

5. Alternativas para o financiamento da saúde pela União espaço fiscal e oportunidades para as próximas duas décadas

Sulamis Dain
Kleber Pacheco de Castro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DAIN, S., and CASTRO, K.P. Alternativas para o financiamento da saúde pela União: espaço fiscal e oportunidades para as próximas duas décadas. In: GADELHA, P., NORONHA, J.C., DAIN, S., and PEREIRA, T.R., eds. *Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016, pp. 137-187. ISBN: 978-65-5708-093-1.

<https://doi.org/10.7476/9786557080931.0007>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ALTERNATIVAS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PELA UNIÃO: ESPAÇO FISCAL E OPORTUNIDADES PARA AS PRÓXIMAS DUAS DÉCADAS¹

Sulamis Dain

Kleber Pacheco de Castro

A busca de suficiência e estabilidade dos recursos para o Sistema Único de Saúde (SUS) é um tema atual que requer ampla discussão para que se encontrem soluções a fim de garantir o direito constitucional à saúde e a apropriação do espaço fiscal, criado pelos sucessivos aumentos de arrecadação, para o fortalecimento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) nos três níveis de governo.

Apesar da instituição do Orçamento da Seguridade Social (OSS) em 1988, vinculando impostos e contribuições sobre a folha de salários, lucro e faturamento à saúde, previdência e assistência social, nunca foi possível contar com recursos adequados à expansão esperada para o SUS, nos campos do gasto corrente e do investimento do governo federal e dos governos subnacionais, em meio a amplo processo de descentralização de encargos.

Em vista desse subfinanciamento, foram tentadas ações paliativas como a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) pela lei n. 9.311/1996, com vigência por uma década a partir de 1997. Tais ações nunca se legitimaram no Congresso, desembocando no veto à prorrogação da CPMF em 2007. Em 2000, foi aprovada a emenda constitucional (EC) n. 29, e a vinculação dos gastos federais de saúde às fontes de financiamento da seguridade social foi substituída pelo atrelamento do crescimento do orçamento federal da saúde à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Dado que a insuficiência crônica de recursos subsistiu, em que pese a existência de espaço fiscal ao longo da década de 2000, o tema do financiamento da saúde continua sendo foco de intenso debate. Devido à clara importância do tema, diversas propostas de alteração da vinculação constitucional de receitas aos gastos em ASPS têm sido apresentadas pela classe política e pelos movimentos sociais, e também pelo meio acadêmico.²

¹ Elaborado com informações disponíveis até 4 de maio de 2014. Convém informar que a chamada PEC do Orçamento Impositivo foi aprovada e promulgada em 17 de março de 2015, convertendo-se em emenda constitucional (EC) n. 86. Esta informação foi atualizada no texto com o intuito de não causar confusão ou estranhamento ao leitor. As estatísticas utilizadas nas simulações, entretanto, não foram modificadas após a vigência da EC n. 86, mantendo-se assim o aviso de que o capítulo foi elaborado com informações disponíveis até 4 de maio de 2014.

² Entre outras propostas, podem-se citar: PLC 01/2003, PEC 22A/2000, emenda Lucena à PEC 22A/2000, Saúde +10, Dain (2007), Piola e colaboradores (2013).

Com o fim da CPMF ao final de 2007, a sensação de que seria necessária a revisão nos critérios de gastos com saúde no âmbito do governo federal acelerou o debate, que até hoje está na agenda do Congresso Nacional. A vinculação de receita, a criação de tributos e, mais recentemente, a utilização de compensações financeiras por exploração de recursos naturais têm sido alternativas apresentadas para reforçar o caixa da área da saúde, sem, entretanto, repensar-se a questão do ponto de vista estrutural.

Além disso, existem indicações contraditórias sobre o financiamento da área, como demonstrado pela desoneração tributária em curso, que tem atuado para reduzir a capacidade de gasto e que tomou grande proporção nos últimos anos.

As propostas de reforma tributária, por influírem diretamente nas vinculações constitucionais da seguridade social e na alocação interfederativa de receita, também merecem atenção por parte dos interessados no financiamento da saúde.

Todos esses aspectos, sejam proposições que estão em análise no Congresso ou que já foram instituídas, serão analisados brevemente nas seções a seguir com o intuito de elucidar seus impactos no orçamento da saúde, visando a antecipar as rotas mais prováveis de financiamento do SUS para as próximas décadas.

Simulação das Propostas de Vinculação de Receita e da EC n. 29

A longa espera pela regulamentação da EC n. 29,³ que só se efetivou em 2012, proporcionou dois efeitos claros no financiamento público da saúde no Brasil: até 2011 o governo federal gastou menos do que deveria em ASPS, como comprova a Tabela 1; e os governos subnacionais passaram a ter uma participação cada vez maior na composição desse gasto.

Nota-se que, em quase todos os anos de 2000 a 2013, o governo central executou despesas com ASPS em patamar inferior ao que efetivamente deveria ter sido efetuado, de acordo com os critérios da EC n. 29, que determina que a variação do gasto com ASPS de um determinado ano deve ser maior ou igual à variação nominal do PIB do ano anterior.

Apenas em 2000 e 2004 o gasto efetivo com ASPS superou o mínimo regulamentado. Mesmo com a regulamentação da EC n. 29 em 2012, o cenário se manteve, e foi até mesmo intensificado, haja vista que a União passou a executar cada vez menos despesas com relação ao mínimo necessário. De 2000 até o fim de 2013, a saúde deixou de receber R\$ 8,3 bilhões em recursos, apenas utilizando o critério da EC n. 29.⁴

³ Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>.

⁴ O resultado chama ainda mais atenção se for levado em conta que a União utiliza o conceito de despesa empenhada para apuração de limite de gastos com ASPS. Como a despesa é empenhada, não há garantia de que ela foi efetivamente paga. Usualmente uma parte importante do total empenhado não é paga, sendo inscrita em restos a pagar.

Tabela 1 – Simulação de gastos com ASPS na EC n. 29 sem a inclusão da Contribuição Social para a Saúde, em R\$ milhões correntes – 1999-2013

Ano	Gastos efetivos com ASPS	PIB nominal	Var. nominal PIB do ano anterior	Gasto segundo a EC n. 29 (Δ PIB)	Diferença para gasto efetivo	Diferença acumulada
1999	18.353	1.065.000		18.353	0	0
2000	20.351	1.179.482	5,00%	19.271	1.081	1.081
2001	22.474	1.302.136	10,75%	22.539	-65	1.016
2002	24.737	1.477.822	10,40%	24.883	-146	870
2003	27.181	1.699.948	13,49%	28.240	-1.059	-190
2004	32.703	1.941.498	15,03%	32.485	219	29
2005	37.146	2.147.239	14,21%	37.350	-205	-176
2006	40.750	2.369.484	10,60%	41.308	-558	-734
2007	44.303	2.661.344	10,35%	45.584	-1.280	-2.014
2008	48.670	3.032.203	12,32%	51.199	-2.529	-4.543
2009	58.270	3.239.404	13,94%	58.333	-63	-4.606
2010	61.965	3.770.085	6,83%	62.319	-354	-4.960
2011	72.357	4.143.013	16,38%	72.529	-172	-5.132
2012	78.211	4.402.537	9,89%	79.703	-1.492	-6.625
2013	83.053	4.806.925	6,26%	84.696	-1.642	-8.267

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014) e STN (2014).

O cenário de defasagem nos gastos em saúde do governo federal fica pior com a alteração dos critérios que determinam o mínimo a ser despendido no setor. A proposta contida no projeto de lei complementar (PLC) 01/2003,⁵ que vincula 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União em gastos com ASPS resultaria em uma diferença acumulada (de 2000 a 2013) de pouco mais de R\$ 277 bilhões. A Tabela 2 apresenta essa simulação.

Nota-se que a diferença entre o gasto segundo o PLC 01/2003 e o gasto efetivo aumenta progressivamente, ano após ano, de 2000 a 2013. Se, no primeiro ano da série, essa diferença era de R\$ 4,9 bilhões, em 2013 ela ficou em R\$ 36,6 bilhões. O fato de o gasto vinculado à receita ter uma evolução muito mais intensa do que o gasto vinculado ao Produto Interno Bruto (PIB) mostra de outra forma um fato amplamente sabido pelos brasileiros: a carga tributária cresceu. Dito de outra maneira, a arrecadação apresentou maior dinamismo que a atividade econômica.

Essa simples constatação já nos permite questionar o critério da EC n. 29 e reforçar a necessidade de se adotar um critério de vinculação, a fim de indexar o orçamento do Ministério da Saúde à arrecadação tributária federal.

⁵ Disponível em: <www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=104342>.

Tabela 2 – Simulação de gastos com ASPS na PLP 01/2003 sem a inclusão da Contribuição Social para a Saúde, em R\$ milhões correntes – 1999-2013

Ano	Gastos efetivos com ASPS	RCB da União	Gasto segundo a PLP 01/2003 (10% da RCB)	Diferença para gasto efetivo	Diferença acumulada
1999	18.353	0	0	0	0
2000	20.351	252.519	25.252	-4.900	-4.900
2001	22.474	289.411	28.941	-6.467	-11.367
2002	24.737	343.075	34.307	-9.571	-20.938
2003	27.181	384.447	38.445	-11.264	-32.202
2004	32.703	450.590	45.059	-12.356	-44.557
2005	37.146	527.325	52.732	-15.587	-60.144
2006	40.750	584.067	58.407	-17.657	-77.800
2007	44.303	658.884	65.888	-21.585	-99.385
2008	48.670	754.736	75.474	-26.803	-126.189
2009	58.270	775.407	77.541	-19.270	-145.459
2010	61.965	890.137	89.014	-27.049	-172.508
2011	72.357	1.029.613	102.961	-30.605	-203.112
2012	78.211	1.134.717	113.472	-35.261	-238.373
2013	83.053	1.219.646	121.965	-38.911	-277.285

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014) e STN (2014).

No mês de março de 2015, o Congresso Nacional aprovou a chamada PEC do Orçamento Impositivo (PEC 22A/2000),⁶ convertida na EC n. 86.⁷ Essa emenda determina que 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União⁸ devem ser utilizados em ASPS, substituindo o atual critério dado pela EC n. 29. Uma simulação, nos mesmos moldes da anterior, mostra que se tal critério tivesse sido aplicado desde 2000, no final de 2013 a saúde teria recebido R\$ 130 bilhões a mais em recursos, como pode ser verificado na Tabela 3.

⁶ Disponível em: <www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=114143>. Acesso em: 11 jan. 2014.

⁷ Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 12 dez. 2015.

⁸ O percentual de 15% estabelecido pela EC n. 86 (artigo 2º) será alcançado de forma gradual, sendo 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e apenas em 2020 será aplicado o percentual de 15% da RCL em ASPS de forma plena.

Tabela 3 – Simulação de gastos com ASPS na PEC Orçamento Impositivo sem a inclusão da Contribuição Social para a Saúde, em R\$ milhões correntes – 1999-2013

Ano	Gastos efetivos com ASPS	RCL da União	Gasto segundo a PEC Orçamento Impositivo (15% da RCL)	Diferença para gasto efetivo	Diferença acumulada
1999	18.353	0	0	0	0
2000	20.351	145.111	21.767	-1.415	-1.415
2001	22.474	167.739	25.161	-2.687	-4.102
2002	24.737	201.927	30.289	-5.552	-9.654
2003	27.181	224.920	33.738	-6.557	-16.211
2004	32.703	264.353	39.653	-6.949	-23.160
2005	37.146	303.016	45.452	-8.307	-31.467
2006	40.750	344.731	51.710	-10.960	-42.427
2007	44.303	386.682	58.002	-13.699	-56.125
2008	48.670	428.563	64.284	-15.614	-71.740
2009	58.270	437.199	65.580	-7.310	-79.049
2010	61.965	499.867	74.980	-13.015	-92.064
2011	72.357	558.706	83.806	-11.449	-103.513
2012	78.211	616.933	92.540	-14.329	-117.843
2013	83.053	656.094	98.414	-15.361	-133.204

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014) e STN (2014).

Para todos os anos desde 2000, o critério dado pela PEC do Orçamento Impositivo superaria o gasto efetivo em ASPS. Mesmo supondo que a União tivesse executado o gasto mínimo determinado pela EC n. 29, ainda assim esse critério apresentaria um gasto acumulado de R\$ 125 bilhões a mais do que o resultante dessa emenda.

Acerca do percentual da RCL, aprovado na EC n. 86, convém alertar que a alíquota de 15% só será alcançada no ano de 2020, dado que o texto aprovado prevê um crescimento progressivo a partir de 2016. Para o alcance dos 15% serão computados os recursos das emendas parlamentares e dos *royalties* do petróleo. A Tabela 4 apresenta uma simulação de impacto no gasto com os percentuais aprovados na PEC para o ano de 2013.

Tabela 4 – Simulação de gastos com ASPS na EC n. 86 sob diversas alíquotas, em R\$ milhões correntes – 2013

Gasto segundo a PEC Orçamento Impositivo				
Alíquota	RCL	Gasto simulado com ASPS	Gasto efetivo com ASPS	Diferença para gasto efetivo
13,20%	656.094.217.900,00	86.604.436.762,80	83.053.256.000,00	-3.551.180.762,80
13,70%	656.094.217.900,00	89.884.907.852,30	83.053.256.000,00	-6.831.651.852,30
14,10%	656.094.217.900,00	92.509.284.723,90	83.053.256.000,00	-9.456.028.723,90
14,50%	656.094.217.900,00	95.133.661.595,50	83.053.256.000,00	-12.080.405.595,50
15,00%	656.094.217.900,00	98.414.132.685,00	83.053.256.000,00	-15.360.876.685,00

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014) e STN (2014).

Durante o trâmite no Congresso para a aprovação da PEC do Orçamento Impositivo, foi apresentada uma emenda pelo senador Cícero Lucena (PSDB/PB), segunda a qual, o percentual a ser atingido em quatro anos seria de 18% da RCL, e escalonado da seguinte forma: 15% no primeiro ano de aplicação da mudança, 16% no segundo ano, 17% no terceiro, e 18% no quarto.⁹ Ou seja, os 15% que, no texto da EC n. 86 só serão obrigatórios em 2020, teriam vigência a partir do primeiro ano de aplicação da emenda (2016).

Para avaliar o impacto dos percentuais anteriormente apontados (alíquotas da emenda do senador Cícero Lucena), foi feita uma simulação com base nos dados de 2013 (Tabela 5).

Tabela 5 – Simulação de gastos com ASPS pela emenda Lucena na PEC do Orçamento Impositivo sob diversas alíquotas, em R\$ milhões correntes – 2013

Gasto segundo a emenda Lucena para a PEC Orçamento Impositivo				
Alíquota	RCL	Gasto simulado com ASPS	Gasto efetivo com ASPS	Diferença para gasto efetivo
15,00%	656.094.217.900,00	98.414.132.685,00	83.053.256.000,00	-15.360.876.685,00
16,00%	656.094.217.900,00	104.975.074.864,00	83.053.256.000,00	-21.921.818.864,00
17,00%	656.094.217.900,00	111.536.017.043,00	83.053.256.000,00	-28.482.761.043,00
18,00%	656.094.217.900,00	118.096.959.222,00	83.053.256.000,00	-35.043.703.222,00
Gasto segundo a PLP 01/2003				
Alíquota	RCB	Gasto simulado com ASPS	Gasto efetivo com ASPS	Diferença para gasto efetivo
10,00%	1.219.645.809.020,00	121.964.580.902,00	83.053.256.000,00	-38.911.324.902,00
Alíquota necessária sobre a RCL para igualar 10% da RCB				
Alíquota	RCL	Gasto simulado com ASPS	Gasto efetivo com ASPS	Diferença para gasto efetivo
19,04%	656.094.217.900,00	124.904.384.615,35	83.053.256.000,00	-41.851.128.615,35

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014) e STN (2014).

⁹ Disponível em: <www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/11/12/aprovada-pec-do-orcamento-impositivo-inclui-mais-recursos-para-a-saude>. Acesso em: 11 jan. 2014.

Como se observa, a emenda do senador Lucena traria um volume de recursos significativamente maior à saúde que o texto efetivamente aprovado. Uma alíquota de 18% sobre a RCL proporcionaria um incremento de mais de 40% aos gastos com ASPS de 2013, ao passo que, com a alíquota de 15%, esse incremento seria de apenas 18,5%. A diferença de 3% entre as duas alíquotas significaria um aumento de quase R\$ 20 bilhões ao setor em 2013: pelo texto da PEC a simulação mostra mais R\$ 15,4 bilhões ao orçamento da saúde desse ano, enquanto na emenda do senador Lucena esse aumento seria de R\$ 35 bilhões.

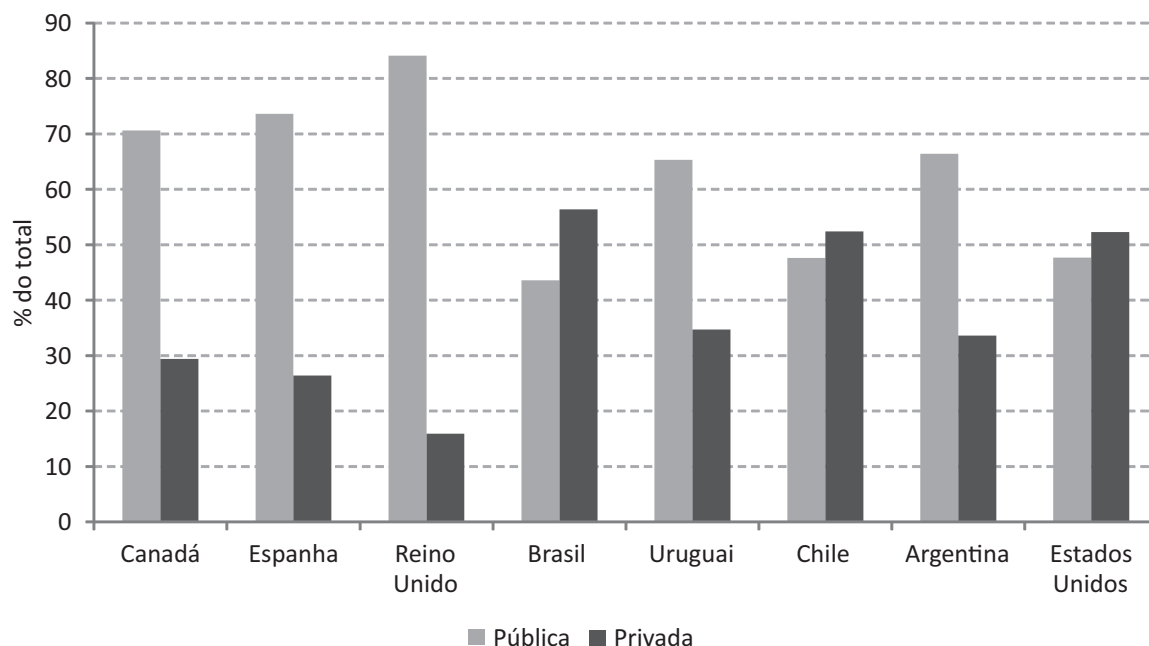
A proposta anterior é a que mais se aproxima da proposta *ideal*, defendida em campanha nacional pelos movimentos sociais e instituições – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) –, além de alguns setores do Congresso Nacional, ligados historicamente à Reforma Sanitária que deu origem ao SUS.

