



NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DO SUS: CONCEPÇÃO E DIRETRIZES

(proposta em discussão, favor não reproduzir)

Coordenação
Francisco R. Funcia

Equipe
Bruno Moretti
Carlos Octávio Ocké-Reis
Erika Aragão
Mariana Melo
Rodrigo Benevides

(29/04/2022)

Questões preliminares

- Ante as pressões estruturais sobre o SUS e o subfinanciamento, os gastos federais de saúde devem cair continuamente como proporção do PIB ou da receita, como determinado pelo atual arcabouço fiscal?
- Em momentos de crise, quando há maior demanda por gastos de saúde, eles devem ser reduzidos em termos per capita, acompanhando o comportamento das variáveis econômicas?
- **O SUS requer uma regra de piso que garanta financiamento adequado e estabilidade ao sistema público de saúde.**
- Partimos do acúmulo do histórico movimento em defesa do Saúde +10, removendo os eventuais impactos do ciclo econômico sobre o orçamento federal do SUS.

Pressupostos

- O Brasil deve se alinhar à experiência internacional no campo das regras fiscais, rumando para um modelo mais flexível, que combine o financiamento de **gastos estratégicos ao crescimento com inclusão social** (Orszag, Rubin e Stiglitz, 2021)
- Entre os principais elementos dessa abordagem, constam, por exemplo, o **ajuste de forma automática da trajetória orçamentária de longo prazo dos gastos públicos em saúde por meio dos fatores socioeconômicos que a condicionam**

Arcabouço fiscal brasileiro

- Regras fiscais rígidas e sobrepostas:
 - Teto de gasto (EC 95): gasto primário limitado à inflação reduz a despesa em relação ao tamanho da economia por até 20 anos (mesmo com arrecadação)
 - Meta de resultado primário: receita – despesas, exceto juros. Regra pró-cíclica que implica corte de despesas quando há crise
 - Regra de ouro: proibição de emitir dívida para financiar despesa corrente requer orçamento corrente equilibrado e forte ajuste fiscal na crise (aumento de juro compensado pela queda do gasto social)
- EC 109 (PEC emergencial) + EC 95: limites artificiais ao gasto esterilizam fontes dos fundos públicos, canalizando-os para a dívida (FNC, FNDCT, Fundo Social ...)
- Regime pró-cíclico na crise (pré-pandemia) e acíclico/recessivo quando há aumento de arrecadação (situação atual)
- Regime fiscal subtrai capacidade de ação do Estado para responder aos desafios sociais, ambientais e econômicos do país

Objetivos

Superadas as regras do atual regime fiscal, é preciso debater um novo modelo de financiamento do SUS na esfera federal, caso se queira eliminar as iniquidades de acesso aos serviços públicos, bem como melhorar as condições de assistência médica e saúde da população brasileira:

- Para mudar a composição da relação público/privado no gasto total em saúde em favor do SUS (OMS)
- Para aumentar a participação do gasto federal no interior do setor público nos próximos dez anos

