05/PARTE-1-AS-REFORMAS-TRIBUT%c3%81RIAS-NO-PLANO-INTERNACIONAL-41-64.pdf> Acesso em: 09 set. 2021.

OLIVEIRA, F. A. de. Notas sobre a insensata reforma tributária de Trump. In: *A Reforma Tributária Necessária: diagnóstico e premissas*. ANFIP – Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e FENAFISCO – Federação Nacional do Fisco Estadual e Distrital. FAGNANI, E. (organizador). Brasília: ANFIP: FENAFISCO: São Paulo: Plataforma Política Social, 2018b. p. 62-63. Disponível em: <https://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2018/05/PARTE-1-AS-REFORMAS-TRIBUT%c3%81RIAS-NO-PLANO-INTERNACIONAL-41-64.pdf> Acesso em: 09 set. 2021.

OLIVEIRA, F. A. de. *Uma pequena história da tributação e do federalismo fiscal no Brasil: a necessidade de uma reforma tributária justa e solidária*. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020. Edição do Kindle.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Global expenditure on health: public spending on the rise? Global Report Genebra: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350560/9789240041219-eng.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

ONU Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. v. 302, n. 2, 1948. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>. Acesso em: 12 dez. 2020.

ORAIR, R. O. Resgate da progressividade tributária no Plano Biden e alternativas para o Brasil. In: *Bidenomics nos trópicos*. RONCAGLIA, A., BARBOSA, N. (Orgs.). Rio de Janeiro: FGV Editora, 2021. Edição Kindle.

ORAIR, R.; GOBETTI, S. Reforma tributária no Brasil: Princípios norteadores e propostas em debate. *Novos estudos CEBRAP*, v. 37, p. 213-244, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/i/nec/a/SPvDStxHz47863pCGcxWTHN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

OREIRO, J.L. Biden Economics: o fim do neoliberalismo? *Revista do Conselho Federal de Economia*. Ano XII, No. 41. Jul-set. p.21-24; 2021. Disponível em: <https://www.cofecon.org.br/revistas-de-economia/>. Acesso em: 09 set. 2021.

ORSZAG, P. R.; RUBIN, R. E.; STIGLITZ, J. E. *Fiscal resiliency in a deeply uncertain world: the role of semiautonomous discretion*. Policy Brief No. 21-2. Peterson Institute for International Economics. Jan. 2021. Disponível em: <https://www.piie.com/publications/policy-briefs/fiscal-resiliency-deeply-uncertain-world-role-semiautonomous-discretion>. Acesso em: 5 fev. 2022.

OSTRY, J. D.; BERG, A.; TSANGARIDES, C. G. *Redistribution, inequality, and growth*. International Monetary Fund, 2014.

PAIVA, A. B. de; GONZALES, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. In: Jaccoud, Luciana (org). *Coordenação e Relações Intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap5> Acesso em: 19 fev. 2022.

PALLUETO, A. W. A. e DEOS, S. Mitos e verdades sobre o orçamento do governo federal. *Nexo*. São Paulo. 19 jun. 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Mitos-e-verdades-sobre-o-or%C3%A7amento-do-governo-federal> Acesso em: 04 jul. 2020.

- PIANCASTELLI, M., PEROBELLI, F.S., MELLO, G.V de. *Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) – redistribuição da carga tributária e elasticidades*. Texto para Discussão. No. 451. IPEA.1996. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0451.pdf Acesso em: 09 set. 2021.
- PIERSON, C. *Beyond the welfare state – the new political economy of welfare*. Cambridge: Polity Press, 1998.
- PIKETTY, T. *O capital no século XXI*. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.
- PIKETTY, Thomas; SAEZ, Emmanuel. *A theory of optimal capital taxation*. National Bureau of Economic Research, 2012.
- PINTO, V.; SALTO, F.; ANDRADE, A. *Impactos fiscais da reforma da tributação sobre a renda*. Nota Técnica No.49. Instituição Fiscal Independente (IFI). 29 set 2021. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/592976/NT49_Reforma_IR.pdf. Acesso em 30 set. 2021.
- PIOLA, S. F. et al. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Texto para discussão n. 1846. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf Acesso em: 6 jul. 2020.
- PIOLA, S. F. *Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012*. Texto para Discussão, n. 2298, Brasília: IPEA, abril. 2017.
- PIRES, M. *Análise da PEC 55*. Nota Técnica – Carta de Conjuntura 4º trimestre 2016. Brasília: Ipea, 2016.
- PIRES, M. Experiência internacional com ajustes fiscais: mecanismos institucionais, retórica e realidade. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/posts/experiencia-internacional-com-ajustes-fiscais-mecanismos-institucionais-retorica-e-realidade>. 2 ago. 2018. Acesso em: 8 ago. 2020.
- PIRES, M. Uma análise da regra de ouro no Brasil. *Revista de Economia Política*, v. 39, n. 1, p. 39-50, jan-mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572019000100039. Acesso em: 1 jun. 2020.
- PIRES, M.; BORGES, B. A despesa primária do governo central: estimativas e determinantes no período 1986-2016. *Estudos Econômicos*, v. 49, n. 2, p. 209-234, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ee/v49n2/0101-4161-ee-49-02-0209.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- PORTO, Sílvia et al. Alocação Equitativa de Recursos Financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*. RJ, v.27, p.376-388, set./dez, 2003.
- PRANTE, F. J.; et al. Decades of tight fiscal policy have left the health care system in Italy. Ill-prepared to fight the Covid-19 outbreak. *Intereconomics*, v. 55, p. 147-152, 2020. Disponível em: <https://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/3/article/decades-of-tight-fiscal-policy-have-left-the-health-care-system-in-italy-ill-prepared-to-fight-the-covid-19-outbreak.html>. Acesso em: 12 dez. 2020.
- QUAGLIO, G et al. Austerity and health in Europe. *Health Policy*, v. 113 (1-2), p. 13-19, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013002303>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- RASELLA D. et al. (2018) Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLOS Medicine* 15(5): e1002570. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>