Os defensores de um maior volume de gastos para a saúde têm como referência mais importante o PLC 01/2003, que obrigaria a União a destinar 10% de sua RCB para os gastos com ASPS. Se tal critério fosse utilizado em 2013, o gasto efetivo dessa função seria de aproximadamente R\$ 121,9 bilhões. Se o critério do senador Lucena fosse aplicado (18% da RCL), o gasto seria de R\$ 118 bilhões, correspondendo a 96,8% do gasto ideal. Uma simulação inversa – partindo do gasto para deduzir uma alíquota – mostra que o percentual da RCL que corresponderia a 10% da RCB seria 19,04% – resultado bem próximo da proposta do citado senador. Essa simulação inversa também é apresentada na Tabela 5.

Ainda há um longo caminho para se alcançar um patamar razoável de gasto público em saúde no país. O gasto total do Brasil é estimado em 9% do PIB (WHO, 2013), o que não é pouco, em termos internacionais. Entretanto, a participação pública é baixa para um sistema universal e de atendimento integral (4,23% do PIB, 47% do gasto total), enquanto a participação do gasto privado é muito alta (4,77% do PIB, 53% do gasto total). O gasto privado direto (*out of pocket*) representa 30,6% do total de gastos, o que é extremamente elevado para um sistema universal.

Conforme mostrado no Gráfico 1, a estrutura de gastos em saúde do Brasil pode ser confrontada com a de vários países, sobretudo com os que possuem sistemas públicos universais, como o Canadá, a Espanha e o Reino Unido, evidenciando as distorções de nosso sistema, mais próximo ao sistema norte-americano, predominantemente de gasto privado e com gasto do setor público restrito a populações de maior fragilidade econômica e social.

Gráfico 1 – Participação de fontes públicas e privadas na saúde – 2009



Fonte: Piola, 2014: 6.

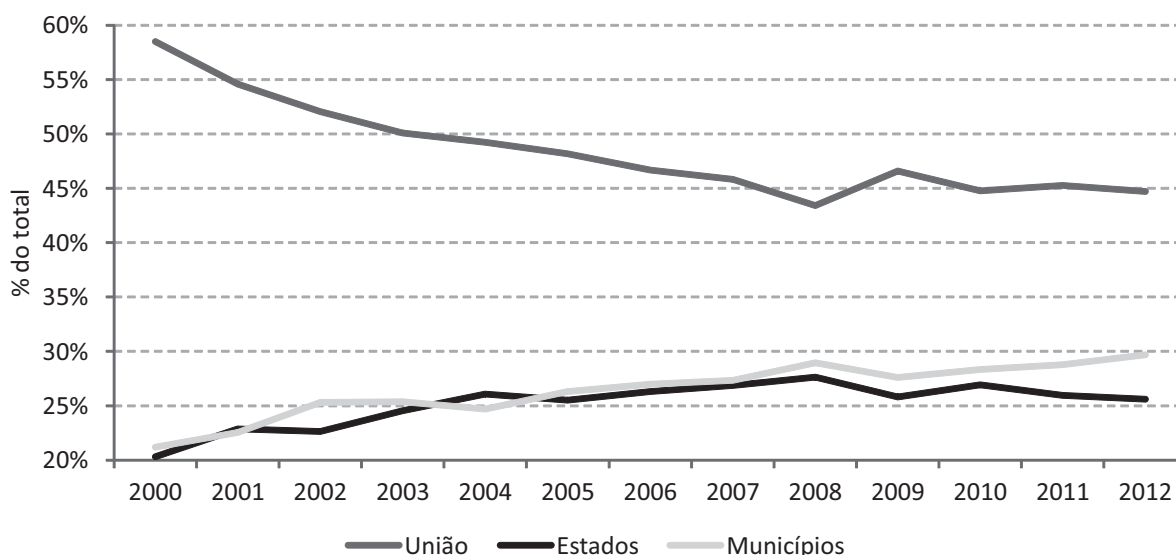
Relações Federativas em Saúde

O crescimento da participação dos governos subnacionais na saúde pública no Brasil pode ser atribuído corretamente à orientação descentralizadora da Constituição de 1988, que estabeleceu novas responsabilidades para estados e municípios.

A descentralização do sistema de saúde esteve vinculada a um processo mais amplo de transição política e de reconfiguração da Federação brasileira, iniciado pelos movimentos democráticos da década de 1980 e moldado, posteriormente, pelos programas de ajuste macroeconômico. Esse novo acordo federativo deu mais autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal. (Paim *et al.*, 2011: 19)

Entretanto, a descentralização não deve ser atribuída exclusivamente ao fortalecimento do federalismo brasileiro. A conjuntura fiscal pela qual o país passou nas décadas de 1990 e 2000, bem como a primazia do ajuste fiscal aliada ao baixo interesse político do governo central em promover as melhorias reivindicadas pelo Ministério da Saúde no sistema de financiamento do setor, já assinadas, foram responsáveis pelo movimento observado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Participação no total das despesas com ASPS por esfera de governo – 2000-2012



Fonte: Brasil, 2014a.

Se no início da década de 2000 a União respondia por quase 60% dos gastos com ASPS, em 2012 essa participação ficou bem próxima de 45% do total. Ou seja, atualmente, estados e municípios, juntos, já respondem pela maior parte dos gastos com ASPS. Os municípios apresentaram o aumento mais expressivo de participação no gasto no período em análise (de 21,2%) e respondem, em 2000, por pouco menos de 30% do total em 2012.

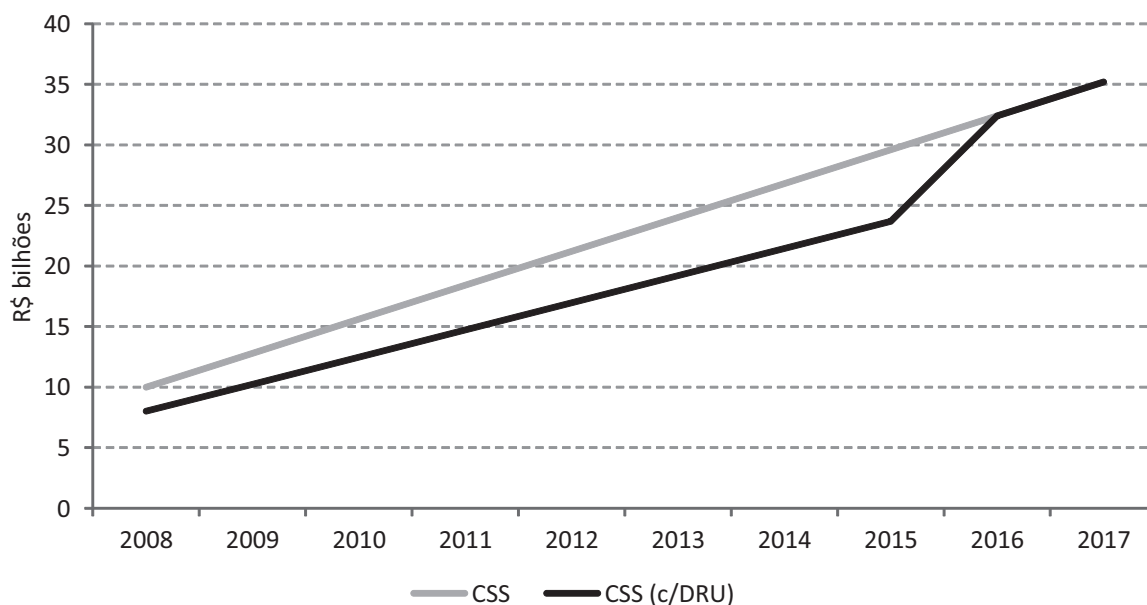
Do ponto de vista da equidade no acesso a serviços, o enfraquecimento da participação federal parece preocupante, pois nela se deposita a possibilidade de reorientar investimentos e reforçar gastos destinados a promover o maior equilíbrio territorial na prestação e qualificação ASPS. Persiste a necessidade de liderar, por meio do poder financeiro da União, um processo ordenado de descentralização de encargos, na lógica própria do SUS, contrariada, ano após ano, pela frustração do crescimento do orçamento federal da saúde.

Contribuição Social para Saúde

Os dados apresentadas na seção anterior não consideram a possibilidade de aprovação de uma contribuição sobre a movimentação financeira exclusiva da saúde, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), que viria a repor parcialmente a receita da extinta CPMF, trazendo também modificações para atenuar o impacto da incidência sobre os contribuintes de menor renda (Dain & Castro, 2008; Viol *et al.*, 2001). Para todas as simulações realizadas, poder-se-iam adicionar os recursos estimados da CSS, aumentando ainda mais a defasagem do gasto da União com saúde pública relativamente ao potencial de arrecadação vinculado à saúde.

À época do lançamento da proposta da CSS, em 2008, estimava-se uma receita de R\$ 10 bilhões/ano. De acordo com o relatório da comissão especial destinada a discutir o financiamento da saúde pública (Brasil, 2013c), a CSS teria uma arrecadação projetada de R\$ 38 bilhões em 2018. Utilizando uma progressão linear simples a partir dessas duas estimativas (2008 e 2018), a receita de CSS para os anos intermediários foi calculada. Em 2013 a contribuição chegaria a R\$ 24 bilhões, sendo apenas 80% (R\$ 19,2 bilhões) utilizáveis, se levarmos em conta o efeito da Desvinculação das Receitas da União (DRU). O Gráfico 3 mostra a evolução estimada da CSS de 2008 a 2018, bem como o efeito da DRU sobre a receita.

Gráfico 3 – Estimativa de arrecadação da Contribuição Social para a Saúde – 2008-2018



Fonte: elaboração própria com base em Brasil, 2013c.

A partir de 2016 a receita da CSS seria integral, visto que a DRU está prevista para vigorar até o final de 2015.¹⁰ Dado que é possível que a DRU venha a ser prorrogada mais uma vez, haveria diminuição do potencial de recursos a ser destinado à saúde.

A todas as simulações até aqui apresentadas, foi acrescida a projeção da CSS, considerando-se um repasse de 80% do tributo – ou seja, não foi considerada a possibilidade de uma eventual destinação parcial do referido tributo a outras finalidades de gasto, como ocorreu com a CPMF. As tabelas 20 a 24, com esses resultados, estão dispostas no Anexo.

Apesar do considerável fortalecimento do orçamento da saúde que a CSS poderia proporcionar – mais uma vez, considerando que todos os seus recursos disponíveis fossem utilizados exclusivamente no seu objetivo principal, isto é, financiamento da saúde –, pesa contra o tributo o desgaste do sistema tributário e da carga tributária perante a sociedade.

¹⁰Atualmente a DRU não está vigendo, tendo se encerrado em 31 de dezembro de 2015. Contudo, há uma PEC (78/2015) tramitando no Congresso que prevê a renovação da DRU até 31 de dezembro de 2023.

O Fundo Monetário Internacional (2013) aponta o Brasil como o país que faz o maior esforço tributário do mundo, utilizando aproximadamente 96% de sua capacidade de arrecadação. Ou seja, é provável que a criação de um novo tributo esbarre em dificuldades políticas. Nesse caso, a criação de um imposto com recursos vinculados à saúde deveria estar atrelada a um debate mais amplo de reforma tributária.

Reforma Tributária

A reforma tributária é um tema recorrente nos discursos dos especialistas da área e também surge eventualmente em alguns projetos de lei que tramitam no Congresso Nacional (ainda que, de forma inócua, em sua maioria). Tal assunto é ponto nevrálgico na análise de cenários de financiamento da saúde. Apesar da clara dificuldade política de promover mudanças em uma área que altera a disposição de recursos em diversos níveis (federativo, regional, setorial e social), assumir a possibilidade de reforma do atual sistema pode ser visto como uma atitude pragmática e defensiva pelos interessados no tamanho do orçamento da saúde. Isto é, qualquer tentativa de reformar o sistema tributário deve envolver necessariamente o financiamento da saúde pública, sob pena do setor permanecer subfinanciado.

Parece desnecessário explicar os (bons) motivos que levariam o país a passar por uma reforma tributária atualmente. Porém, é importante destacar que a urgência dessa reforma torna-a iminente. Qualquer projeto de reforma tributária baseado em racionalidade técnica inclui a revisão das contribuições sociais. Assim, necessariamente apontam para a revisão da vinculação de recursos e também dos recursos do orçamento da seguridade social.

A PEC 233/2008, última proposta ampla de reforma tributária oriunda do Executivo federal sobre o tema, estabelecia, de forma implícita, uma mudança da fonte de receita da saúde. De acordo com essa PEC, a criação do Imposto sobre o Valor Adicionado (IVA) federal, consolidando a receita da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), do Programa de Integração Social (PIS), do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (Cide) e do salário-educação, seria acompanhada pela alteração dos fundos de participação de estados e municípios e da seguridade social.

A PEC previa que 38,8% do IVA, do Imposto de Renda (IR) – a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) passaria a ser incorporada pelo IR – e do Imposto de Produtos Industrializados (IPI) seriam destinados ao financiamento da seguridade social.

A partir das regras de partilha sugeridas no projeto e dos impostos e contribuições que constituem sua base de cálculo, é possível estimar o montante de recursos que financiariam a seguridade social como um todo, sem discriminação entre saúde, assistência social e previdência. Utilizando-se uma estimativa da carga tributária da União para 2013 e considerando-se um crescimento real do PIB de 2,3% (deflator de 7,44%) para o mesmo ano, restariam, para a seguridade, cerca de R\$ 209,7 bilhões de reais,¹¹ que se comparam desfavoravelmente com os recursos hoje alocados ao OSS,

¹¹ Esse valor já leva em conta a DRU, que desvincula 20% das receitas da União que têm destinação predeterminada. Portanto, o cálculo para a obtenção desse número seria: 80% do somatório de 38,8% do IVA (Cofins + PIS + Pasep + Salário-educação), 38,8% do IR (IR + CSLL) e 38,8% do IPI.

excluindo-se a folha de salários que é fonte exclusiva da previdência social – de acordo com as estimativas de arrecadação para 2013, registradas na Tabela 6.

Tabela 6 – Estimativa de arrecadação tributária e de recursos destinados à seguridade social sem a Contribuição Social para a Saúde, de acordo com a PEC 233/2008 – 2013

	% do PIB	R\$ milhões
	Carga tributária estimada	Arrecadação estimada
UNIÃO	25,04%	1.203.672
ORÇAMENTO FISCAL	8,62%	414.218
IR	6,09%	292.810
Pessoa física	0,55%	26.452
Pessoa jurídica	2,62%	126.149
Retido na fonte	2,92%	140.209
IPI	0,98%	47.101
IOF	0,61%	29.415
Imp. sobre comércio exterior	0,77%	37.197
ITR	0,02%	848
Taxas federais	0,14%	6.848
ORÇAMENTO SEGURIDADE	13,56%	651.676
Previdência social	6,22%	299.080
Cofins	4,19%	201.527
CSLL	1,37%	65.732
PIS/Pasep	1,08%	51.899
Contr. Secur. Serv. Público	0,51%	24.580
Outras contr. sociais	0,18%	8.859
DEMAIS	2,87%	137.778
FGTS	1,89%	90.624
Cide	0,00%	35
Outras contr. econômicas	0,36%	17.099
Salário-educação	0,34%	16.561
Sistema S	0,28%	13.459
PIB estimado		4.806.925
Recursos da seguridade social (com DRU) - PEC 233/2008		209.726
38,8% do IVA (Cofins + PIS + Pasep + Cide + Salário-educação)		83.814
38,8% do IR (IR + CSLL)		111.291
38,8% do IPI		14.620

Nota: IOF = Imposto sobre Operações Financeiras; ITR = Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural.

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014), RFB (2014), Brasil (2014b) e CEF (2014).

Com efeito, esse total é apenas pouco superior à arrecadação da Cofins, sugerindo maiores dificuldades para financiar as ASPS, em circunstâncias que podem ser facilmente projetadas para o futuro, lembrando que este *balão de ensaio* de reforma ecoou no debate sobre o financiamento da saúde, tendo merecido os protestos do Ministério da Saúde, além de discussões e publicações organizadas pelo Cebes (Dain, 2009).

Um segundo projeto de reforma tributária foi lançado pelo então senador Francisco Dornelles (PP/RJ). Nesse caso, todas as vinculações passariam a ser financiadas por uma única e abrangente base, o que jogaria as contribuições sociais no perigoso campo da partilha federativa dos fundos de participação de estados e municípios. Segundo o projeto:

A mesma base abrangente dos fundos de participação, formada pela totalidade da arrecadação tributária da União, também será das vinculações para programas, ações e serviços públicos hoje financiados pelas contribuições, tais como: a seguridade social (Cofins e CSLL); o fundo de amparo ao trabalhador (PIS/Pasep); o ensino básico (salário-educação); e os investimentos em infraestrutura (caso das contribuições econômicas para transportes e desenvolvimento tecnológico), dentre outros. Os percentuais para tais destinações específicas serão fixados de forma que não haverá perda de recursos para os programas setoriais com a incorporação das contribuições aos impostos. Será preservada a destinação de recursos para ensino público e para o sistema único de saúde hoje oriunda das receitas de impostos. (Dornelles, 2010: 59-60)

A “base abrangente dos fundos de participação” se refere ao produto total da arrecadação de impostos e contribuições, exceto as de melhoria e as destinadas ao custeio de benefícios previdenciários. Como atualmente a vinculação para despesas em saúde na União não tem essa base de cálculo, seria preciso estimar qual deveria ser o percentual da receita, de impostos e contribuições destinados à saúde, na nova base, para utilizá-lo como parâmetro para exercícios futuros.

No caso de estados e municípios, as regras de vinculação no presente têm mais semelhança com o que é proposto no projeto do ex-senador Dornelles. Porém, há uma significativa diferença: atualmente as alíquotas de 12% e 15% da receita de impostos de, respectivamente, estados e municípios são aplicadas depois de deduzidas as parcelas das transferências constitucionais; enquanto no referido projeto, a mesma base abrangente seria adotada para os dois casos, tanto para as transferências como para as vinculações sociais. Isso, sem mencionar que o SUS e os fundos de participação apresentam critérios de partilha radicalmente diversos.

Para estimar a alíquota a ser aplicada sobre a base abrangente de modo a manter o mesmo nível de gastos com saúde, foram utilizados os dados estimados de 2013 de carga tributária e os dados consolidados de gastos efetivos com ASPS. No cenário médio (crescimento real do PIB de 2,3% e deflator de 7,44%, em 2013), os gastos com saúde representavam 13,15% da receita de impostos e contribuições da União (excluídas a receita previdenciária ampla e a receita de contribuições de melhoria). Esse percentual foi tomado como a alíquota a ser aplicada para garantir o financiamento federal da saúde em caso de reforma. A Tabela 7 resume essa estimativa.