Gasto público com saúde, 2000 a 2019, por esfera de governo, em % do total

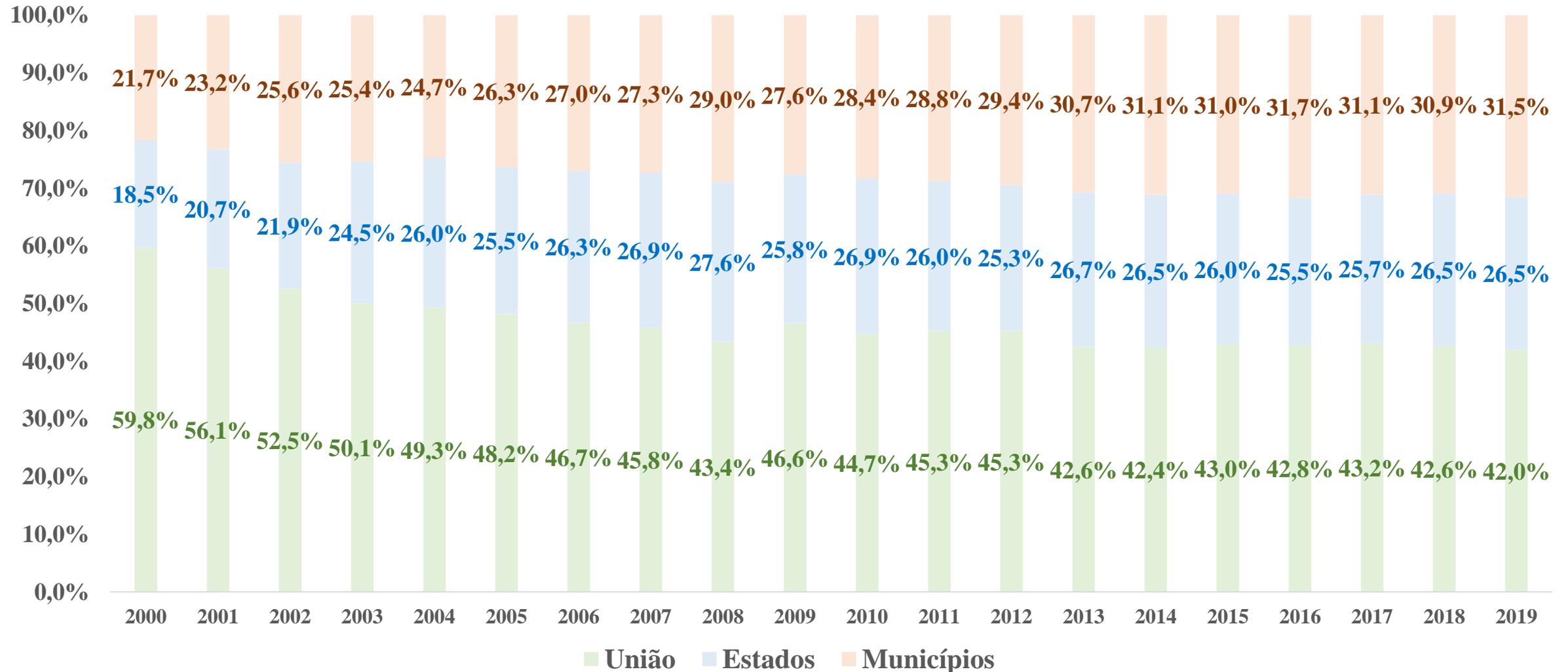


Tabela 1 - Países selecionados, percentual do PIB, gasto público e privado em saúde - 2019

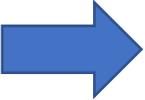
País	Gasto total com saúde em % do PIB	Gasto público com saúde em % do PIB	Gasto público com saúde per Capita dólar PPC	Gasto público com saúde em % do gasto total	Gasto privado com saúde em % do PIB
Brasil	9,6	3,9	610	40,9	5,7
Canadá	10,8	7,6	3.874	70,2	3,2
Chile	9,3	4,8	1.234	50,9	4,6
França	11,1	8,3	4.137	75,3	2,7
Itália	8,7	6,4	2.955	73,9	2,3
México	5,4	2,7	548	49,3	2,8
Portugal	9,5	5,8	2.143	61,0	3,7
Espanha	9,1	6,4	2.813	70,6	2,7
Reino Unido	10,2	8,1	4.043	79,5	2,1
Estados Unidos	16,8	8,5	5.553	50,8	8,2

Fonte: WHO. PPC: paridade do poder de compra.