RECHEL, B.; MARESSO, A.; VAN GINNEKEN, E. (2019). *Health systems in transition: template for authors*. Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies: WHO Regional Office for Europe.

REINERT, Erik S. *How rich countries got rich. And why poor countries stay poor*, v. 316, 2007.

RIBEIRO, C. G.; JÚNIOR, E. I. *Políticas de offset em compras governamentais: uma análise exploratória*. Texto para discussão n. 2473. Brasília: Ipea, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2473.pdf. Acesso em: 6 jul. 2020.

ROMERO, J. P., SILVEIRA, F., FREITAS, E. *Mission healthcare: using economic complexity to devise mission-oriented diversification strategies for Brazil*. Texto para discussão n. 639. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais. Janeiro de 2022.

RONCAGLIA, A., BARBOSA, N. *Bidenomics nos trópicos*. Editora FGV, 2021. Edição do Kindle.

ROSSI, P. L.; DWECK, E.; DE OLIVEIRA, A; L. M. (orgs). *Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. Autonomia Literária, 2018.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001200501&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 ago. 2020. Epub 15 dez. 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194316>.

SANCHES, M.; CARDOMINGO, M.; CARVALHO, L.. *Quão mais fundo poderia ter sido esse poço? Analisando o efeito estabilizador do Auxílio Emergencial em 2020*. Nota de Política Econômica n 7. MADE Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades, 2021. Disponível em: https://madeusp.com.br/wp-content/uploads/2021/02/NPE007_site.pdf. Acesso em: 09 set. 2021.

SANTOS, Lenir. Aspectos do financiamento das ações e serviços de saúde no SUS. *Saúde em Debate*. Londrina: v. 37, p. 26, Cebes, 1992.

SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SANTOS, Lenir; Andrade, Luiz O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas: Saberes editora, 2012.

SCHAECHTER, A. et al. Fiscal Rules in Response to the Crisis: Toward the "Next-Generation" Rules: A New Dataset. IMF Working Paper 12/187. [S.I.]: International Monetary Fund, 2012.

SECAP Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria. Ministério da Economia. *Boletim mensal sobre os subsídios da União: deduções do imposto de renda pessoa física (IRPF) de despesas médicas*. Edição 9. julho de 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/boletim/09-boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-deduccoes-do-imposto-de-renda-pessoa-fisica-de-despesas-medicinas/view>. Acesso em: 12 de dez. 2020.

SECCARECCI, M. The Role of Public Investment as Principal Macroeconomic Tool to Promote Long-Term Growth, *International Journal of Political Economy*, vol. 40. No 4, 62-82. December 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2753/IJP0891-1916400403>. Acesso em: 30 set. 2021.

SECCARECCIA, M. The role of public investment as principal macroeconomic tool to promote long-term growth. *Internation Journal of Political Economy*, v. 40, n. 4, 2012. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41739520>. Acesso em: 08 nov. 2021.

SERRALHA, F. P. N. *O difícil encontro entre a autonomia para arrecadar recursos próprios, versus a rigidez orçamentária das capitais brasileiras, período: 1995 a 2010*. Dissertação (Mestrado). Unicamp, IE, Campinas, 2018.

SERRANO, F.; PIMENTEL, K.. Será que “acabou” o dinheiro”? Financiamento do gasto público e taxas de juros num país de moeda soberana. *Revista de Economia Contemporânea*, v. 21, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rec/a/KyrpmWYTDZQCPjWcZW6ZPqS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2021.

SILVEIRA, F. G. et al. *Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 41 p. – (Textos para Discussão; n. 43. 2020. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/PJSSaudeAmanha_Texto0043_v03.pdf. Acesso em: 12 dez. 2017.