Tabela 7 – Estimativa de arrecadação tributária e de recursos destinados à saúde sem CSS, de acordo com a proposta de Francisco Dornelles – 2013

	% do PIB	R\$ milhões
	Carga tributária estimada	Arrecadação estimada
UNIÃO	25,04%	1.203.672
ORÇAMENTO FISCAL	8,62%	414.218
IR	6,09%	292.810
Pessoa física	0,55%	26.452
Pessoa jurídica	2,62%	126.149
Retido na fonte	2,92%	140.209
IPI	0,98%	47.101
IOF	0,61%	29.415
Imp. sobre comércio exterior	0,77%	37.197
ITR	0,02%	848
Taxas federais	0,14%	6.848
ORÇAMENTO SEGURIDADE	13,56%	651.676
Previdência social	6,22%	299.080
Cofins	4,19%	201.527
CSLL	1,37%	65.732
PIS/Pasep	1,08%	51.899
Contr. Segur. Serv. Público	0,51%	24.580
Outras contr. sociais	0,18%	8.859
DEMAIS	2,87%	137.778
FGTS	1,89%	90.624
Cide	0,00%	35
Outras contr. econômicas	0,36%	17.099
Salário-educação	0,34%	16.561
Sistema S	0,28%	13.459
PIB estimado		4.806.925
Recursos da saúde (com DRU) - Proposta Francisco Dornelles		83.053
13,15% da base abrangente		83.053

Nota: A base abrangente inclui imposto e contribuições, excluindo a previdência (conceito amplo) e as contribuições de melhoria.

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014), RFB (2014), Brasil (2014b) e CEF (2014).

Nota-se que a simulação de gasto para o ano de 2013, no cenário médio, não difere em nada do que foi efetivamente gasto em 2013 (R\$ 83 bilhões). Isso era esperado, na medida em que o projeto prevê simplesmente a aplicação de uma alíquota que não reduza os recursos de determinada área.

Entretanto, a simples utilização do gasto efetivo em saúde como referência para o cálculo da alíquota não permite dar a real dimensão do potencial da base abrangente como ponto de partida para a vinculação de saúde. As simulações anteriores, baseadas em outras propostas de vinculação, também podem ser aplicadas ao caso da proposta de reforma tributária do ex-senador Dornelles, obtendo-se assim as alíquotas necessárias para se igualar propostas em termos de volume de gastos. A Tabela 8 apresenta resumidamente essa ideia.

Tabela 8 – Alíquotas necessárias sobre a base abrangente para destinação de recursos à saúde de acordo com vários critérios – 2013

	R\$ milhões	Alíquota necessária para igualar
Base abrangente (com DRU)	631.511	-
Gasto efetivo	83.053	13,15%
EC n. 29	84.696	13,41%
10% da RCB	121.965	19,31%
15% da RCL	98.414	15,58%
18% da RCL	118.097	18,70%

Nota: A base abrangente inclui imposto e contribuições, excluindo a previdência (conceito amplo) e as contribuições de melhoria.

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014), RFB (2014), Brasil (2014b) e CEF (2014).

Se tomarmos como referência a proposta *ideal* (10% da RCB), que proporcionaria quase R\$ 122 bilhões à saúde em 2013, seria necessário prever a aplicação de uma alíquota de aproximadamente 19,3% sobre a base abrangente da proposta de Dornelles para que ela chegasse ao mesmo patamar da PLP 01/2003. Da mesma forma, para obter um volume de gastos idêntico ao da PEC do Orçamento Impositivo (15% da RCL) a partir da base abrangente, deveria ser aplicada uma alíquota de 15,58% sobre essa última. Uma alíquota de 13,4% (pouco acima dos 13,15% obtidos a partir do gasto efetivo) seria necessária para que essa reforma tributária mantivesse o volume de despesas proposto pela EC n. 29.

Assim, torna-se essencial o diálogo entre propostas para elevação de recursos para a saúde e projetos de reforma tributária. Isso permitiria cotejar critérios alocativos e projeções de receita para os orçamentos da saúde, levando em conta as alternativas de reforma consideradas no debate e passíveis de implementação no futuro. Sem isso, o espaço fiscal da saúde pode ser significativamente limitado e a hierarquização de ações, presente em seu processo de descentralização, totalmente subvertida.

Royalties e Outras Compensações do Petróleo

O franco desenvolvimento da indústria do petróleo no Brasil desde meados da década de 1990 – que proporcionou à Petrobras a liderança mundial da produção e da tecnologia de exploração de petróleo em águas profundas – culminou com a descoberta de grandes reservas de petróleo e gás natural na chamada camada pré-sal.

A comprovação das reservas colocou o Brasil no grupo de países com grande volume da matéria-prima. De acordo com dados da British Petroleum (BP), em 2012 o Brasil figurava como o 15º colocado na classificação de reservas provadas de petróleo, com 15,3 bilhões de barris. Se considerarmos os dados da Agência Nacional do Petróleo (ANP), que levam em conta as reservas dos campos cujos planos de desenvolvimento estão em análise, esse volume passa a 28,5 bilhões de barris, o que faria o Brasil subir no *ranking*, para a 13ª colocação, superando Catar e China.

De fato, a descoberta do pré-sal tornou-se um marco, não só na história do setor, como na história do país. Entretanto, o entusiasmo inicial deu lugar a dúvidas, que giravam em torno da viabilidade financeira da produção, da tecnologia a ser empregada, do marco regulatório do setor, da partilha federativa e da destinação social das compensações financeiras e das implicações macroeconômicas.

Tal cenário, ainda nebuloso, é sintetizado por Losekann e Periard (2013):

As reservas do pré-sal constituem a possibilidade de reversão de uma tendência histórica brasileira de importador de petróleo, já que com estas descobertas se prevê um cenário onde o país irá ter petróleo em quantidade suficiente para se tornar um exportador líquido da mercadoria. No entanto, apesar de toda a euforia criada pela descoberta do pré-sal, ainda não se tem com clareza qual o tamanho de seu impacto econômico para o Brasil.

A falta de informações claras e precisas acerca dos principais parâmetros da camada pré-sal contribui para a continuidade das dúvidas. Como assinalado anteriormente, há estimativas diferentes das reservas comprovadas entre a BP (fonte internacional e muito tradicional no setor de petróleo) e a ANP (órgão regulador do setor no Brasil e fonte oficial do governo).

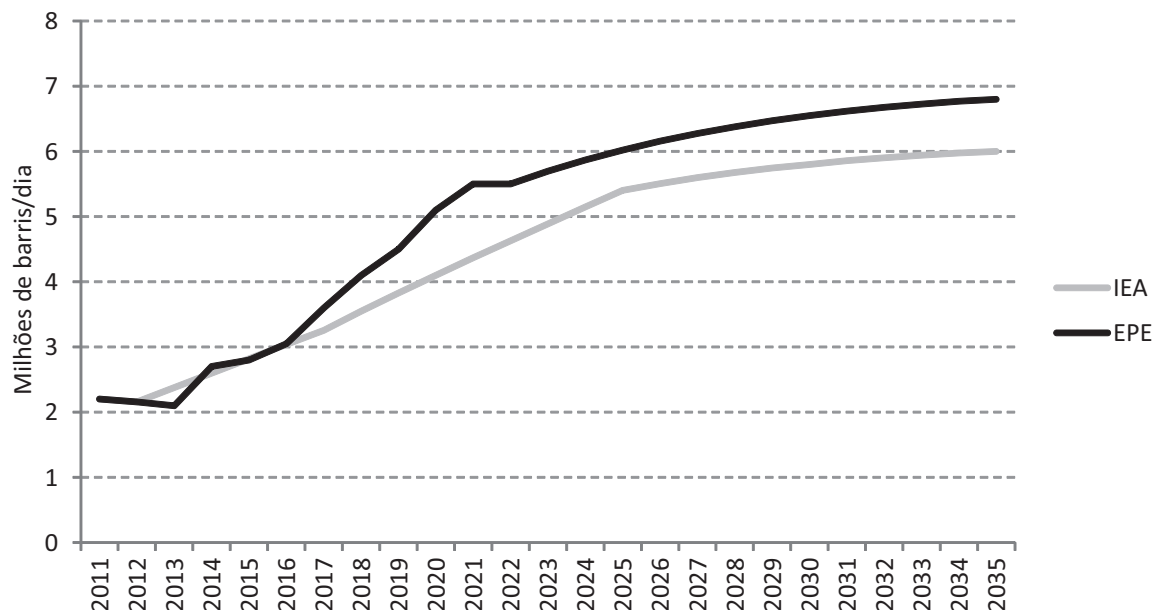
Entretanto, a projeção de produção em um horizonte de médio prazo – fundamental para prever o ingresso de receita no setor público – apresenta divergências menos significativas, ainda que realizada com base em fontes diferentes. O Gráfico 4 mostra duas projeções a partir de dados Empresa de Produção Energética (EPE, 2013) e do International Energy Agency (IEA, 2013).

Como pode ser observado, os cálculos da entidade nacional (EPE) são, novamente, mais otimistas que os da agência internacional. Segundo a EPE, estima-se que em 2035 o país esteja produzindo 6,8 milhões de barris/dia, ao passo que, segundo a agência internacional (IEA), a estimativa gira em torno de 6 milhões de barris/dia. A despeito da diferença absoluta, a tendência das duas projeções é semelhante (as curvas apresentam inclinações próximas), o que indica que deve haver consistência nos cálculos das duas entidades.

Há ainda uma expectativa de que a camada pré-sal passe a ter, cada vez mais, maior participação no total da produção de petróleo no Brasil. Com a estabilidade (e posterior decadência) na exploração

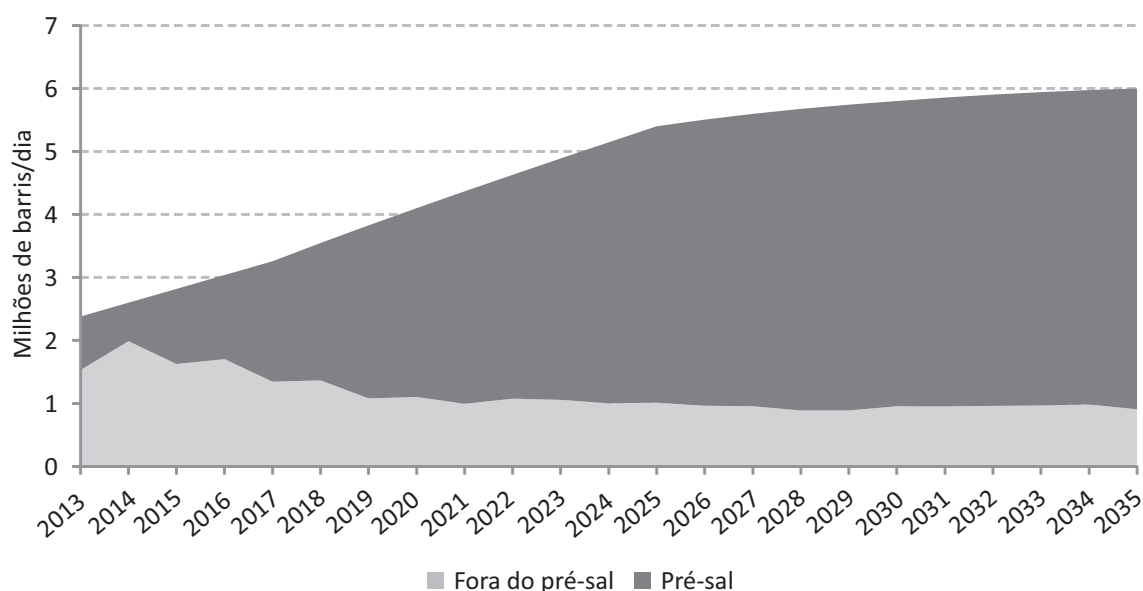
da camada pós-sal e o aumento da atividade nos poços mais profundos, essa expectativa deve ser de fato verificada. O Gráfico 5 apresenta uma projeção para essa participação.

Gráfico 4 – Estimativa de produção de petróleo. Brasil – 2011-2035



Fonte: elaboração própria com base em EPE (2013) e IEA (2013).

Gráfico 5 – Estimativa de produção de petróleo por área de exploração. Brasil – 2013-2035



Fonte: elaboração dos autores com base em IEA (2013) e Brasil (2013d).

Como observado no Gráfico 5, a produção da camada pré-sal teria uma crescente participação na produção total do país, passando de 35,7% em 2013 para 84,9% em 2035. Essa simples informação dá uma boa dimensão da importância da descoberta da reserva do pré-sal, não só para o futuro do setor petrolífero mas também para o setor público, que espera auferir boa parte dos rendimentos da exploração de petróleo e gás.

As participações governamentais oriundas da exploração da camada pré-sal foram o ponto de partida para um dos principais debates federativos dos últimos anos. O recebimento de *royalties* e outras compensações financeiras pela União e por uma pequena parte de governos regionais (usualmente localidades afetadas pelas atividades de exploração), que até então praticamente não era questionado, passou a ser alvo de críticas por parte dos governos regionais menos favorecidos no processo de divisão. A simples expectativa de que o volume de participações governamentais iria aumentar significativamente em um futuro próximo desencadeou um novo processo de *guerra fiscal*, em que o objetivo não seria atrair a atividade empresarial, como ocorre com a guerra fiscal do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), mas de tentar auferir o maior volume de recursos possível a partir do que fosse extraído da atividade de exploração de petróleo e gás natural.

Inicialmente a discussão ficou atrelada à questão da partilha desses recursos, tanto no âmbito das esferas de governo, quanto no âmbito regional. Uma das formas de apaziguar os ânimos nesse conflito federativo foi a sugestão do governo federal de destinar 100% da receita de *royalties* para a educação.

Tal proposta, modificada para incluir a saúde, foi elaborada no Congresso Nacional que, em meados de 2013, aprovou a lei n. 12.858, sancionada em 9 de setembro de 2013. A lei prevê que os *royalties* e outras compensações financeiras do petróleo sejam destinados à educação (em uma proporção de 75%) e à saúde (em uma proporção de 25%). Porém, não se trata de todas as participações governamentais obtidas a partir da atividade. Os recursos são especificados pela lei:

I - as receitas dos órgãos da administração direta da *União* provenientes dos *royalties* e da participação especial decorrentes de áreas cuja *declaração de comercialidade tenha ocorrido a partir de 3 de dezembro de 2012*, relativas a contratos celebrados sob os regimes de concessão, de cessão onerosa e de partilha de produção, de que tratam respectivamente as Leis n^{os} 9.478, de 6 de agosto de 1997, 12.276, de 30 de junho de 2010, e 12.351, de 22 de dezembro de 2010, quando a lavra ocorrer na plataforma continental, no mar territorial ou na zona econômica exclusiva;

II - as receitas dos *Estados, do Distrito Federal e dos Municípios* provenientes dos *royalties* e da participação especial, relativas a contratos celebrados a partir de 3 de dezembro de 2012, sob os regimes de concessão, de cessão onerosa e de partilha de produção, de que tratam respectivamente as Leis n^{os} 9.478, de 6 de agosto de 1997, 12.276, de 30 de junho de 2010, e 12.351, de 22 de dezembro de 2010, quando a lavra ocorrer na plataforma continental, no mar territorial ou na zona econômica exclusiva;

III - 50% (cinquenta por cento) dos recursos recebidos pelo Fundo Social de que trata o art. 47 da Lei n^o 12.351, de 22 de dezembro de 2010, até que sejam cumpridas as metas estabelecidas no Plano Nacional de Educação; e

IV - as receitas da União decorrentes de acordos de individualização da produção de que trata o art. 36 da Lei nº 12.351, de 22 de dezembro de 2010. (destaque nosso)¹²

Ou seja, observa-se que há restrições na classificação dos recursos que devem ser utilizados para as finalidades sociais previstas na lei. Se o critério de “declaração de comercialidade ocorrido a partir de 3 de dezembro de 2012”, aplicado à União, já é restritivo em termos de espaço fiscal para educação e saúde nos próximos anos, o critério “contratos celebrados a partir de 3 de dezembro de 2012” restringe ainda mais a vinculação de recursos no curto prazo.

Lima (2013a), com base em informações da BP, mostra que a exploração comercial dos poços de petróleo do pré-sal só deve começar de 11 a 18 anos após a assinatura do contrato. A declaração de comercialidade só ocorre, em média, oito anos após a assinatura de contrato. Ou seja, especialmente no caso de estados, Distrito Federal e municípios, a destinação de recursos para educação e saúde só deve começar a ocorrer a partir de 2022, considerando uma projeção otimista.

Levando em conta esses critérios, as tabelas 9 e 10 mostram projeções (realista e otimista, respectivamente) de destinação de participações governamentais do petróleo para educação e saúde até 2022.

Tabela 9 – Projeção de *royalties* e participações especiais destinados à educação e saúde em R\$ bilhões – cenário realista – 2013-2022

Ano	União (declaração de comercialidade a partir de 3/12/2012)	Estados e municípios (contratos a partir de 3/12/2012)	Fundo social (50%)	Unitização	Total
2013	0,00	0,00	5,80	0,29	6,09
2014	0,01	0,00	1,72	0,44	2,17
2015	0,08	0,00	7,71	0,58	8,37
2016	0,67	0,00	4,68	1,17	6,52
2017	2,24	0,00	10,61	1,31	14,16
2018	4,73	0,00	7,07	7,88	19,68
2019	8,19	0,00	14,53	7,88	30,59
2020	10,69	0,00	11,06	7,74	29,49
2021	11,62	0,00	16,88	7,59	36,08
2022	11,40	0,00	12,04	7,45	30,88
Total	49,63	0,00	92,09	42,33	184,04

Fonte: elaboração dos autores com base em Brasil (2013d) e ANP (2014).

¹² Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12858.htm>. Acesso em: 21 dez. 2013.

Tabela 10 – Projeção de *royalties* e participações especiais destinados à educação e saúde em R\$ bilhões – cenário otimista – 2013- 2022

Ano	União (declaração de comercialidade a partir de 3/12/2012)	Estados e municípios (contratos a partir de 3/12/2012)	Fundo social (50%)	Unitização	Total
2013	0,00	0,00	5,80	0,29	6,09
2014	0,01	0,00	1,72	0,44	2,17
2015	0,08	0,00	7,71	0,58	8,37
2016	0,67	0,00	4,68	1,17	6,52
2017	2,24	0,00	10,61	1,31	14,16
2018	4,73	0,00	7,07	7,88	19,68
2019	8,19	0,00	14,53	7,88	30,59
2020	10,69	0,00	11,06	7,74	29,49
2021	11,62	0,00	16,88	7,59	36,08
2022	11,40	26,59	12,04	7,45	57,48
Total	49,63	26,59	92,09	42,33	210,63

Fonte: elaboração dos autores com base em Brasil (2013d) e ANP (2014).