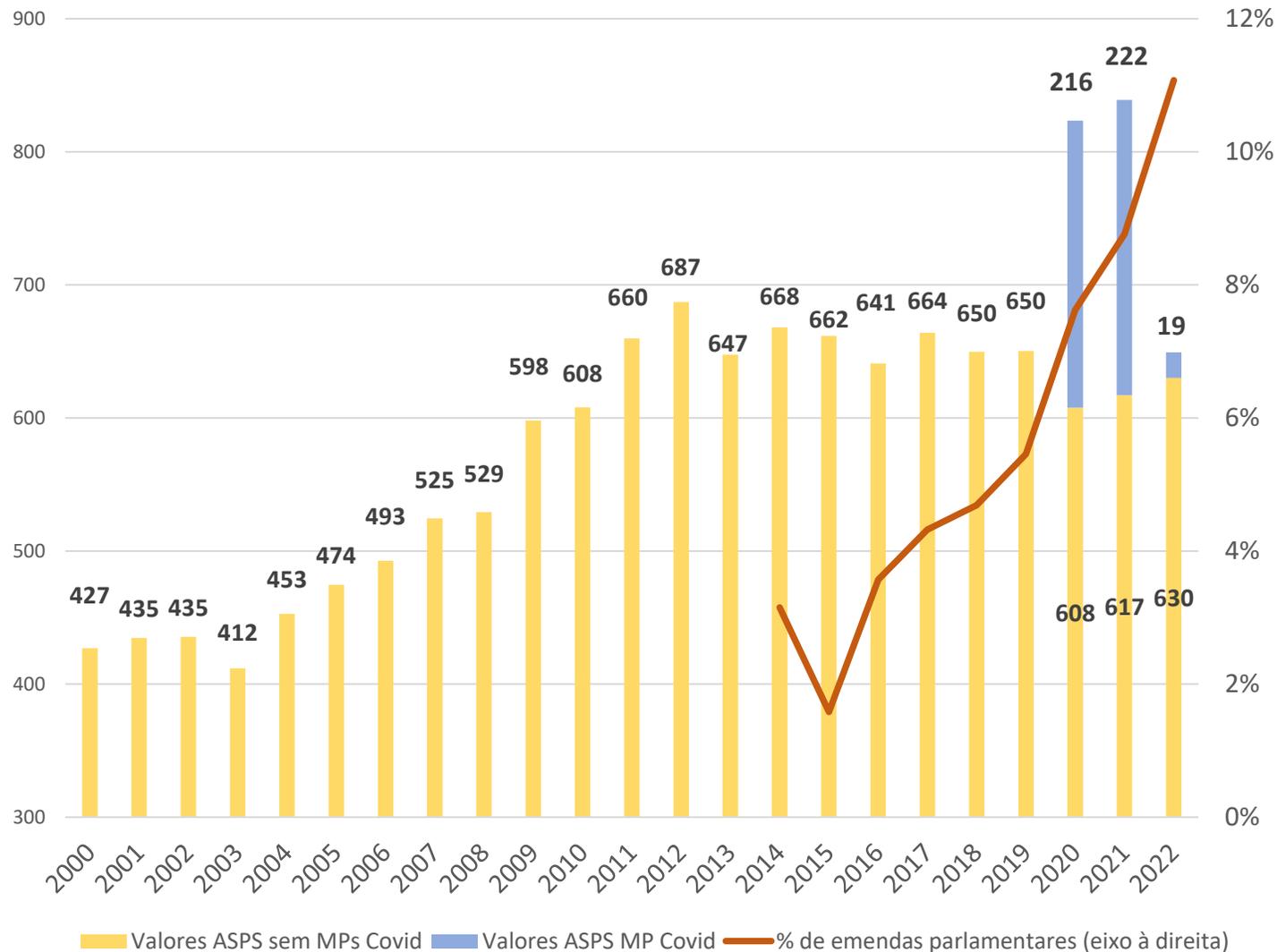
Novo Modelo de Financiamento do SUS

- Aprovar medidas que tenham previsão constitucional e legal (pec e projetos de lei)
- Definir regra de piso menos sensível ao ciclo econômico
- Evitar queda do gasto público de saúde, por meio de uma regra acíclica, quando houver desaceleração da economia (e quando a demanda por serviços de saúde tende a aumentar)
- Determinar o crescimento real per capita do gasto público federal em saúde, inclusive para ampliar transferências aos entes em momento de crise, de modo que o gasto de saúde funcione como estabilizador automático em momentos de queda de arrecadação de estados e municípios (União emissora de dívida versus rigidez fiscal dos demais entes)

Impacto das regras fiscais sobre o SUS (periodização)

- Período 1: Crescimento econômico e regra pró-cíclica (2000-2013)
- Período 2: Recessão e regra pró-cíclica (2014-2016)
- Período 3: Baixo crescimento econômico e regra recessiva (2017-2019)
 Piso federal da saúde declinante
- Período 4: Flexibilização do teto (2020-2022)

Orçamento federal ASPS (R\$/hab, a preços de 2021)