SILVEIRA, F. G., PALOMO, T. R., CORNELIO, F. M.; TONON, M. R. Previdência e assistências sociais, auxílios laborais e tributos: características redistributivas do Estado brasileiro no século XXI. Texto para discussão GESP-IE/UFRJ e MADE-USP, janeiro de 2022.

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L. Impactos distributivos da tributação e do gasto social-2003 e 2008. In: AFONSO, J. R.; LUKIC, M. R.; ORAIR, R.; SILVEIRA, F. G (orgs.). *Tributação e desigualdade*. Belo Horizonte: Ed. Letramento, 2017.

SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L.; GUEDES, D. R. Reforma tributária no Brasil: por onde começar?. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 42, 2018, p. 212-25.

SILVEIRA, F. G.; VIANNA, S. T. W. Um passo à frente, dois atrás: notas críticas a *Estado, desigualdade e crescimento no Brasil*, de Arminio Fraga. *Novos estudos Cebrap*, v. 39, n. 2, p. 349-369, 2020.

SISCOMEX - Secretaria de Comercio Exterior (2021) Acordo sobre contratações governamentais da Organização Mundial de Comércio: análise da adesão brasileira. Disponível em: <https://www.gov.br/produtividade-e-comercio-exterior/pt-br/assuntos/comercio-exterior/publicacoes-secex/serie-acordos-comerciais/arquivos/gpa-analise-adesao.pdf> Acesso em: 21/02/2022.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, p. e00046818, 2019.

SOUZA, M. de F. M. de et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas unidades federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1.737-1.750, 2018

TCHERNEVA, P. R., The Return of Fiscal Policy: Can the New Developments in the New Economic Consensus Be Reconciled with the Post-Keynesian View? *Levy Economics Institute, Working Papers Series*. July 14, 2008. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1159895. Acesso em: 30 set. 2021.

TIGRE, P. Paradigmas tecnológicos e teorias econômicas da firma. *Revista Brasileira de Inovação*, v. 4, n. 1, p. 187-223, 2005.

TRUCHE, P. et al. Association between government policy and delays in emergent and elective surgical care during the COVID-19 pandemic in Brazil: a modeling study. *The Lancet Regional Health-Americas*, p. 100056, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X2100048X?via%3Dihub>. Acesso em: 15 dez. 2021.

TRUGER, A. Reforming EU fiscal rules: more leeway, investment, orientation and democratic coordination. *Intereconomics*, v. 55, n. 5, p. 277-281, 2020. Disponível em: <https://www.intereconomics.eu/contents/year/2020/number/5/article/reforming-eu-fiscal-rules->

more-leeway-investment-orientation-and-democratic-coordination.html. Acesso em: 1 out. 2020

UNCTAD From recovery to resilience: hanging together or swinging separately? *UNCTAD Trade and Development Report* .2021. Disponível em: <https://unctad.org/press-material/unctad-trade-and-development-report-2021-recovery-resilience-hanging-together-or> Acesso em: 30 set. 2021.

UYARRA, E. The impact of public procurement of innovation. In: Edler, J. et al. (ed.) *Handbook of innovation policy impact*. Edward Elgar Publishing, 2016.

VAN STRALEN, C.J., O Welfare State, ontem, hoje e amanhã. In: *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. In: RODRIGUES, P. H. de A., SANTOS, I. S. (Orgs.). 2. ed., rev., ampl. – Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/welfare-web-2ed.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020.

VARRICHIO, P. C. As parcerias para o desenvolvimento produtivo de saúde. In: RAUEN, A. T. (Org.). *Políticas de inovação pelo lado da demanda no Brasil*. Brasília: Ipea, 2017, p. 179-234.

VENTURA, M., SIMAS, L., PEPE, V. L. E., & SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, p. 77-100, 2010.

VIANA, A. L. A. et al. As políticas de desenvolvimento produtivo da saúde e a capacitação dos laboratórios oficiais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, supl. 2, 2016. Disponível em: [pt_1678-4464-csp-32-s2-e00188814.pdf \(scielo.br\)](pt_1678-4464-csp-32-s2-e00188814.pdf). Acesso em: 1 jun. 2020.

VIANA, A. L. V; FAUSTO, M. C. R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: Viana A. L. A; Elias P. E. M.; Ibañez N., (orgs.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Editora Hucitec, p. 150-67, 2005.

VIANA, A. L. V; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00022519, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000800401&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 Out. 2020. Epub Oct 17, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022519>.

VIEIRA, F. S., PIOLA, S. F., & BENEVIDES, R. P. D. S. *Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor*. Texto para Discussão do IPEA – 2516, 2019.

WADE, Robert. Industrial policy in East Asia: does it lead or follow the market. *Manufacturing miracles: paths of industrialization in Latin America and East Asia*, p. 231-266, 1990.

WRAY, L. R. *Modern money theory: A primer on macroeconomics for sovereign monetary systems*. Palgrave Macmillan; 2º edição, 2015.



cee