Considerando um cenário realista, com a inclusão dos recursos de unitização,¹³ a educação e a saúde receberiam juntas, entre 2013 e 2022, cerca de R\$ 184 bilhões. Levando em conta sua participação no total, a saúde teria à disposição cerca de R\$ 46 bilhões no período em análise. Nesse caso, todo o repasse de *royalties* para a área social seria oriundo da União.

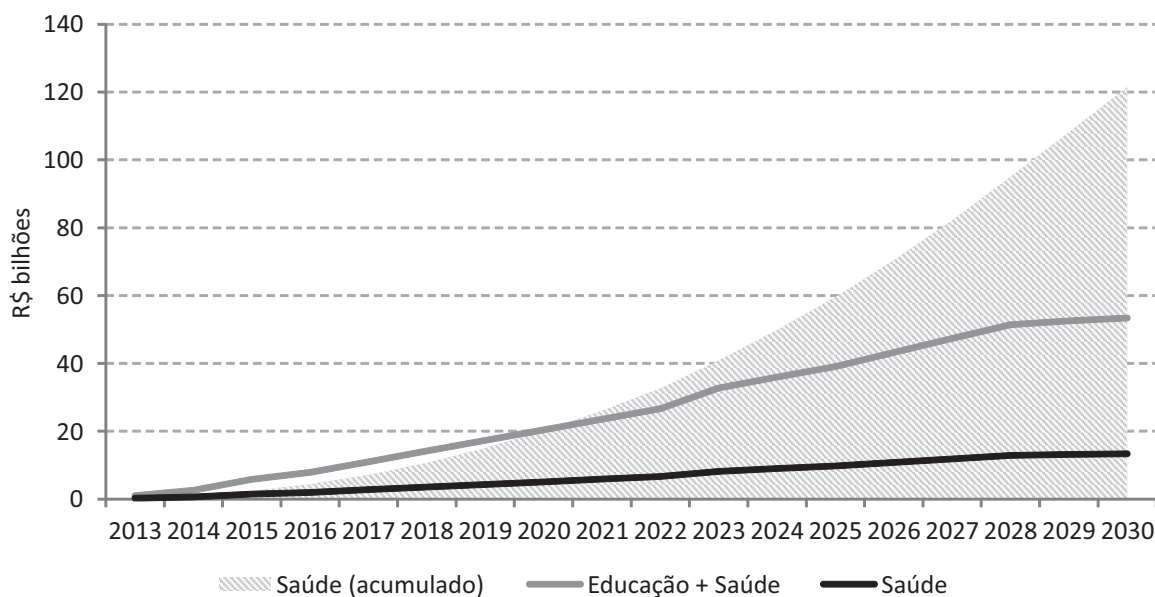
Já em um cenário otimista, que considera o repasse de estados e municípios (apenas) em 2022, o montante auferido pelas duas áreas ao longo dos dez anos da série subiria para R\$ 210,6 bilhões, sendo R\$ 52,7 bilhões destinados exclusivamente à saúde.

Nossa estimativa realista se aproxima muito da projeção apontada por Lima (2013b): enquanto o autor chega à cifra de R\$ 130 bilhões, sem unitização, no mesmo horizonte temporal, nossa conta registrou R\$ 141,7 bilhões, também sem unitização. Estima-se que da

receita governamental direta de R\$ 1,52 trilhão, 32% serão destinados às áreas de educação e saúde, o que equivale a cerca de R\$ 486 bilhões no período de 2013 a 2030. De 2013 a 2022, os recursos destinados a essas áreas seriam da ordem de R\$ 130 bilhões, sem considerar recursos de unitização que podem chegar a R\$ 40 bilhões nesse período. (Lima, 2013b: 2)

Com base em estimativas apontadas nos pareceres legislativos (Brasil, 2013a, 2013b) e de Lima (2013b), pode-se inferir a evolução futura dos recursos provenientes dos *royalties* do petróleo que seriam destinados à saúde e à educação. O Gráfico 6 apresenta essa projeção, com ênfase na saúde.

¹³“Unitização é a operação conjunta, coordenada, de um reservatório de petróleo, por todos os detentores de direitos nas seções sobrepondo o reservatório” (Quintas, 2010: 16).

Gráfico 6 – Estimativa de recursos para educação e saúde a partir dos *royalties* do petróleo – 2013-2030

Fonte: elaboração própria com base em dados de Brasil (2013a), Brasil (2013b) e Lima (2013b).

Como apenas 25% dos recursos destinam-se à saúde, da estimativa de R\$ 486 bilhões a serem repassados até 2030, o setor só obterá R\$ 121,5 bilhões aproximadamente no mesmo horizonte temporal. No último ano da projeção, a saúde receberia cerca de R\$ 13,3 bilhões extras (além da vinculação constitucional, dada hoje pela EC n. 29) para adicionar ao seu orçamento.

Certamente é um recurso que contribui para a melhora do setor, mas é muito aquém do necessário. Basta comparar tal receita com a CSS, que, em 2013, já destinaria R\$ 19,2 bilhões à saúde. Supondo que esses R\$ 13,3 bilhões fossem acrescidos ao orçamento de 2013, especificamente para os gastos com ASPS, notaríamos um incremento da ordem de 15%, passando o gasto de R\$ 88,3 bilhões para R\$ 101,6 bilhões.

De acordo com Lima (2013a), alguns fatores podem ser apontados para a baixa destinação de receita dos *royalties* para a saúde.

- Com relação aos *royalties* e participação especial distribuídos para estados e municípios, o critério de declaração de comercialidade, que tenha ocorrido a partir de 3 de dezembro de 2012, foi substituído pelo critério de assinatura de contrato. Dessa forma, somente a partir de 2022, *royalties* e participação especial deverão ser destinados às áreas de educação e saúde por esses entes da federação.
- Não houve garantia de se destinar, no mínimo, 60% do excedente em óleo para a União.¹⁴ Sem isso, não se garante que o regime de partilha de produção gere receitas substancialmente

¹⁴No regime de concessão, a participação especial é semelhante ao excedente em óleo e, nos grandes campos, varia de 30% a 40% da receita líquida. Se a introdução do regime de partilha de produção em áreas estratégicas teve o objetivo de aumentar a renda do estado, nada mais justo que se estabeleça um excedente em óleo da União de, no mínimo, 60%.

maiores que as do regime de concessão, argumentação muito utilizada no Congresso Nacional por ocasião da discussão do novo marco legal.

- Não foi possível destinar às áreas de educação e saúde recursos referentes a acordos de unitização celebrados entre a Pré-Sal Petróleo S.A. (PPSA) e futuros concessionários ou contratados sob o regime de partilha de produção.¹⁵
- Quando comparada com as outras áreas do horizonte geológico do pré-sal, a participação da Petrobras em Libra é bem menor. Essa menor participação da Petrobras e o baixo excedente em óleo para a União, nos termos do edital de Libra, não representam, na prática, uma melhora do atual cenário de receitas governamentais.
- A destinação imediata de recursos é a mais prejudicada, o que tem relação direta com o prazo para o início da exploração dos poços. É muito grande o intervalo de tempo entre o ano da celebração do contrato de concessão e a instalação de unidades estacionárias de produção. O intervalo de tempo médio para esse regime é de 16,3 anos. Sob o regime de concessão na plataforma continental, não deverão ser geradas receitas significativas de *royalties* e de participação especial decorrentes de contratos celebrados a partir de 3 de dezembro de 2012. As receitas governamentais significativas nos próximos anos virão de áreas já contratadas.

Resultado direto dos problemas mencionados é a baixa participação da receita governamental brasileira na atividade extrativa em questão. Uma breve comparação internacional, apresentada no Gráfico 7, mostra como o país se posiciona desfavoravelmente na classificação de participação da renda do petróleo.

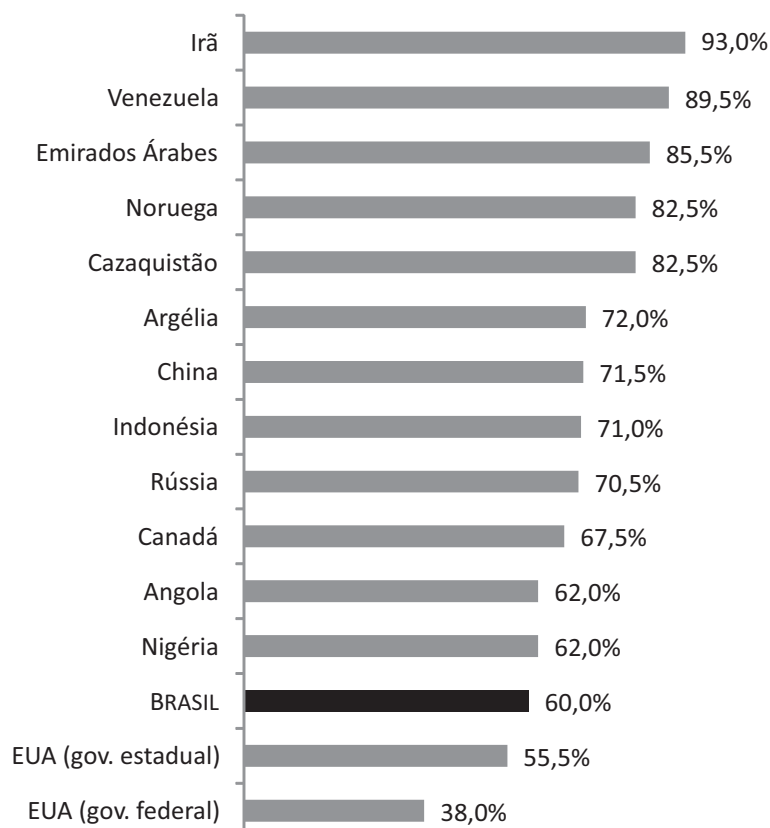
Os dados apresentados no Gráfico 7 estão ligeiramente defasados, especialmente no caso brasileiro. A despeito da posição oficial do governo, que afirma que a participação governamental total (incluindo o retorno da Petrobras) no campo de Libra será de 85% da renda gerada (Brasil, 2013g), Lima (2013b) sugere que essa participação seria significativamente menor – em torno de 70% –, visto que os parâmetros utilizados pelo governo para estimar sua participação são irreais.

Considerando essa participação governamental (baseada em Libra) de 70% da receita bruta de exploração, o Brasil ainda poderia ser classificado como um país em que o Estado tem baixa participação na renda do petróleo, mesmo tendo melhorado o indicador com relação à posição de 2006, quando, de acordo com a ANP, seu *government take* girava em torno de 60% da receita. Dados mais atualizados¹⁶ mostram que países como Angola, Venezuela, Rússia e Noruega têm participações superiores a 80%. Na China esse percentual chega a 90%.

¹⁵ Nos termos do texto aprovado no Senado, a ANP deixa de ser obrigada a prestar essas informações, prejudicando a transparência e o direito à informação pelos cidadãos.

¹⁶ Disponível em: <www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/areas-da-conle/tema16/2013_17543.pdf>. Acesso em: dez. 2013.

Gráfico 7 – Participação governamental na exploração de petróleo – 2007



Fonte: PWC, 2009.

Em resumo, havia um enorme potencial de obtenção de recursos com a exploração do pré-sal. Porém, se o resultado final ficar bem abaixo do esperado, é razoável supor que as receitas previstas para a saúde dessa fonte não sejam significativas a ponto de resolver a questão do financiamento do setor.

A lei que estabeleceu o marco regulatório da exploração de petróleo e gás natural pelo regime de partilha de produção – lei n. 2.734 de 30 de novembro de 2012 – também se destacou pela mudança nos critérios de distribuição dos *royalties* e participações especiais entre estados e municípios. A atuação teve o objetivo de descentralizar o destino dos recursos, impondo uma maior participação às localidades que não são afetadas nem são confrontantes das áreas de exploração. Uma análise criteriosa dos impactos dessa mudança se faz necessária para mostrar quais localidades sairiam perdendo ou ganhando e para identificar um maior ou menor equilíbrio na distribuição de recursos.

Utilizando dados consolidados pela ANP, de distribuição de *royalties* para União, estados e municípios por unidade da federação (UF) para o ano de 2013 e os coeficientes de participação de cada UF no Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE) e no Fundo de Participação

dos Municípios (FPM), obtidos no Tribunal de Contas da União (TCU), foi possível estimar a participação de cada UF (incluindo estados e municípios) no total de *royalties*, de acordo com os dois critérios de distribuição (o critério antigo, mas ainda vigente, e o critério da lei n. 12.734, suspenso temporariamente).

Como pode ser observado nos mapas da Figura 1, em que são apresentados os resultados finais, há uma aparente melhora na distribuição dos recursos dos *royalties*, entendendo melhora como uma distribuição menos centralizada. Unidades federativas que recebem menos de 0,1% dos recursos pelo critério vigente (AC, AP, RO, RR), passariam a se enquadrar na categoria seguinte de distribuição (de 0,1% a 1%). Pelos novos critérios, a maior parte das UFs – 18 ao todo – teriam uma participação entre 1% e 5% (classificação intermediária, de cor amarela). Além disso, a Bahia passaria a integrar o grupo das UFs que recebem mais de 5% dos *royalties*, junto do Rio de Janeiro e Espírito Santo, que já se encontram nessa posição pelos atuais critérios de distribuição.

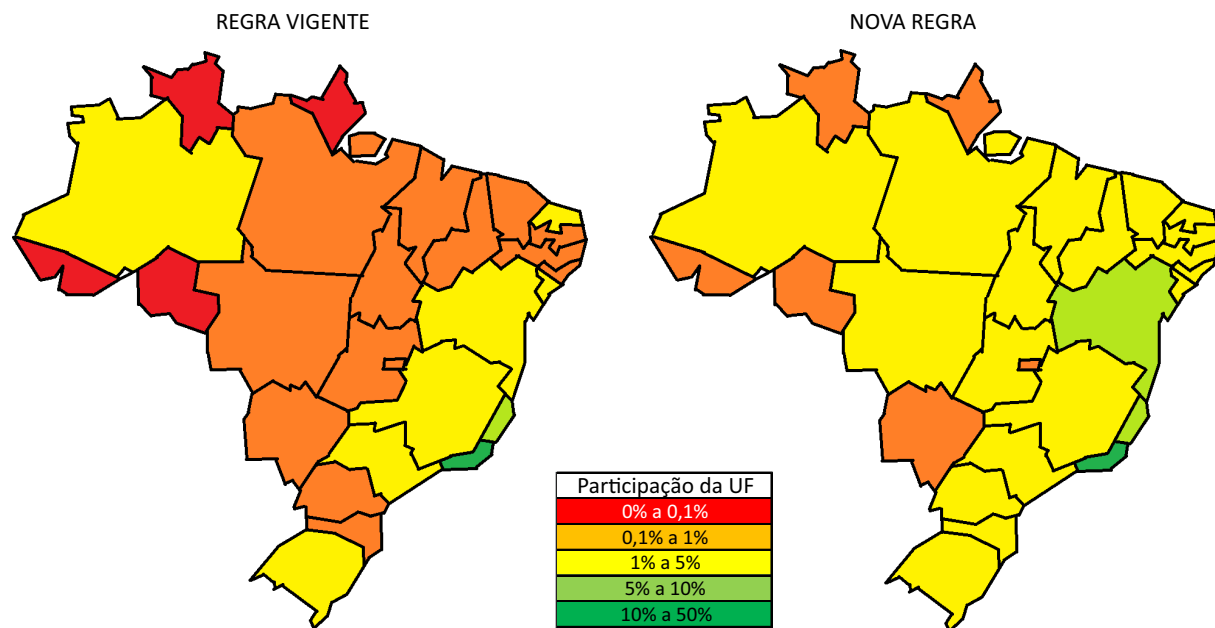
De uma forma geral, a mudança da distribuição de participação mostra várias UFs tendo pequenos incrementos, enquanto Rio de Janeiro, Espírito Santo e Rio Grande do Norte teriam redução de suas respectivas parcelas. O caso mais drástico seria o do Rio de Janeiro, que de uma *fatia* da ordem de 37,9% na regra vigente, passaria a deter 18,6% – uma queda de mais da metade da participação de origem (Cf. Tabela 25 no Anexo).

Deve-se atentar para o fato de que esta simulação conta com critérios do ano de 2013. Eventuais mudanças na participação das diferentes localidades decorrentes da localização dos poços de exploração (alteração na classificação de localidades confrontantes/afetadas) e de rateio do FPE/FPM devem ser levadas em conta em simulações para anos subsequentes. Ademais, como o primeiro leilão sob o regime de partilha foi o de Libra, os dados mencionados só se referem ao regime de concessão de cessão onerosa, aplicado no caso.

A inclusão de novas áreas de exploração pode (deve) alterar o padrão de distribuição regional dos recursos, assim como a obsolescência de áreas em fim de ciclo produtivo. De qualquer forma, a distribuição encontrada nesse cálculo é uma referência razoável que parte de fontes fidedignas.

Em se tratando de gastos públicos com saúde, não importa apenas tentar mensurar o volume de recursos que devem beneficiar o setor nos próximos anos. Intrínseca à questão dos *royalties* do petróleo está a distribuição regional dessa compensação financeira. Esse aspecto é extremamente importante, por envolver disputa federativa muito delicada e engendrar uma apropriação de recursos que não se assemelha às prioridades alocativas do SUS.

A simulação aqui realizada afetará a base vinculável de estados e municípios, se mantida a EC n. 29, alterando significativamente os valores efetivamente destinados pelos governos subnacionais ao financiamento da saúde e à distribuição intraestadual e intramunicipal, além de alterar os volumes a serem integralizados pelas três esferas de governo e sua participação relativa, neste e em qualquer outro cenário de alocação de recursos para a saúde.

Figura 1 – Distribuição regional dos *royalties* do petróleo em % do total – 2013

Fontes: ANP (2014), TCU (2014).

Espaço Fiscal: a questão da renúncia fiscal

O financiamento da saúde envolve não apenas propostas de novas fontes de recursos ou de mudanças institucionais no campo tributário, mas também a capacidade de gasto do governo. Em tese, a simples situação de maior aporte de receita e menor necessidade de gastos em outras funções já seria suficiente para o poder público ampliar seu dispêndio em saúde.

A perda de capacidade do governo de cumprir seus compromissos, ou a redução do espaço fiscal do setor público, tem relação direta com as desonerações tributárias promovidas em favor do setor privado. Tal tema torna-se especialmente relevante após o crescimento desse tipo de política nos últimos anos no âmbito do governo federal, como item integrante de sua agenda de incentivo ao crescimento econômico.

De fato, boa parcela da resposta do governo central à crise internacional dos últimos anos se localizou na renúncia fiscal. Exemplos mais comuns foram a redução do IPI para automóveis, a desoneração da folha de pagamentos (previdência) e a redução do IR sobre a participação sobre lucros e rendimentos. Houve ainda renúncias com objetivo explícito de controle inflacionário, como a desoneração da cesta básica e a redução da Cide-combustíveis.