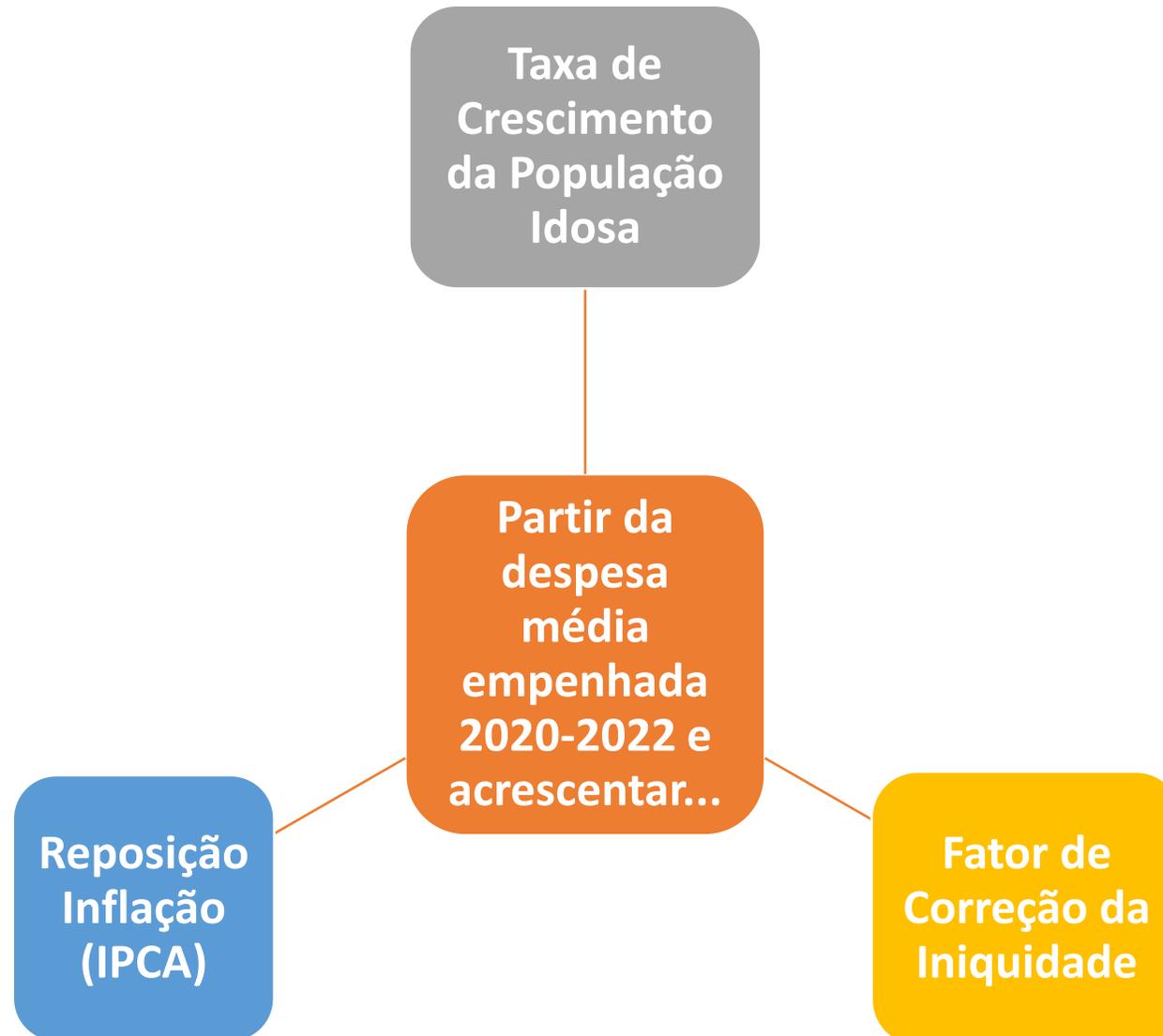
Fonte: Siop, IBGE. Entre 2000 e 2021, empenho. Para 2022, LOA atual. Considera IPCA médio.