Esse tipo de desoneração tem influência indireta na capacidade de gasto do governo com ASPS e, apesar de ser importante, não deve ser confundida com a renúncia fiscal promovida especificamente no setor em questão. Ou seja, além dos gastos tributários já citados que limitam o orçamento

como um todo, deve-se atentar para os gastos tributários que favorecem a atuação do setor de saúde privado (planos de saúde, entidades filantrópicas, medicamentos etc.). A mensuração e observação das duas linhas de desoneração são muito importantes para uma melhor compreensão do efetivo espaço fiscal com que se depara a União atualmente.

A desoneração tributária em qualquer nível é relevante não apenas para a discussão de espaço fiscal, como aqui proposta. O favorecimento do setor privado de saúde por meio de tributos contribui também significativamente para perpetuar o baixo nível de gasto público em saúde no Brasil. A preocupação em torno desse *subfinanciamento* público da saúde, e sua sustentação via incentivos ao setor privado, está relacionada à ideia de desigualdade de renda.

A maior parte da renúncia fiscal na função saúde é concedida às pessoas físicas que têm gastos com saúde em geral (hospitais, médicos, planos de saúde, dentistas, medicamentos etc.). Usualmente essas pessoas beneficiadas estão enquadradas em classes de renda mais elevadas. Ou seja, há um gasto tributário do setor público para financiar o tratamento de saúde privado em detrimento da melhora do aparelho público de atendimento, ao qual todos os cidadãos têm acesso. Os recursos públicos aplicados no setor “devem beneficiar toda a população brasileira, e não somente a parcela que usa o sistema privado” (Gadelha, Carvalho & Pereira, 2012: 175).

O volume de recursos despendido pelo governo federal com renúncias específicas para o setor de saúde foi da ordem de R\$ 18 bilhões em 2012, sendo 48,5% desse total (R\$ 8,7 bilhões) exclusivos em “despesas médicas”, rubrica que está relacionada às deduções de saúde do IR. A Tabela 11 apresenta os dados de renúncia de 2012 detalhados por região.

Os outros itens de renúncia fiscal também se relacionam com tributos específicos: “assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados” – IRPJ (Imposto sobre a Renda das Pessoas Jurídicas); “entidades sem fins lucrativos/ assistência social” – IRPJ, CSLL e Cofins; e “medicamentos”, “produtos químicos e farmacêuticos”, “água mineral” – PIS, Cofins.

Regionalmente a Tabela 11 mostra que há uma maior concentração de renúncia fiscal na região Sudeste. Isso pode ser comprovado tanto pelo dado *per capita*, que indica um benefício médio anual de R\$ 149,68 (bem acima da média nacional, de R\$ 93,06), quanto pelo dado relativo, que indica que quase 68% dos recursos do país foram destinados à região economicamente mais desenvolvida. Tal informação é muito relevante, na medida em que reforça a tese de que o incentivo ao mercado privado contribui para o aumento da desigualdade de renda. Nesse caso específico, a contribuição não se dá apenas no âmbito da renda: acentua-se também a desigualdade regional. Regiões que têm claras deficiências de recursos físicos e humanos no setor de saúde recebem relativamente menos incentivos tributários que as mais avançadas.

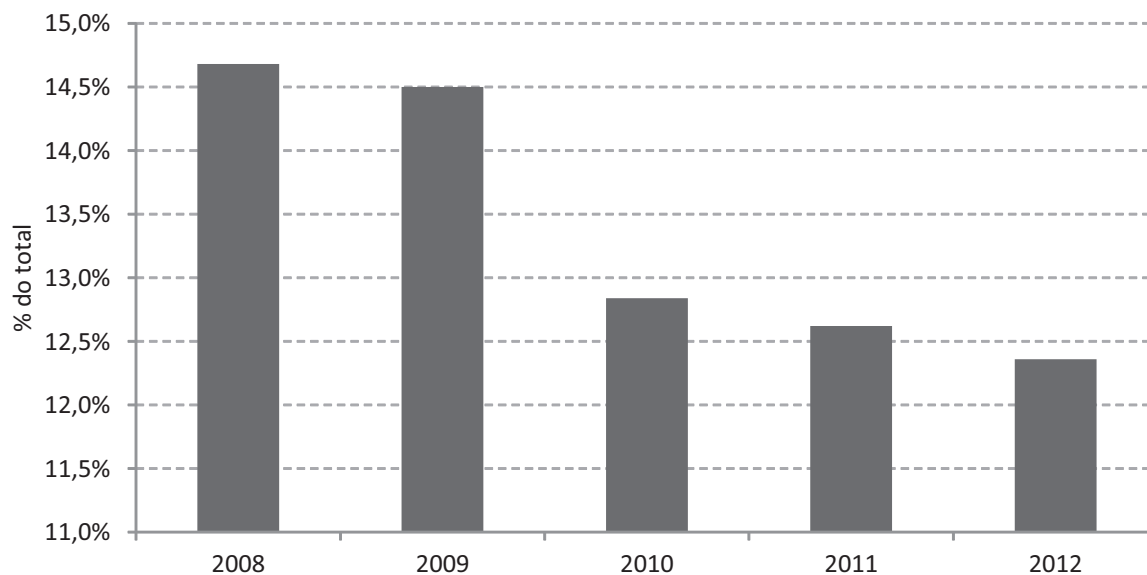
Tabela 11 – Estimativa de gasto tributário da união por função orçamentária em R\$ correntes, em R\$ per capita e em % do total – 2012

R\$ correntes							
Função orçamentária	Gasto tributário	Região					Brasil
		Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Saúde	Despesas médicas	437.614.023	1.326.811.652	1.004.595.124	4.932.865.130	1.053.356.309	8.755.242.238
	Assit. médica, odont. e farm. a empregados	67.294.084	162.424.215	277.607.126	2.293.833.618	321.617.952	3.122.776.995
	Produtos químicos e farmacêuticos	252.603	5.083.355	49.960.160	563.902.473	58.413.760	677.612.351
	Entidades sem fins lucrativos - assistência social	36.371.695	230.134.644	268.944.004	1.532.060.399	333.395.183	2.400.905.925
	Água mineral	2.237.675	4.870.310	1.524.484	3.122.743	1.354.787	13.109.999
	Medicamentos	0	17.083.642	98.581.175	2.882.868.650	80.077.064	3.078.610.531
	Total	543.770.080	1.746.407.818	1.701.212.073	12.208.653.013	1.848.215.055	18.048.258.039
R\$ per capita							
Função orçamentária	Gasto tributário	Região					Brasil
		Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Saúde	Despesas médicas	26,82	24,61	69,65	60,48	37,98	45,14
	Assit. médica, odont. e farm. a empregados	4,12	3,01	19,25	28,12	11,60	16,10
	Produtos químicos e farmacêuticos	0,02	0,09	3,46	6,91	2,11	3,49
	Entidades sem fins lucrativos - assistência social	2,23	4,27	18,65	18,78	12,02	12,38
	Água mineral	0,14	0,09	0,11	0,04	0,05	0,07
	Medicamentos	0,00	0,32	6,83	35,34	2,89	15,87
	Total	33,32	32,40	117,94	149,68	66,65	93,06
% do total							
Função orçamentária	Gasto tributário	Região					Brasil
		Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Saúde	Despesas médicas	5,00%	15,15%	11,47%	56,34%	12,03%	100,00%
	Assit. médica, odont. e farm. a empregados	2,15%	5,20%	8,89%	73,45%	10,30%	100,00%
	Produtos químicos e farmacêuticos	0,04%	0,75%	7,37%	83,22%	8,62%	100,00%
	Entidades sem fins lucrativos - assistência social	1,51%	9,59%	11,20%	63,81%	13,89%	100,00%
	Água mineral	17,07%	37,15%	11,63%	23,82%	10,33%	100,00%
	Medicamentos	0,00%	0,55%	3,20%	93,64%	2,60%	100,00%
	Total	3,01%	9,68%	9,43%	67,64%	10,24%	100,00%

Fonte: elaboração dos autores com base em Brasil (2013e) e IBGE (2016).

Com efeito, o avanço dos gastos tributários em favor do mercado privado de saúde no Brasil (WHO, 2006, 2010) foi notado pelo governo federal, que em 2009 lançou um programa para reduzir desigualdades e melhorar o sistema público de saúde (Brasil, 2009), cuja primeira iniciativa era justamente limitar e reduzir, gradativamente, a renúncia fiscal do setor. O resultado, até 2012, foi positivo e pode ser visto no Gráfico 8.

Gráfico 8 – Participação da função saúde no gasto tributário total da União – 2008-2012



Fonte: elaboração própria com base em dados de Brasil, 2013e.

A despeito do aumento absoluto (em valores correntes) da renúncia fiscal do setor entre 2008 e 2012 – passando de R\$ 14,6 bilhões para R\$ 18 bilhões –, em termos relativos à renúncia tem havido redução. Se em 2008 a desoneração tributária em favor da saúde privada representava 14,68% de toda a renúncia promovida pelo governo central, em 2012 esse percentual caiu para 12,36% do total. Observa-se que a queda do indicador foi progressiva ao longo dos cinco anos englobados no Gráfico 8.

Mais do que isso, Ocké-Reis (2013) mostra que o gasto tributário com saúde (ou a renúncia fiscal em favor do mercado privado) apresentou diminuição na participação do total do gasto federal de 2008 a 2011. Em 2008 a participação era de 28,3%, ao passo que em 2011 o percentual caiu para 22,5% do total.

Se é possível observar uma tendência de arrefecimento da renúncia fiscal direta no setor de saúde, o mesmo não pode ser afirmado em relação aos benefícios fiscais aplicados aos demais setores. Como já adiantado no início desta seção, nos últimos anos o governo federal tem se valido dessa possibilidade para estimular a atividade econômica ou para controlar a inflação. Diversos setores produtivos foram beneficiados pelos subsídios, como se pode observar na Tabela 12 (Diniz & Afonso, 2014).

Tabela 12 – Estimativa de benefícios fiscais concedidos pelo governo federal – 2011-2014

Item	% do PIB				Variação 2014-2011	R\$ bilhões constantes				Variação 2014-2011
	2011	2012	2013E	2014E		2011	2012	2013E	2014E	
PIB nominal/IPCA (%)	4.143	4.403	4.974	5.243	-	6,50	5,84	5,94	6,01	-
Benefícios	1,09%	0,98%	1,41%	1,40%	0,31%	50,48	45,54	69,97	69,25	37,18%
Financeiros	0,28%	0,19%	0,42%	0,56%	0,28%	13,00	9,09	20,66	27,63	112,54%
Creditícios	0,78%	0,76%	0,98%	0,83%	0,05%	36,06	35,62	48,52	40,96	13,59%
Financeiros/ Creditícios	0,03%	0,02%	0,02%	0,01%	-0,02%	1,42	0,83	0,79	0,66	-53,52%
Gastos tributários e renúncias previdenciárias	3,65%	3,92%	4,10%	4,76%	1,12%	169,34	182,85	203,76	235,61	39,13%
Gastos tributários	3,15%	3,32%	3,42%	3,67%	0,52%	146,46	154,68	170,02	181,75	24,10%
Renúncias previdenciárias	0,49%	0,60%	0,68%	1,09%	0,60%	22,88	28,17	33,74	53,86	135,40%
Total - benefícios fiscais	4,73%	4,90%	5,50%	6,16%	1,43%	219,82	228,39	273,73	304,86	38,69%

Nota: E = estimativa

Fonte: Diniz & Afonso, 2014: 8.

Nota-se que, em um período de apenas três anos, o nível total de benefícios fiscais concedidos pelo governo federal deve ter crescido 1,43% do PIB, saindo de um patamar de 4,73% do PIB em 2011 para 6,16% em 2014. A taxa de crescimento real do benefício acumulada no período seria de quase 39%.

Interessante é a observação de que o volume de benefício fiscal fornecido pela União – que, na análise de Diniz e Afonso (2014), não inclui apenas isenção e redução de tributos¹⁷ – é tão alto que poderia ser facilmente enquadrado como um dos principais ministérios em termos de orçamento: “se os benefícios constituíssem um ministério fictício, seria inferior apenas ao da Previdência Social e superaria o da Saúde e da Educação juntos” (Diniz & Afonso, 2014: 6-7). Ou seja, o volume de recursos concedidos pelo setor público federal é alto o suficiente para financiar com facilidade o incremento de recursos que o setor de saúde precisa.

Em 2013 o maior programa de renúncia fiscal promovido pelo governo central foi a desoneração da folha de pagamentos. As medidas com esse objetivo se iniciaram no final de 2011, com a medida provisória (MP) n. 540, de 8 de agosto de 2011. Com a posterior conversão em lei n. 12.546, de 14 de dezembro de 2011, o prazo de vigência do benefício foi estendido até o final

¹⁷ Os autores também incluem benefícios financeiros e creditícios, além dos gastos tributários e previdenciários, na lista de benefícios fiscais. Estimava-se que em 2014 essas vantagens concedidas pelo governo central representassem pouco mais de 22% de todos os benefícios fiscais promovidos no mesmo ano. De acordo com a Secretaria de Política Econômica (Brasil, 2013h), não houve, em 2013, benefícios financeiros e/ou creditícios ao setor de saúde.

de 2014 e novos setores foram incluídos. Nas leis n. 12.715, de 17 de setembro de 2012, e n. 12.844, de 19 de julho de 2013, mais setores foram incluídos no processo, com o estabelecimento de novas regras para esses setores.

Com a ampliação do benefício para mais áreas produtivas, o volume de renúncia fiscal foi ampliado significativamente em 2014. De acordo com análises sobre a arrecadação das receitas federais, em 2013, a folha de pagamentos deixou de recolher R\$ 13,2 bilhões (Brasil, 2013f). Em 2012, essa renúncia totalizou, em valores correntes, R\$ 3,7 bilhões. Atualizando os valores pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), observa-se um crescimento de mais de 235% entre 2012 e 2013 no benefício fiscal em questão.

No inciso IV do artigo 9º da lei n. 12.546/20,11 afirma-se que:

a União compensará o Fundo do Regime Geral de Previdência Social, de que trata o art. 68 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, no valor correspondente à estimativa de renúncia previdenciária decorrente da desoneração, de forma a não afetar a apuração do resultado financeiro do Regime Geral de Previdência Social (RGPS).

Ou seja, deve haver compensação financeira, por parte do Tesouro, ao sistema previdenciário no montante que foi renunciado. Assim, o processo de renúncia da folha de pagamento impacta diretamente no resultado (espaço) fiscal do governo e na alocação de recursos no interior do Orçamento da Seguridade Social, comprometendo, conseqüentemente, seus gastos.

A desoneração em curso representou muito mais do que uma diminuição dos encargos que estão associados à folha de pagamentos das empresas. Ela foi também um grande processo de renúncia fiscal, ao qual se somam inúmeros outros. Naturalmente, o efeito dessa subtração de receitas, mesmo que dela não resultassem prejuízos para a Previdência Social, precisa ser analisado em conjunto com a capacidade fiscal do Estado de financiar o pleno funcionamento dos programas federais e dos diversos direitos a eles associados. (Zanghelini *et al.*, 2013: 66)

Além da desoneração associada à folha de pagamentos, as tabelas 13, 14 e 15 evidenciam o impacto da desoneração sobre a Cofins, PIS-Pasep e CSLL na redução dos recursos disponíveis para gastos da seguridade social. No caso da Cofins, a desoneração fiscal em 2012 superou o percentual da DRU. Para o PIS-Pasep e CSLL, a desoneração foi ligeiramente inferior aos recursos contingenciados pela DRU, mas ainda muito significativa.

Tabela 13 – Receitas da Cofins em valores correntes, % do PIB e estimativa de renúncias – 2005-2012

Parcelas da Cofins	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Receita do principal	85.015	88.368	99.918	117.682	114.208	138.427	157.968	169.102
Parcelamentos	1.695	824	790	898	609	237	205	10.063
Dívida ativa	145	206	391	592	1.123	372	458	865
Juros e multas	2.742	942	736	921	820	988	974	1.525
TOTAL GERAL	89.597	90.341	101.835	120.094	116.759	140.023	159.625	181.555
% do PIB	4,2	3,8	3,8	4	3,6	3,7	3,9	4,1
RENÚNCIAS	5.411	9.810	13.351	20.058	29.419	33.883	35.046	39.200
% RENÚNCIAS	6,4	11,1	13,4	17	25,8	24,5	22,2	23,2

Fonte: Zanghelini & colaboradores, 2013.

Tabela 14 – Receitas do PIS em valores correntes, % do PIB e estimativa de renúncias – 2005-2012

Parcelas da Cofins	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Receita do principal	21.015	23.067	25.639	30.178	30.327	39.967	41.115	44.596
Parcelamentos	323	354	180	187	139	50	46	2.461
Dívida ativa	44	73	83	177	310	93	143	234
Juros e multas	701	321	214	288	254	262	280	447
Restituições	0	0	0	0	0	0	439	40
TOTAL GERAL	2.083	3.815	6.116	30.830	31.030	40.372	2.023	47.778
% do PIB	1,03	1,01	0,98	1,02	0,96	1,07	1,01	1,09
RENÚNCIAS	1.317	2.435	2.377	3.733	5.651	6.955	6.702	7.695
% RENÚNCIAS	6,3	10,6	9,3	12,4	18,6	17,4	16,3	17,3

Fonte: Zanghelini & colaboradores, 2013.

Tabela 15 – Receitas da CSLL em valores correntes, % do PIB e estimativa de renúncias – 2005-2012

Parcelas da Cofins	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Receita do principal	24.671	26.441	33.070	41.527	42.725	45.162	56.930	53.772
Parcelamentos	325	128	149	168	105	46	42	2.375
Dívida ativa	52	93	111	259	280	145	137	494
Juros e multas	1.183	604	313	548	482	400	475	678
Restituições	0	0	0	0	0	0	261	170
TOTAL GERAL	26.232	27.266	33.644	42.502	43.592	45.754	57.845	57.489
% do PIB	1,22	1,15	1,26	1,4	1,35	1,21	1,4	1,31
RENÚNCIAS	2.022	2.535	2.958	4.525	6.087	8.333	5.821	6.755
% RENÚNCIAS	8,2	9,6	8,9	10,9	14,2	18,5	10,2	12,6

Fonte: Zanghelini & colaboradores, 2013.

Se estas renúncias fossem adicionadas ao financiamento da saúde, poderiam cobrir as necessidades de recursos pleiteadas na emenda ao Orçamento Impositivo e nas demais tentativas de vinculação de receita pretendidas pelo setor. Entretanto, o espaço fiscal existente foi utilizado no favorecimento de setores industriais e de serviços, por meio de cessões de receita sem contrapartida de adesão às políticas econômicas que as motivaram, de ativação do crescimento econômico.

Financiamento, Gasto Público em Saúde e Redistribuição

A existência de espaço fiscal e sua destinação às políticas sociais, notadamente à saúde e educação, tem impacto potencial sobre a redistribuição de renda e a redução da desigualdade, a depender do balanço entre a geração da receita pública e a alocação da despesa.

Com base em pesquisas sobre incidência tributária e gastos sociais sobre os orçamentos familiares,¹⁸ é possível estimar o balanço entre o impacto do financiamento e do gasto social sobre a desigualdade nos anos contemplados nessas pesquisas.

Estudo realizado pelo Ipea para o período de 2003 a 2009 (Ipea, 2011), atesta que a regressividade do sistema tributário tem sido compensada pela progressividade do gasto social, notadamente dos gastos com educação e saúde públicas, além de despesas previdenciárias e assistenciais. Indica também, nos últimos anos, a maior ênfase na alocação do gasto social nos estratos de renda mais baixos, que acentuam a direção da progressividade.

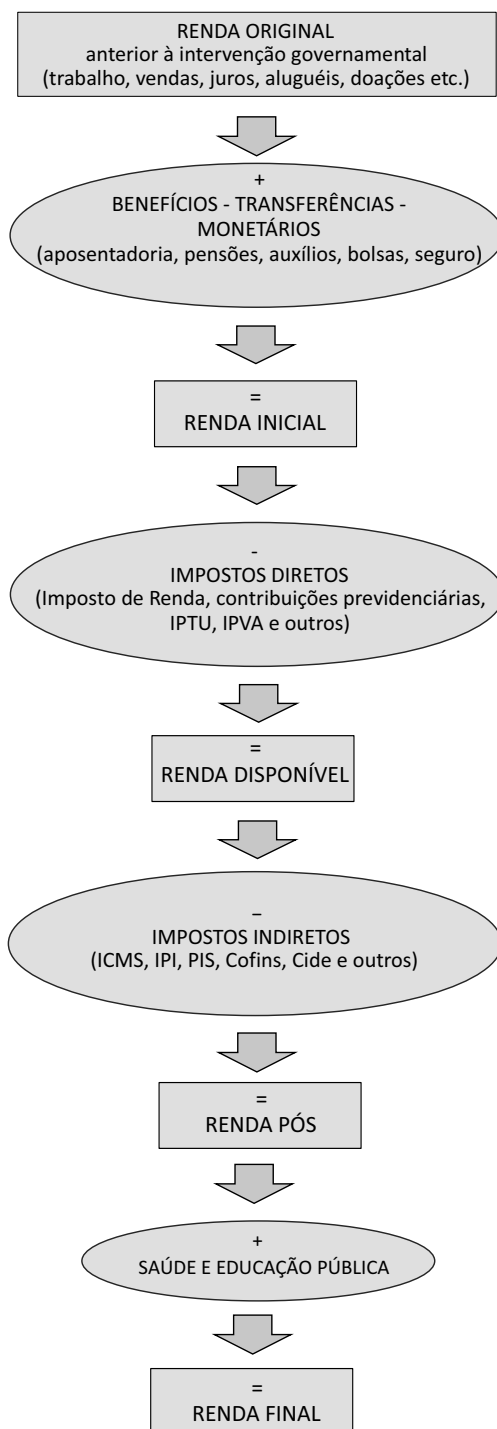
O desdobramento desses estudos em análises sobre a relação entre gasto social e tributação nos orçamentos familiares (Silveira, 2012; Silveira *et al.*, 2013) revela que esse impacto foi positivo entre 2003 e 2009 – ou seja, houve um crescimento no gasto social sem contrapartida de elevação na carga tributária suportada pelas famílias. Mais ainda, o balanço entre a incidência e o gasto, que, em 2003, era positivo até o sétimo décimo de renda, se tornou positivo até o nono décimo de renda em 2009 (Silveira, 2012).

A avaliação dos impactos distributivos da tributação e da política de seguridade social (transferências de renda e oferta de serviços públicos universais como saúde e educação) pode ser evidenciada por indicadores que permitem comparar a concentração de renda antes e depois das políticas de financiamento e gasto mencionadas.

Para destacar e singularizar os impactos distributivos decorrentes da relação entre arrecadação e gasto social, é possível acompanhar as etapas da redistribuição de renda, avaliando os impactos sobre a renda inicial de benefícios sociais, tributação direta e indireta e dos gastos universais em saúde e educação, como na Figura 2.

¹⁸Os dados apresentados pelo Ipea (2011) são estimados com base na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), organizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para os anos 2002-2003 e 2008-2009.

Figura 2 – Estágios da distribuição de renda

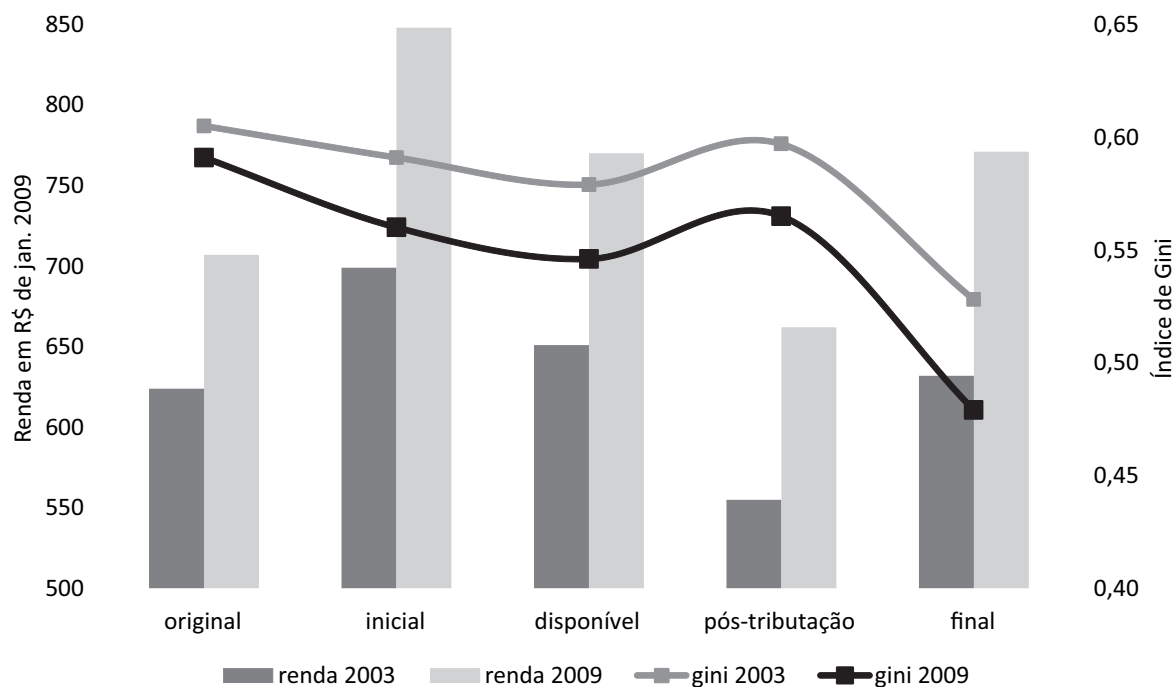


Fonte: Ipea, 2011: 17.

Na comparação entre 2003 e 2009 realizada por Silveira (2012), o maior impacto sobre a redução da desigualdade, medida pelo índice de Gini, resulta da evolução favorável dos gastos em saúde e educação, como mostra o Gráfico 9.

O índice de Gini descreve a dinâmica distributiva (progressiva ou regressiva) de cada um desses estágios da renda das famílias. (...) revela redução da desigualdade até a renda disponível, indicando progressividade distributiva (i) nos benefícios previdenciários e (ii) na tributação direta da renda. Essa equalização é revertida parcialmente quando se calcula o Gini para a renda após os impostos indiretos, mostrando o caráter regressivo desse tipo de tributação. A trajetória de redução da desigualdade e de progressividade distributiva é reforçada pela distribuição dos gastos sociais em saúde e em educação. (Ipea, 2011: 4)

Gráfico 9 – Comportamento do índice de Gini e das rendas totais (original, inicial, disponível, pós-tributação e final).¹⁹ Brasil – 2003 e 2009



Fonte: Silveira, 2012.

As políticas previdenciárias e assistenciais responderam por queda de 5,2% no índice de Gini da renda monetária inicial, entre 2003 e 2009, e praticamente não houve redução adicional da desigual-

¹⁹ As barras que representam a renda domiciliar *per capita* média mostram os diferentes estágios da renda segundo a intervenção do Estado: 1) renda original, que considera todos os rendimentos exceto os benefícios recebidos pelas famílias; 2) renda inicial, que considera a renda original somada aos benefícios; 3) renda disponível, que corresponde à renda inicial deduzido o pagamento de impostos diretos; 4) renda pós-tributação, que deduz da renda disponível o pagamento dos impostos indiretos. Por fim, ao somar o valor monetário dos benefícios em espécie – saúde e educação públicas – chega-se à (5) renda final. Os dados estão expressos em valores mensais domiciliares *per capita*, em R\$ de janeiro de 2009.

dade por efeito tributário no período. Em 2009, o índice da renda final (pós-tributação e modificada pelo gasto em saúde e educação) é 9,3% menor que o de 2003, quase duplicando a queda na desigualdade alcançada por efeito das políticas previdenciária e assistencial. Essa queda ocorre porque os gastos de educação e de saúde têm participação expressiva e crescente na renda – de 15% para 16.9% entre 2003 e 2009 – e, sobretudo, no caso dos gastos de saúde, apresentam baixos coeficientes de concentração, o que explica seu maior impacto distributivo.

Silveira (2012), com base em estimativas sobre o perfil do gasto em saúde nos orçamentos familiares, simula a distribuição do gasto público federal em saúde na estrutura da renda monetária familiar *per capita*, como se pode constatar na Tabela 16, e conclui pela progressividade dos gastos em saúde, destacando-se a política de internações. O autor ressalta que

os 40% mais pobres da população se apropriam de cerca da metade dos gastos com internações hospitalares e de 45% das despesas com procedimentos ambulatoriais frente a uma participação da ordem de 10% para os 20% mais ricos. Na composição do total das despesas, cabe à metade mais pobre pouco mais de 55% frente a uma participação de 1/5 para os 30% mais ricos. (Silveira, 2012: 59)

Tabela 16 – Distribuição do gasto público federal em saúde, segundo rubricas de gasto e por décimos de renda – 2008

Décimos	Total	Internações	Procedimentos ambulatoriais	Bens e serviços universais	Servidores públicos federais	Medicamentos
1º	10,0	12,5	10,5	10,6	11,3	7,6
2º	11,0	13,0	11,8	9,9	11,7	8,2
3º	11,3	11,3	12,0	10,0	11,4	12,1
4º	10,7	11,2	11,1	10,1	11,4	8,5
5º	11,3	11,9	11,5	9,9	11,2	10,7
6º	12,7	14,3	12,7	10,0	11,5	15,7
7º	10,5	9,2	10,4	10,0	10,1	10,1
8º	9,6	7,5	9,4	9,9	9,1	11,0
9º	8,4	6,2	7,6	9,8	7,3	11,3
10º	4,7	3,1	3,1	9,8	4,9	4,9

Fonte: Silveira, 2012: 60.

Do ponto de vista macroeconômico, é possível concluir que a materialização dos gastos sociais associados às políticas universais de educação e saúde desempenha importante papel como política redistributiva redutora da desigualdade da renda final dos consumidores.

O compromisso com a significativa e necessária ampliação dos recursos dedicados ao gasto público em saúde pode também impactar os investimentos setoriais nos três níveis de governo, dentro da lógica de descentralização e regionalização da oferta de ASPS vigente no SUS. Se tais compromissos

estiverem pautados pela busca de equalização no acesso e na utilização dos serviços, poderão intensificar, por meio da política específica do setor, o impacto do ganho de progressividade indicado nas pesquisas de orçamentos familiares.

Espaço Fiscal: cenários macroeconômicos para 2034

A análise de curto prazo realizada até aqui – avaliação da evolução dos gastos efetivos da União na saúde e do cumprimento da EC n. 29, simulação de impacto das diferentes propostas de vinculação para a área, verificação das demais alternativas de financiamento, verificação do impacto da renúncia fiscal nos gastos da função – é muito importante na medida em que proporciona um retrato da atual situação do financiamento da saúde pelo governo federal.

Entretanto, expandir essa análise para o longo prazo significa dinamizá-la, procurando visualizar as perspectivas para o setor. As perguntas que serão feitas nesta seção são: com quais cenários macroeconômicos nos depararemos nos próximos vinte anos? Esses cenários são favoráveis para um maior volume de gasto social, especialmente em saúde? Como as propostas de vinculação de gasto aqui apresentadas se comportariam dentro desses cenários? Quais são as limitações dessas projeções?

A primeira pergunta a ser respondida é justamente a última. Duas referências são utilizadas para construção de cenários macroeconômicos de longo prazo: os estudos realizados pela Fiocruz (Gadelha, Carvalho & Pereira, 2012) e pela LCA Consultoria (2013). Ambos os trabalhos fazem projeções de indicadores macros até o ano de 2030, os quais foram estendidos até 2034 para a análise aqui proposta.

As duas referências utilizadas trabalham com diferentes cenários. No caso do estudo da Fiocruz (Gadelha, Carvalho & Pereira, 2012), há a apresentação de três cenários: otimista (possível), pessimista (plausível) e conservador (provável). Há diferenciação de boa parte dos indicadores macros dentre esses três diferentes cenários. No caso da LCA (2013), há a apresentação de dois cenários: cenário-base (otimista) e cenário adverso (conservador). Vale atentar que, apesar do nome, o cenário adverso da LCA Consultoria apresenta projeções mais otimistas do que o cenário conservador estabelecido na pesquisa da Fiocruz.

Todas as projeções apontadas nos dois estudos referem-se às médias do período em análise. Ou seja, o estudo feito pela Fiocruz, ao indicar que o crescimento no cenário otimista será de 4% a. a. até 2030, na verdade está assinalando que o crescimento médio anual será de 4% a. a., podendo em alguns (ou em todos) anos a taxa de crescimento oscilar para mais ou para menos.

Essa conclusão óbvia decorre do fato, empiricamente comprovado, de que a economia capitalista trabalha em ciclos, com períodos de prosperidade e crescimento da atividade, seguido de períodos de depressão de retração econômica. Além disso, há uma possibilidade razoável de que as projeções médias estejam incorretas, haja vista a dificuldade de estimar indicadores macros para um prazo tão distante.

A Tabela 17 apresenta um resumo da projeção macro realizada pelo estudo da Fiocruz (Gadelha, Carvalho & Pereira, 2012). Como pode ser notado, os resultados das variáveis apresentam muita

diferença entre si conforme se muda de cenário, com exceção da inflação que fica no centro da meta (4,5%) em todos os cenários. O estudo apresenta 17 indicadores, que podem ser classificados como os mais relevantes dentro da análise macroeconômica.

Tabela 17 – Cenários macroeconômicos para 2030

Variável relevante	Cenário otimista	Cenário pessimista	Cenário conservador
PIB	R\$ 8.260 bilhões	R\$ 4.277 bilhões	R\$ 5.602 bilhões
População	216.410.030		
Renda <i>per capita</i>	R\$ 38.240,00	R\$ 19.763,50	R\$ 25.935,00
Taxa de crescimento	4,0% a.a	0,63% a.a.	2,0% a.a.
Taxa de desemprego	Cai	Aumenta	Permanece no mesmo nível
Salário mínimo	R\$ 1.118,00	R\$ 578,00	R\$ 758,00
Rendimento médio do pessoal ocupado	Crescimento superior ao da renda <i>per capita</i>	Crescimento inferior ao da renda <i>per capita</i>	Crescimento semelhante ao da renda <i>per capita</i>
Índice de Gini	0,4	0,6	0,6
Rendimentos do trabalho (participação no PIB)	Melhoria pronunciada	Permanece no mesmo nível	Melhoria moderada
Resultado primário (governo central)	Cai significativamente	Aumenta	Permanece no mesmo nível
Resultado primário (% PIB)	Cai significativamente	Aumenta	Cai moderadamente
Serviço da dívida pública	Cai significativamente	Aumenta	Cai moderadamente
Taxa de juros (Selic)	1,65%	10,67%	4,35%
Taxa de câmbio	R\$ 2,50	R\$ 1,80	R\$ 2,00
Saldo do balanço comercial	Sobe	Permanece no mesmo nível	
Déficit em transações correntes	Cai	Permanece no mesmo nível	
Inflação (IPCA)	4,50%		

Fonte: Teixeira & Vianna, 2016.

O estudo da LCA Consultoria é mais atual, o que acarreta projeções menos incertas, e apresenta projeção para 76 indicadores macros e micros, o que torna sua análise mais ampla e completa. Fornece resultados numéricos para todos os indicadores e subdivide períodos na sua projeção (média de 2015-2020 e média de 2021-2030), o que melhora a análise, dado que essa diferenciação entre períodos se coaduna com a ideia de ciclos, apontada anteriormente. Assim, as projeções realizadas no estudo da Fiocruz são tomadas como segunda referência para avaliar se as projeções da primeira são razoáveis ou não.

Explicada a escolha, vale ainda alertar que os dados da LCA Consultoria (2013) foram complementados no curto prazo por Bacen (2014). Este último apresenta projeções mais atualizadas para 2014 e 2015. Dessa forma, as projeções para esses dois anos mais próximos foram substituídas para estimativas mais atuais, com o intuito de tornar a análise mais confiável.

A Tabela 18 apresenta um resumo das projeções macroeconômicas que serão utilizadas, considerando apenas as variáveis mais relevantes para a análise aqui proposta.