Orçamento ASPS (R\$ bilhões)

Ano	ASPS - A	Emendas impositivas e de comissão - B	Emendas de relator - C	Emendas - B + C	(B+C)/A
2014	91,9	2,9		2,9	3%
2015	100,1	1,6		1,6	2%
2016	106,2	3,8		3,8	4%
2017	114,7	5,0		5,0	4%
2018	116,8	5,5		5,5	5%
2019	122,3	6,7		6,7	5%
2020	161,0	8,8	3,4	12,3	8%
2021	179,1	8,1	7,6	15,7	9%
2022	151,1	8,6	8,1	16,7	11%

Fonte: Siop. Entre 2000 e 2021, empenho. Para 2022, LOA atual.

Nova Regra Proposta para o Piso



Nova Regra Proposta para o Piso

Partindo da média da despesa empenhada entre 2020 e 2022:

- Repor a inflação do período anterior (IPCA)
- Acrescida da taxa de crescimento da população idosa (*proxy* da transição demográfica)
- E de um fator de correção de iniquidade de acesso – garantindo que os valores federais aplicados cresceriam a uma taxa relacionada à evolução real dos gastos tributários com saúde no IRPF verificada no passado, inclusive, considerando as demais pressões sobre o sistema (vazio assistencial, incorporação tecnológica etc.)
- Cenários: 2,25% (metade da taxa média de crescimento dos gastos tributários com despesa médica no IRPF entre 2004 e 2019); 3,4% (metade da taxa média de crescimento dos gastos tributários com planos de saúde no IRPF entre 2004 e 2018); 4,92% (gasto federal de 3% do PIB)

OBS: o fator de correção de iniquidade não supõe a revisão do gasto tributário de saúde, embora a defendamos

Orçamento Federal ASPS (% da RCL)

Ano	Cenário 1 - 2,25%	Cenário 2 - 3,4%	Cenário 3 - 4,92%
2022	14,2%	14,2%	14,2%
2023	16,3%	16,5%	16,7%
2024	16,9%	17,3%	17,8%
2025	17,4%	18,0%	18,8%
2026	17,9%	18,7%	19,9%
2027	18,4%	19,4%	20,9%
2028	18,8%	20,1%	22,0%
2029	19,3%	20,8%	23,1%
2030	19,7%	21,6%	24,2%
2031	20,1%	22,3%	25,4%
2032	20,6%	23,0%	26,6%

Orçamento Federal ASPS (R\$/hab, a preços de 2021 - IPCA médio)

Ano	Cenário 1 - 2,25%	Cenário 2 - 3,4%	Cenário 3 - 4,92%
2022	649	649	649
2023	759	767	779
2024	795	813	837
2025	827	855	893
2026	858	897	951
2027	890	941	1012
2028	922	986	1077
2029	955	1033	1144
2030	989	1081	1215
2031	1022	1130	1289
2032	1055	1180	1366

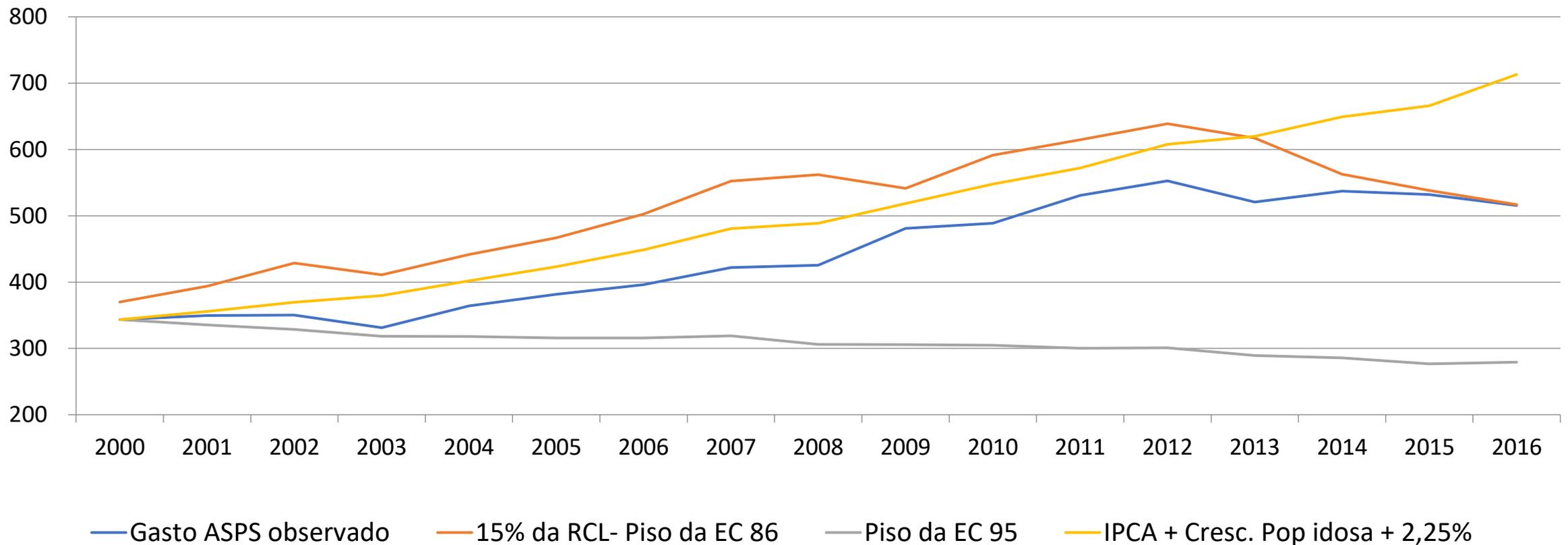
Orçamento Federal Asps (% PIB)