Tabela 18 – Resumo das projeções macroeconômicas de acordo com dois cenários – 2014-2034

Ano	Taxa de crescimento real	Inflação (IPCA)	Selic (% a. a.)	% do PIB			
				Juros nominais	Resultado primário	Déficit nominal	DLSP
Cenário-base							
2014	1,7%	6,5%	11,3%	5,5%	2,5%	3,0%	34,9%
2015	2,0%	6,0%	12,0%	5,5%	2,5%	3,0%	35,0%
2016-2020	3,6%	5,3%	8,3%	4,5%	1,8%	2,7%	29,7%
2021-2034	3,8%	4,3%	6,8%	4,1%	1,5%	2,6%	27,6%
Cenário adverso							
2014	1,7%	6,5%	11,3%	5,5%	2,5%	3,0%	34,9%
2015	2,0%	6,0%	12,0%	5,5%	2,5%	3,0%	35,0%
2016-2020	2,9%	5,5%	9,0%	5,0%	2,0%	3,0%	30,6%
2021-2034	3,6%	4,4%	7,8%	3,8%	1,5%	2,3%	25,9%

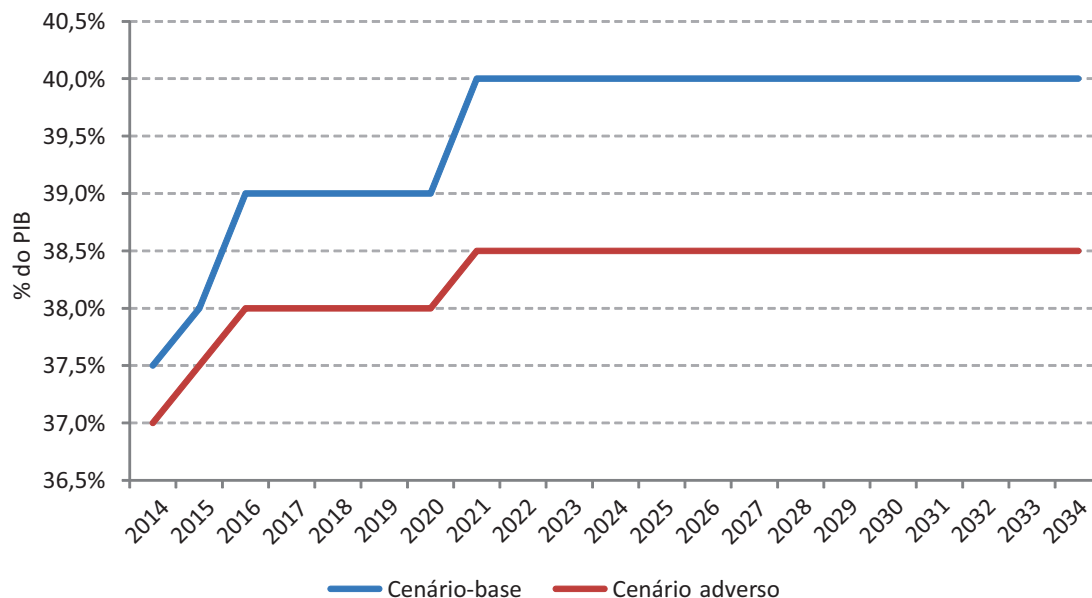
Nota: DLSP = Dívida Líquida do Setor Público.

Fonte: elaboração própria com base em Bacen (2014) e LCA Consultoria (2013).

Nota-se que os anos de 2014 e 2015, por serem contíguos, apresentam projeções iguais nos dois cenários. Em termos de crescimento econômico, a maior diferença entre os cenários propostos se dá no período 2016-2020, que, no cenário-base, fica em 3,6% a. a. e, no cenário adverso, em 2,9% a. a. Outro ponto que chama atenção é que, nesse caso, há menor discrepância entre cenários do que no caso das estimativas feitas no estudo da Fiocruz (Gadelha, Carvalho & Pereira, 2012).

Para estimar a evolução dos gastos da União com ASPS segundo os diversos critérios apresentados anteriormente, algumas variáveis-chave deveriam ser projetadas. No caso da EC n. 29, a taxa real de crescimento do PIB mais a inflação já seriam suficientes para fazer a conta. Porém, para os outros critérios seria necessário estimar variáveis de receita da União (RCB, RCL e base ampliada da proposta de Dornelles). Para se chegar a essas bases, optou-se por estimar a carga tributária bruta (CTB) para o período 2014-2034, para posteriormente tentar verificar a RCB, a RCL e a base ampliada. Considerou-se que a CTB apresentaria uma evolução positiva independente do cenário, diferenciando-se apenas a intensidade do crescimento do cenário-base para o cenário adverso. O Gráfico 10 apresenta a evolução estimada da CTB para o período selecionado.

Gráfico 10 – Projeção da carga tributária bruta – 2014-2034



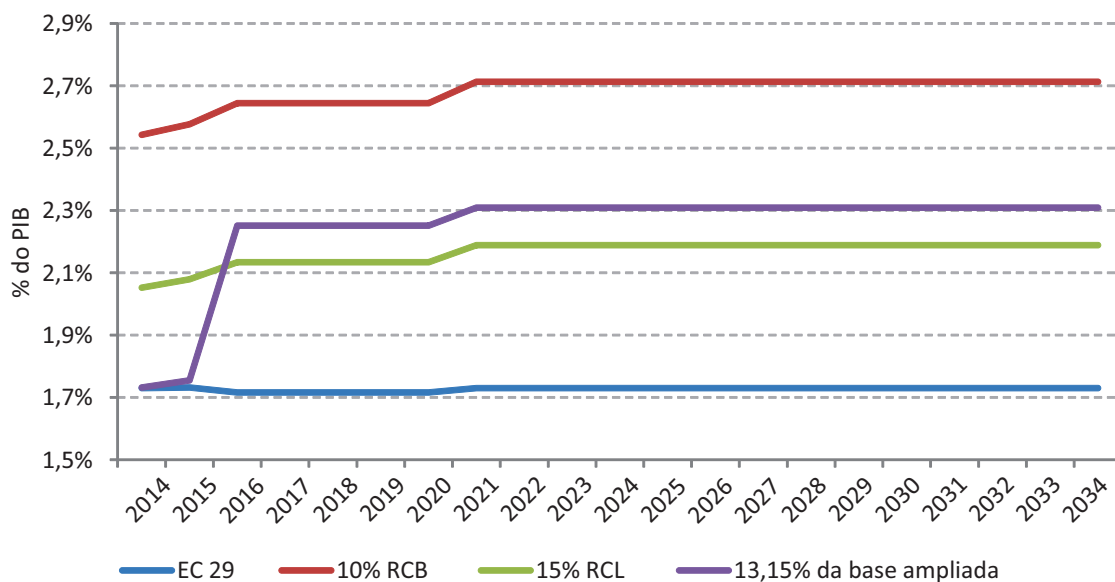
Fonte: elaboração dos autores com base em Bacen (2014) e LCA Consultoria (2013).

A projeção da CTB apresenta períodos de estabilidade por ser baseada nas projeções de outras variáveis macros da LCA Consultoria (2013). Mais uma vez, deve-se reforçar a ideia de que isso não significa que a CTB será estável por cinco ou dez anos, mas que dentro desses períodos há uma média, o que permite variação da CTB para mais ou para menos a cada ano.

Como é de se esperar, a evolução do gasto com ASPS da União sob os critérios de vinculação de receita terá relação direta com a evolução da CTB, apresentando exatamente as mesmas tendências. As variáveis determinantes (bases de cálculo) para apurar o gasto em saúde sob os critérios já discutidos (PLP 01/2003, PEC do Orçamento Impositivo e proposta de reforma tributária Dornelles) foram calculadas a partir de suas participações na CTB de 2013. Por exemplo, a RCB da União de 2013 representou 67,8% da CTB. Tal percentual foi aplicado para todos os anos da projeção (2014 a 2034), podendo ser apurada assim a RCB do governo federal no mesmo período. Para que tal procedimento fosse adotado, partiu-se da hipótese de que não haveria alterações nas relações federativas fiscais (mudanças na participação da receita disponível dos entes da federação) e na composição da base de incidência da CTB (mudanças na participação de cada tributo na formação da CTB).

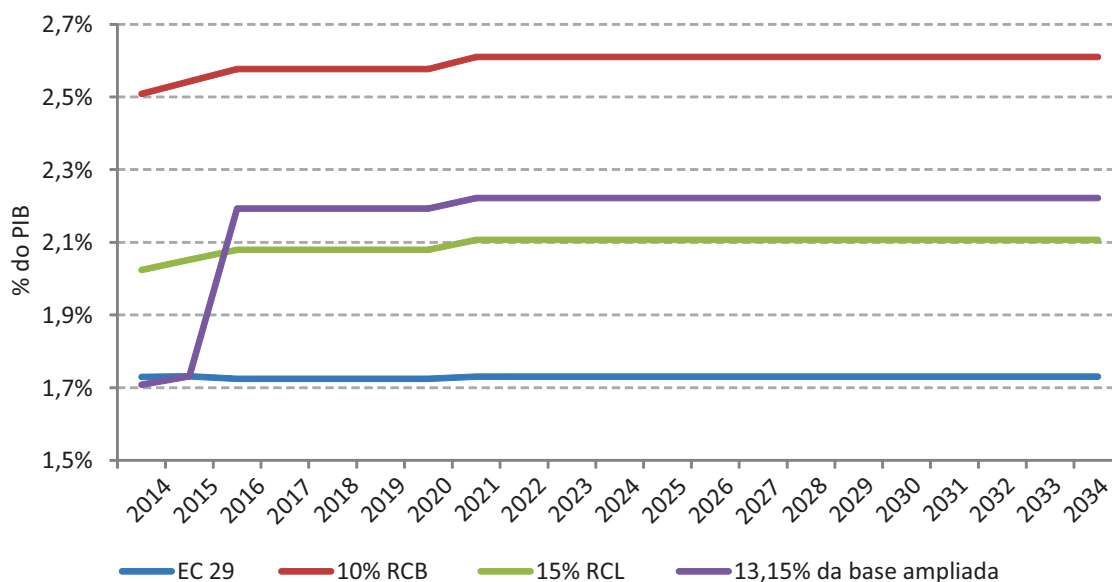
Levando em conta esses aspectos metodológicos, os gráficos 11 e 12 apresentam a evolução projetada dos gastos do governo central com ASPS para o período em análise, de acordo com os dois cenários macroeconômicos propostos.

Gráfico 11 – Projeção dos gastos da União com ASPS sob diversos critérios, cenário-base – 2014-2034



Fonte: elaboração dos autores com base em Bacen (2014) e LCA Consultoria (2013).

Gráfico 12 – Projeção dos gastos da União com ASPS sob diversos critérios, cenário adverso – 2014-2034



Fonte: elaboração dos autores com base em Bacen (2014) e LCA Consultoria (2013).

A simples mudança de cenário não é suficiente para que se perceba uma mudança significativa em termos de volume de gastos com saúde. Com efeito, a maior diferença entre os dois cenários ocorre no critério de 10% da RCB e é de apenas 0,1% do PIB em 2034. Em termos de tendência de crescimento não há qualquer diferença entre os dois casos.

Entretanto, algumas conclusões podem ser tiradas com base na análise dos gráficos 10 a 12 e seus dados de origem:

- o cumprimento estrito da EC n. 29 não proporciona ganhos de gasto em % do PIB a longo prazo;
- a base RCB é a melhor, não apenas por proporcionar maior gasto a curto prazo como por apresentar a maior evolução em % do PIB a longo prazo;
- a segunda melhor é a base ampliada da proposta de Dornelles; entretanto, essa proposta traz implicações federativas que interferem nos critérios de alocação de recursos própria da saúde
- se a DRU deixar de ser cobrada a partir de 2016, o gasto em saúde do governo federal a partir dessa proposta passaria de 1,73% do PIB, em 2015, para 2,19% do PIB, em 2016;
- considerando o fim da DRU, a base Dornelles seria a melhor a longo prazo por proporcionar um incremento de 0,49% do PIB no gasto com ASPS da União;
- os dados apresentam o gasto mínimo em cada um dos critérios, não significando necessariamente que eles seriam cumpridos ou que ficariam apenas no mínimo;
- independentemente do nível do gasto e sua evolução, é patente que a utilização de uma vinculação de despesa baseada em um conceito de receita é melhor para o setor do que a vinculação baseada na evolução nominal do PIB.

Todas essas conclusões devem ser vistas com cautela, dadas as limitações das projeções apontadas anteriormente. A própria evolução da CTB pode ser relativizada, considerando que a experiência recente no Brasil tem mostrado um crescimento quase permanente, ano após ano, no tamanho da cunha tributária. Se o crescimento da CTB entre 2003 e 2013 (4,6% do PIB) fosse mantido até 2034, poderíamos chegar a um patamar de carga da ordem de 46,6% do PIB (equivalente à carga tributária dos países nórdicos), ao contrário da carga de 40% do PIB projetada no cenário-base.

Se isso de fato ocorresse, certamente o espaço fiscal disponível para gastos sociais poderia ser bem maior, e também mais elevadas as despesas em ASPS. O que deve ser questionado, nesse caso, é se a economia e a sociedade brasileiras suportariam uma carga tributária maior do que 40% do PIB (equivalente à carga tributária dos países europeus da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE).

De qualquer forma, a expectativa de crescimento dos gastos com saúde – com a necessária elevação da participação dos gastos públicos na proporção do gasto total – é bastante plausível, não apenas devido ao crescimento da economia e da carga tributária. As projeções indicam um menor volume de endividamento, o que requereria um menor esforço fiscal por parte do governo (menos gastos com juros e encargos da dívida e menos necessidade de superávit primário). Isso, por si só, contribui significativamente para que haja maior espaço no orçamento e, conseqüentemente, para maior volume de despesas na área.

Síntese das Propostas

A Tabela 19 apresenta um resumo das propostas e simulações de vinculação de recursos para a saúde apresentadas ao longo deste capítulo.

Tabela 19 – Síntese das propostas de destinação de recursos para a saúde

Modelo de destinação de recursos para a saúde	Critério utilizado	Gasto estimado em 2013 (R\$ milhões)	Δ em relação ao gasto efetivo de 2013 (R\$ milhões)	Δ %
EC n. 29	Δ % do PIB	84.696	1.642	1,98%
PLP n. 01/2003	10% da RCB	121.965	38.911	46,85%
PEC Orçamento Impositivo	15% da RCL	98.414	15.361	18,50%
PEC Orçamento Impositivo + Emenda Lucena	18% da RCL	118.097	35.044	42,19%
CSS	adicional de 80% da CSS	102.253	19.200	23,12%
<i>Royalties</i> do petróleo	adicional de 25% dos <i>Royalties</i>	84.576	1.523	1,83%
Reforma tributária Dornelles	13,15% da base abrangente	83.053	0	0,00%

Notas: 1) A alíquota utilizada na reforma tributária Dornelles foi estimada para que o resultado final fosse idêntico ao do gasto efetivo de 2013. Dessa forma, em um primeiro momento essa proposta não teria impacto em termos de orçamento.

2) A “base abrangente” da reforma tributária Dornelles é produto total da arrecadação de impostos e contribuições, exceto as de melhoria e destinadas ao custeio de benefícios previdenciários.

3) Inicialmente nem todos os recursos de *royalties* do petróleo são destinados para a saúde, mas apenas aqueles oriundos de poços com declaração de comercialidade ocorrida a partir de 3 de dezembro de 2012, no caso da União, e com contratos celebrados a partir de 3 de dezembro de 2012, no caso de estados e municípios.

Fonte: elaboração dos autores.

Em um cenário ideal para a saúde pública no Brasil seria necessário ter um aumento significativo na participação do setor público em saúde – por exemplo, um crescimento de 50% sobre a composição atual. Assim, a pergunta que fica é a seguinte: qual das alternativas apontadas anteriormente, ou que combinação delas, atenderia melhor as necessidades do SUS?

O crescimento das despesas com ASPS teria um crescimento satisfatório apenas com a proposta da PLP n. 01/2003 (10% da RCB), que proporcionaria um aumento de quase 47% nos recursos da pasta. A proposta que foi aprovada (PEC do Orçamento Impositivo) e já vigora por meio da EC n. 86, apresentaria um crescimento (18,5%), porém muito brando e que poderia ser complementado pela CSS, que encontra grande resistência e só teria viabilidade em um cenário radical de reforma tributária. A emenda Lucena à PEC do Orçamento Impositivo também poderia proporcionar um ganho substancial (mais de 42%) para o setor. As demais opções não apresentam, na prática, melhoras a curto prazo.

Não foram consideradas propostas meritórias, como a da regulamentação da tributação sobre grandes fortunas, ou a ampliação da tributação sobre bebidas e fumo. Em primeiro lugar por seu pequeno impacto potencial sobre a arrecadação; em segundo lugar, por não querer transferir à área da saúde a responsabilidade exclusiva pela elevação da cunha tributária, na presença indiscutível de alternativas de maior produtividade e potencial de criação de espaço fiscal.

Independentemente do que vier a ocorrer com a forma de financiamento da saúde no Brasil nos próximos anos, é necessário ter em mente os problemas intrínsecos ao setor público quando o assunto é gasto e destinação de recursos. A aprovação de uma maior vinculação de receitas para o setor não significaria necessariamente, na prática, a alocação de mais recursos para a saúde.

Se as despesas obrigatórias da União crescem, os recursos livres (transferências voluntárias do SUS) que financiam grande parte dos gastos locais poderiam diminuir na mesma proporção. A diferença, nesse caso, seria que o governo central passaria a concentrar mais os gastos com saúde, o que não é obrigatoriamente interessante para a necessária convergência federativa da política setorial.

Dessa forma, é necessário avaliar não apenas as formas de financiamento da saúde. Além de assegurar um maior fluxo de receitas, quem deseja que a saúde tenha de fato um impulso sustentado de crescimento, deve-se preocupar em assegurar que o gasto total do setor público em ASPS (não apenas da União, mas dos demais entes federados) seja efetivamente ampliado e repassado integralmente ao setor.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DO PETRÓLEO (ANP). Consolidação das participações governamentais e de terceiros. Disponível em: <www.anp.gov.br/?id=522>. Acesso em: 5 fev. 2014.

BANCO CENTRAL DO BRASIL (BACEN). *Relatório de Mercado sobre os Principais Indicadores Econômicos Brasileiros*. Brasília: Gerin, Bacen, 2014. (Boletim Focus).

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos. *Redução das Desigualdades e Melhoria da Qualidade do Sistema de Saúde no Brasil*. Brasília: SAE, 2009.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 323, de 2007. Comissão especial destinada a proferir parecer ao projeto de lei n. 323 de 2007. Brasília, *Diário Oficial da União*, 2013a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 41, de 2013. Parecer ao substitutivo do Senado ao projeto de lei da Câmara n. 41 de 2013 (n. 323 de 2007). Brasília, *Diário Oficial da União*, 2013b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Relatório da comissão especial destinada a discutir o financiamento da saúde pública. Brasília, DF, 2013. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 out. 2013c.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural*. Nota Técnica n. 14/2013. Brasília: COFF, 2013d.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal. Subsecretaria de Tributação e Contencioso. Demonstrativo dos gastos tributários: estimativas bases efetivas – 2010. Série 2008 a 2012. Brasília: MF, Coget, RFB, 2013e. Disponível em: <<https://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/ano-calendario-2010-serie-2008-a-2012>>.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Receita Federal. Subsecretaria de Tributação e Contencioso. *Análise da Arrecadação das Receitas Federais: dezembro 2013*. Brasília: MF, Coget, RFB, 2013f.

BRASIL. Ministério de Minas e Energia. *Nota Sobre o Pré-Sal e o Campo de Libra*. Brasília: MME, 2013g.

BRASIL. Secretaria de Política Econômica. *Demonstrativo de Benefícios Financeiros e Creditícios*. Brasília: SPE, 2013h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Demonstrativos. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6008-demonstrativos>>. Acesso em: 9 mar. 2014a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. *Site*. Disponível em: <www.mtpps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss>. Acesso em: 3 mar. 2014b.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (CEF). *Site*. Disponível em: <www.fgts.gov.br/downloads.asp>. Acesso em: 3 mar. 2014.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12: 1.851-1.864, 2007.

DAIN, S. Bases institucionais e financeiras da seguridade social no Brasil. In: LOBATO, L. V. C. & FLEURY, S. (Orgs.). *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. (Coleção Pensar em Saúde).

DAIN, S. & CASTRO, K. *Propostas de Criação da CSS: alternativas para o financiamento da saúde nos anos 2000*. Rio de Janeiro: MS, Opas, 2008.

DINIZ, É. & AFONSO, J. R. *Benefícios Fiscais Concedidos (e Mensurados) pelo Governo Federal*. Rio de Janeiro: FGV, 2014. (Texto para discussão).

DORNELLES, F. *Proposta de Sistema Tributário*. Brasília: Senado Federal, 2010.

EMPRESA DE PESQUISA ENERGÉTICA (EPE). *Plano Decenal de Expansão de Energia 2022*. Rio de Janeiro: EPE, 2013.

FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL (FMI). Fiscal monitor taxing times, out. 2013. Disponível em: <www.imf.org/external/pubs/ft/fm/2013/02/pdf/fm1302.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2013.

GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. & PEREIRA, T. R. (Orgs.). *A Saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ipea, Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sistema de Contas Nacionais – Brasil 2010-2013, referência 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/contasnacionais/2013/default.shtm>. Acesso em: 3 mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2012. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/default.shtm>. Acesso em: jun. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Equidade fiscal no Brasil: impactos distributivos da tributação e do gasto Social. *Comunicados do Ipea*, 92: 3-25, 2011.

INTERNATIONAL ENERGY AGENCY (IEA). Brazilian resources and supply potential. In: INTERNATIONAL ENERGY AGENCY (IEA). *World Energy Outlook 2013*. Paris: OECD, IEA, 2013.

LCA CONSULTORIA. *Relatório de Longo Prazo LCA: cenários macroeconômicos de longo prazo 2013-2030*. São Paulo: LCA Consultores, 2013.

LIMA, P. C. R. *Receitas Petrolíferas para as Áreas de Educação e Saúde*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013a. Disponível em: <<http://darcisioperondi.com.br/wp-content/uploads/2013/07/Nota-T%C3%A9cnica-sobre-receitas-petrol%C3%ADferas-para-as-%C3%A1reas-de-educa%C3%A7%C3%A3o-e-sa%C3%BAde-Senado.pdf>>. Acesso em: maio 2016.

- LIMA, P. C. R. *Nota Técnica Preliminar após o “Leilão” de Libra*. Brasília: [s.n.], 2013b.
- LOSEKANN, L. & PERIARD, T. Projeções do pré-sal: o Brasil será um petroestado?. *Blog Infopetro*, 2013. Disponível em: <<https://infopetro.wordpress.com/2013/05/20/projecoes-do-pre-sal-o-brasil-sera-um-petro-estado/>>. Acesso em: 7 jan. 2014.
- OCKÉ-REIS, C. O. *Mensuração dos Gastos Tributários: o caso dos planos de saúde – 2003/2011*. Brasília: Ipea, 2013. (Nota técnica do Ipea n. 5).
- PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, 377(9.779): 1.778-1.797, 2011. (Série Saúde no Brasil 1).
- PIOLA, S. F. Financiamento da saúde no Brasil hoje e suas perspectivas para o futuro. *In: CICLO DE SIMPÓSIOS SOBRE SAÚDE PÚBLICA*, 1, abr. 2014, São Paulo.
- PIOLA, S. F. *et al.* *Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo*. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para discussão do Ipea n. 1.846).
- PRICE WATERHOUSE COOPERS (PWC). *Alberta’s Royalty System: jurisdictional comparison*. São Paulo: PWC, 2009.
- QUINTAS, H. “Unitização”: a perspectiva petrolífera. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO MINE-RÁRIO*, 1, 2010, Salvador. *Slides...* Salvador: IBP, 2010.
- RECEITA FEDERAL DO BRASIL (RFB). Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/arrecadacao/relatorios-do-resultado-da-arrecadacao/>>. Acesso em: 3 mar. 2014.
- SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL (STN). Relatório resumido de execução orçamentária. Disponível em: <www.tesouro.fazenda.gov.br/-/relatorio-resumido-de-execucao-orcamentaria/>. Acesso em: 3 mar. 2014.
- SILVEIRA, F. G. *Equidade Fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social*. Brasília: Esaf, TN, 2012.
- SILVEIRA, F. G. *et al.* *Fiscal Equity: distributional impacts of taxation and social spending in Brazil*. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth, 2013. (Working paper 115).
- TEIXEIRA, A. & VIANNA, S. W. Cenários macroeconômicos no horizonte 2022/2030. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/publicacoes/ASaudeNoBrasilEm2030_V1_Cenarios_Macroeconomicos_no_Horizonte_2022-2030.pdf>. Acesso em: jun. 2016.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Transferências constitucionais e legais. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/comunidades/transferencias-constitucionais-e-legais/coeficientes-fpe-e-fpm/>>. Acesso em: 5 fev. 2014.
- VIOL, A. L. *et al.* *CPMF: mitos e verdades sob as óticas econômica e administrativa*. Brasília: Coordenação Geral de Política Tributária, Coordenação de Estudos Econômicos, 2001. (Texto para discussão n. 15).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2006: working together for health*. Geneva: WHO, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2010: health systems financing – the path to universal coverage*. Geneva: WHO, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2013 – Part III: global health indicators*. Geneva: WHO, 2013.
- ZANGHELINI, A. N. *et al.* *Desoneração da folha de pagamento: oportunidade ou ameaça?* Brasília: Anfip, 2013. Disponível em: <www.anfip.org.br/publicacoes/20131212170948_Desoneracao-da-Folha-de-Pagamentos-Oportunidade-ou-Ameaca_12-12-2013_LivroDesonerao.pdf>.

ANEXO

Tabela 20 – Simulação de gastos com ASPS na EC n. 29 com Contribuição Social para a Saúde, em milhões correntes

Ano	Gastos efetivos com ASPS	PIB nominal	Var. nominal PIB do ano anterior	Gasto segundo a EC n. 29 (Δ PIB)	Gasto segundo a EC n. 29 (Δ PIB) + CSS (a partir de 2008)	Diferença para gasto efetivo	Diferença acumulada
1999	18.353	1.065.000	-	18.353	18.353	0	0
2000	20.351	1.179.482	5,00%	19.271	19.271	1.081	1.081
2001	22.474	1.302.136	10,75%	22.539	22.539	-65	1.016
2002	24.737	1.477.822	10,40%	24.883	24.883	-146	870
2003	27.181	1.699.948	13,49%	28.240	28.240	-1.059	-190
2004	32.703	1.941.498	15,03%	32.485	32.485	219	29
2005	37.146	2.147.239	14,21%	37.350	37.350	-205	-176
2006	40.750	2.369.484	10,60%	41.308	41.308	-558	-734
2007	44.303	2.661.344	10,35%	45.584	45.584	-1.280	-2.014
2008	48.670	3.032.203	12,32%	51.199	59.199	-10.529	-12.543
2009	58.270	3.239.404	13,94%	58.333	68.573	-10.303	-22.846
2010	61.965	3.770.085	6,83%	62.319	74.799	-12.834	-35.680
2011	72.357	4.143.013	16,38%	72.529	87.249	-14.892	-50.572
2012	78.211	4.402.537	9,89%	79.703	96.663	-18.452	-69.025
2013	83.053	4.806.925	6,26%	84.696	103.896	-20.842	-89.867

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014), STN (2014) e RFB (2014).

Tabela 21 – Simulação de gastos com ASPS na PLP 01/2003 com Contribuição Social para a Saúde, em milhões correntes

Ano	Gastos efetivos com ASPS	Receita Corrente Bruta da União	Gasto segundo a PLP 01/2003 (10% da RCB) + CSS (a partir de 2008)	Diferença para gasto efetivo	Diferença acumulada
1999	18.353	0	0	0	0
2000	20.351	252.519	2525185,04%	-4.900	-4.900
2001	22.474	289.411	2894109,18%	-6.467	-11.367
2002	24.737	343.075	3430749,88%	-9.571	-20.938
2003	27.181	384.447	3844470,11%	-11.264	-32.202
2004	32.703	450.590	4505899,81%	-12.356	-44.557
2005	37.146	527.325	5273245,78%	-15.587	-60.144
2006	40.750	584.067	5840674,71%	-17.657	-77.800
2007	44.303	658.884	6588844,17%	-21.585	-99.385
2008	48.670	754.736	8347355,17%	-34.803	-134.189
2009	58.270	775.407	8778067,59%	-29.510	-163.699
2010	61.965	890.137	10149370,33%	-39.529	-203.228
2011	72.357	1.029.613	11768134,68%	-45.325	-248.552
2012	78.211	1.134.717	13043173,35%	-52.221	-300.773
2013	83.053	1.219.646	14116458,09%	-58.111	-358.885

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014), STN (2014) e RFB (2014).

Tabela 22 – Simulação de gastos com ASPS na PEC Orçamento Impositivo com Contribuição Social para a Saúde, em milhões correntes

Ano	Gastos efetivos com ASPS	Receita Corrente Líquida da União	Gasto segundo a PEC Orçamento Impositivo (15% da RCL) + CSS (a partir de 2008)	Diferença para gasto efetivo	Diferença acumulada
1999	18.353	0	0	0	0
2000	20.351	145.111	2176659,75%	-1.415	-1.415
2001	22.474	167.739	2516086,53%	-2.687	-4.102
2002	24.737	201.927	3028909,80%	-5.552	-9.654
2003	27.181	224.920	3373802,46%	-6.557	-16.211
2004	32.703	264.353	3965294,97%	-6.949	-23.160
2005	37.146	303.016	4545236,63%	-8.307	-31.467
2006	40.750	344.731	5170971,50%	-10.960	-42.427
2007	44.303	386.682	5800227,86%	-13.699	-56.125
2008	48.670	428.563	7228449,32%	-23.614	-79.740
2009	58.270	437.199	7581991,32%	-17.550	-97.289
2010	61.965	499.867	8745999,20%	-25.495	-122.784
2011	72.357	558.706	9852595,81%	-26.169	-148.953
2012	78.211	616.933	10950000,24%	-31.289	-180.243
2013	83.053	656.094	11761413,27%	-34.561	-214.804

Fonte: elaboração dos autores com base em IBGE (2014), STN (2014) e RFB (2014).

Tabela 23 – Estimativa de arrecadação tributária e de recursos destinados à Seguridade Social com Contribuição Social para a Saúde, de acordo com a PEC 233/2008

	% do PIB	R\$ milhões
	Carga tributária estimada	Arrecadação estimada
União	25,54%	1.227.672
ORÇAMENTO FISCAL	8,62%	414.218
IR	6,09%	292.810
Pessoa física	0,55%	26.452
Pessoa jurídica	2,62%	126.149
Retido na fonte	2,92%	140.209
IPI	0,98%	47.101
IOF	0,61%	29.415
Imp. sobre comércio exterior	0,77%	37.197
ITR	0,02%	848
Taxas federais	0,14%	6.848
ORÇAMENTO SEGURIDADE	14,06%	675.676
Previdência social	6,22%	299.080
Cofins	4,19%	201.527
CSS	0,50%	24.000
CSLL	1,37%	65.732
PIS	1,08%	51.899
Contr. segur. servidor público	0,51%	24.580
Outras contr. sociais	0,18%	8.859
DEMAIS	2,87%	137.778
FGTS	1,89%	90.624
Cide	0,00%	35
Outras contr. econômicas	0,36%	17.099
Salário-educação	0,34%	16.561
Sistema S	0,28%	13.459
PIB estimado		4.806.925
Recursos da Seguridade Social (c/DRU) - PEC 233/2008		228.926
38,8% do IVA (Cofins + PIS + Pasep + Cide + Salário-educação)		83.814
38,8% do IR (IR + CSLL)		111.291
38,8% do IPI		14.620

Fonte: elaboração dos autores com base em Bacen (2004), IBGE (2014) e RFB (2014).

Tabela 24 – Estimativa de arrecadação tributária e de recursos destinados à Seguridade Social com Contribuição Social para a Saúde, de acordo com a proposta de Francisco Dornelles – 2013

	% do PIB	R\$ milhões
	Carga tributária estimada	Arrecadação estimada
União	25,54%	1.227.672
ORÇAMENTO FISCAL	8,62%	414.218
IR	6,09%	292.810
Pessoa física	0,55%	26.452
Pessoa jurídica	2,62%	126.149
Retido na fonte	2,92%	140.209
IPI	0,98%	47.101
IOF	0,61%	29.415
Imp. sobre comércio exterior	0,77%	37.197
ITR	0,02%	848
Taxas federais	0,14%	6.848
ORÇAMENTO SEGURIDADE	14,06%	675.676
Previdência social	6,22%	299.080
Cofins	4,19%	201.527
CSS	0,50%	24.000
CSLL	1,37%	65.732
PIS/Pasep	1,08%	51.899
Contr. segur. servidor público	0,51%	24.580
Outras contr. sociais	0,18%	8.859
DEMAIS	2,87%	137.778
FGTS	1,89%	90.624
Cide	0,00%	35
Outras contr. econômicas	0,36%	17.099
Salário-educação	0,34%	16.561
Sistema S	0,28%	13.459
PIB estimado		4.806.925
Recursos da saúde (c/DRU) - Proposta Francisco Dornelles		102.253
13,15% da base abrangente		83.053
CSS		19.200

Nota: a base abrangente inclui imposto e contribuições, excluindo a previdência (conceito amplo) e as contribuições de melhoria.

Fonte: elaboração dos autores com base em Bacen (2004), IBGE (2014) e RFB (2014).

Tabela 25 – Distribuição regional do petróleo, em R\$ milhões correntes – 2013

UF	Regra atual						Nova regra						Diferença (-)					
	União	Estados	Municípios	Fundo especial		Total	União	Estados	Municípios	Fundo especial		Total	União	Estados	Municípios	Fundo especial		Total
				FPE	FPM					FPE	FPM					FPE	FPM	
AC	-			8,85	2,68	11,53	-			136,37	10,31	146,67	-			127,51	7,63	135,15
AL	-	31,57	62,23	10,76	21,25	125,82	-	23,38	12,79	165,83	81,85	283,85	-	-8,19	-49,44	155,06	60,60	158,03
AM	-	219,19	88,90	7,22	12,67	327,98	-	162,33	18,27	111,23	48,81	340,63	-	-56,86	-70,63	104,01	36,13	12,65
AP	-		0,32	8,83	1,42	10,57	-		0,07	136,01	5,46	141,53	-		-0,25	127,18	4,04	130,96
BA	-	248,27	228,43	24,31	94,34	595,35	-	183,87	46,94	374,55	363,33	968,68	-	-64,40	-181,49	350,23	268,98	373,32
CE	-	19,15	41,48	18,99	46,68	126,30	-	14,18	8,52	292,46	179,77	494,93	-	-4,97	-32,96	273,47	133,09	368,64
DF	-			1,79	17,29	19,07	-			27,51	66,57	94,09	-			25,73	49,29	75,01
ES	-	732,47	770,85	3,88	17,91	1525,11	-	542,46	158,39	59,79	68,97	829,61	-	-190,01	-612,46	55,91	51,06	-695,50
GO	-			7,36	37,98	45,34	-			113,33	146,27	259,60	-			105,97	108,29	214,26
MA	-	20,80	9,38	18,68	40,42	89,28	-	15,41	1,93	287,73	155,67	460,73	-	-5,40	-7,45	269,05	115,25	371,45
MG	-		15,32	11,53	144,37	171,22	-		3,15	177,56	555,98	736,69	-		-12,17	166,04	411,61	565,47
MS	-			3,45	15,27	18,72	-			53,10	58,81	111,90	-			49,65	43,54	93,19
MT	-			5,97	19,29	25,26	-			92,00	74,27	166,27	-			86,02	54,99	141,01
PA	-		1,81	15,82	33,53	51,16	-		0,37	243,63	129,14	373,15	-		-1,44	227,82	95,61	321,99
PB	-		22,66	12,39	32,51	67,56	-		4,66	190,89	125,20	320,75	-		-18,00	178,50	92,69	253,19
PE	-		61,03	17,86	48,80	127,69	-		12,54	275,05	187,95	475,54	-		-48,49	257,20	139,15	347,86
PI	-			11,18	24,44	35,62	-			172,26	94,13	266,39	-			161,08	69,69	230,76
PR	-	6,66	1,90	7,46	74,15	90,18	-	4,93	0,39	114,93	285,57	405,82	-	-1,73	-1,51	107,47	211,42	315,65
RJ	-	2982,02	3159,20	3,95	27,87	6173,05	-	2208,48	649,14	60,90	107,31	3025,83	-	-773,55	-2510,06	56,94	79,45	-3147,22
RN	-	269,49	238,31	10,81	24,76	543,36	-	199,58	48,97	166,54	95,34	510,43	-	-69,91	-189,34	155,73	70,58	-32,94
RO	-			7,29	7,60	14,88	-			112,23	29,26	141,49	-			104,95	21,66	126,61
RR	-			6,42	0,87	7,29	-			98,88	3,34	102,22	-			92,47	2,47	94,93
RS	-		118,38	6,09	74,31	198,78	-		24,32	93,87	286,17	404,36	-		-94,05	87,77	211,86	205,58
SC	-		61,07	3,31	42,74	107,12	-		12,55	51,01	164,61	228,17	-		-48,52	47,70	121,87	121,05
SE	-	155,75	169,38	10,75	13,58	349,46	-	115,35	34,80	165,64	52,30	368,08	-	-40,40	-134,58	154,88	38,72	18,62
SP	-	147,77	492,08	2,59	145,16	787,59	-	109,44	101,11	39,86	559,01	809,42	-	-38,33	-390,97	37,27	413,86	21,83
TO	-			11,23	13,19	24,42	-			173,00	50,78	223,78	-	0,00	0,00	161,77	37,59	199,36
TOTAL	4600,31	4833,14	5542,73	258,77	1035,07	16270,02	3579,40	3579,40	1138,90	3986,16	3986,16	16270,02	-1020,91	-1253,74	-4403,83	3727,39	2951,09	0,00
Participação prevista	30,00%	26,25%	35,00%	1,75%	7,00%	-	22,00%	22,00%	7,00%	24,50%	24,50%	-	-	-	-	-	-	-
Participação efetiva	28,27%	29,71%	34,07%	1,59%	6,36%	-	22,00%	22,00%	7,00%	24,50%	24,50%	-	-	-	-	-	-	-

Nota: a participação dos entes prevista na regra atual foi simplificada, haja vista que a legislação vigente prevê uma participação até o limite de 5% da produção e outra participação diferente para a produção entre 5% e 10%. Como a proporção das participações foi a mesma, optou-se por fazer uma média simples entre elas. Ex.: A União recebe 20% dos royalties arrecadados até 5% da produção e 40% dos royalties arrecadados entre 5% e 10% da produção, logo, na média o ente recebe 30%.

Fonte: elaboração dos autores com base em: ANP (2004), TCU (2004), lei n. 7.990/1989, decreto n. 1/1991, lei n. 9.478/1997, decreto n. 2.705/1998 e lei n. 12.734/2012.