Ano	Cenário 1 - 2,25%	Cenário 2 - 3,4%	Cenário 3 - 4,92%
2022	1,6%	1,6%	1,6%
2023	1,8%	1,9%	1,9%
2024	1,9%	2,0%	2,0%
2025	2,0%	2,0%	2,1%
2026	2,0%	2,1%	2,2%
2027	2,1%	2,2%	2,4%
2028	2,1%	2,3%	2,5%
2029	2,2%	2,4%	2,6%
2030	2,2%	2,4%	2,7%
2031	2,3%	2,5%	2,9%
2032	2,3%	2,6%	3,0%

Elaboração dos autores. Fonte: Siop, IBGE, STN, IFI, BCB. Para 2022, LOA atual. Entre 2023 e 2032, simulações considerando base de partida dada pela média do orçamento entre 2020 e 2022, acrescida da taxa de crescimento da população idosa e do IPCA, ambos do ano anterior, e de três cenários para o fator de correção de iniquidades.

Simulação dos impactos das regras de aplicação em saúde

**Gráfico 1 - Valores federais per capita ASPS 2000-2016
(R\$/habitante, a preços de 2016*)**



* IPCA médio. Fonte: Siop, STN, IBGE.

Considerações finais

(reformas estruturais)

- Revogar regra de ouro, EC 95 e EC 109 (austeridade fiscal), que vem retirando recursos do SUS, visando a adoção de nova regra de financiamento relacionada ao gasto público federal em saúde (estimativa de perda de R\$ 48 bilhões entre 2018 e 2022)
 - Para 2023, PEC emergencial autorizando gasto extraordinário fora da regra de ouro, do teto e do primário (sequelas da Covid, demandas reprimidas, reajuste dos planos de saúde, impacto da saúde sobre o nível de emprego, combate à desigualdade etc.)
- Propor nova regra fiscal capaz de abrir espaço no orçamento a gastos com forte efeito multiplicador e redistributivo, bem como conferir estabilidade e absorver futuras necessidades de saúde, por meio das seguintes fontes de custeio:
 - Ampliar progressividade do sistema tributário, taxando renda, patrimônio e riqueza financeira (Imposto de Renda sobre lucros e dividendos e Imposto sobre Grandes Fortunas), bem como rever os gastos tributários em saúde (teto das renúncias de saúde no IRPF)
 - Ampliar a destinação de recursos do pré-sal para a saúde (mais de R\$ 40 bilhões foram destinados à dívida)
 - Na baixa do ciclo, emissão de dívida vinculada a gastos com efeitos multiplicadores e redistributivos
- Extinguir as emendas de relator (RP 9), de modo que a ampliação do orçamento seja destinada a gastos com critérios sanitários e demográficos sujeitos às instâncias de deliberação do SUS
- Canalizar a ampliação de recursos para: a) estruturação das redes regionalizadas de atenção à saúde, com ênfase no papel da atenção primária em saúde como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado; b) para o complexo econômico-industrial-digital de saúde (financiamento do SUS com produção nacional e estatal)