ABrES
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE

NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS (saúde é investimento)

Coordenação
Francisco R. Funcia

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

(08/07/2022)

Introdução

- No contexto do “desfinanciamento” do SUS, ante as pressões conjunturais e estruturais, os gastos em saúde deveriam cair como proporção do PIB ou da receita como determina o atual arcabouço fiscal?

- Em momentos de crise, quando há maior demanda por gastos públicos em saúde, eles deveriam ser reduzidos em termos per capita, acompanhando o comportamento daquelas variáveis econômicas?

- Seguimos o movimento histórico da reforma sanitária em defesa do SUS e do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que culminou no Saúde +10, removendo os eventuais impactos do ciclo econômico sobre o orçamento federal

Pressupostos

- O Brasil deve observar as experiências internacionais no campo fiscal, rumo a um modelo mais flexível, cuja estabilidade garanta crescimento com inclusão social e sustentabilidade ambiental, sem abrir mão do fortalecimento de **gastos estratégicos** (Orszag, Rubin e Stiglitz, 2021)

- Entre os principais elementos dessa abordagem, consta, por exemplo, **o ajuste automático da trajetória de longo prazo dos gastos públicos em saúde por meio dos fatores socioeconômicos que os condicionam**

- O SUS precisa de uma nova regra de piso que garanta um financiamento adequado e estável no longo prazo

Arcabouço fiscal

- Regras fiscais rígidas e sobrepostas:
  - Teto de gasto (EC 95): despesa primária limitada à inflação reduz gastos sociais e investimentos públicos em relação ao tamanho da economia por até 20 anos
  - Meta de resultado primário: receita – despesas, exceto juros. Regra pró-cíclica implica corte de despesas quando há queda da arrecadação (contingenciamento)
  - Regra de ouro: proibição de emitir dívida para financiar despesa corrente requer orçamento corrente equilibrado
  - LRF: os principais indicadores de gestão são os limites para a dívida e os limites para as despesas de pessoal como percentual da Receita Corrente Líquida (RCL)
- EC 109 (PEC emergencial) + EC 95: limites artificiais ao gasto esterilizam fontes dos fundos públicos, canalizando-os para a amortização da dívida interna (Fundo Social da União)
- Regime fiscal subtrai capacidade de ação do Estado para responder aos desafios econômicos, sanitários e sociais do país

Objetivos

Superado o atual regime fiscal, é preciso debater uma nova regra do piso 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:

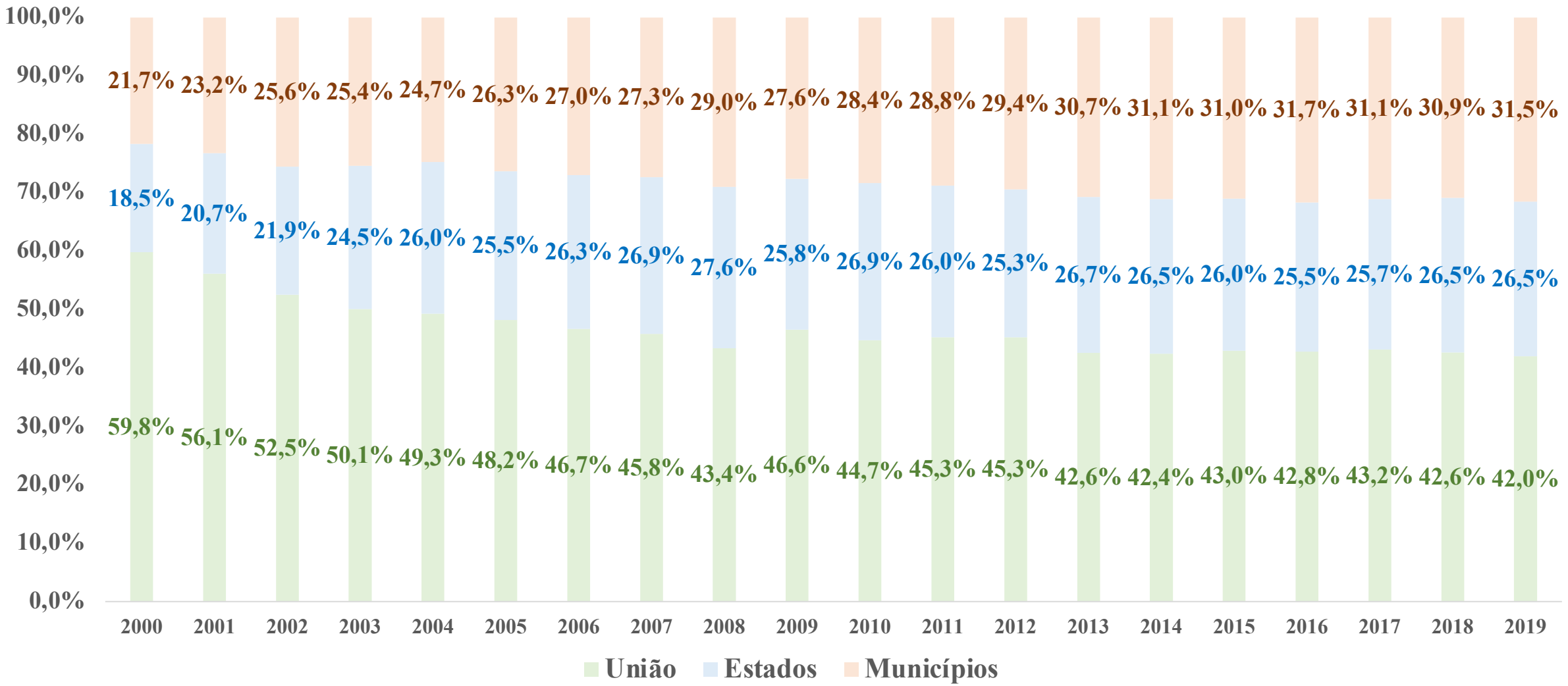
- Para mudar a composição da relação público/privado no gasto total em saúde em favor do SUS
- Para aumentar a participação do gasto federal no interior do setor público nos próximos dez anos
- Para garantir o crescimento real per capita do gasto público federal em saúde, inclusive para ampliar transferências aos entes em momentos de crise, de modo que o gasto de saúde funcione como um estabilizador, compensando a queda da arrecadação de estados e municípios (União emissora de dívida versus rigidez fiscal dos demais entes)

Gasto público e privado em saúde em países selecionados, 2019

País	Gasto total com Saúde em % do PIB	Gasto público com Saúde em % do PIB	Gasto privado com Saúde em % do PIB	Gasto Público em % do gasto total	Gasto público com Saúde per capita (dólar PPC)
França	11,1	8,3	2,7	75	4.137
Canadá	10,8	7,6	3,2	70	3.874
Reino Unido	10,2	8,1	2,1	79	4.043
Austrália	9,9	7,1	2,8	72	3.795
Brasil	**9,6**	**3,9**	**5,7**	**41**	**610**
Portugal	9,5	5,8	3,7	61	2.143
Espanha	9,1	6,4	2,7	71	2.813
Itália	8,7	6,4	2,3	74	2.955

Fonte: Organização Mundial da Saúde, OMS/WHO <https://bit.ly/3LwHB9P>. PPC: paridade do poder de compra.

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



Fonte: Siops.

Impacto das regras fiscais sobre o SUS

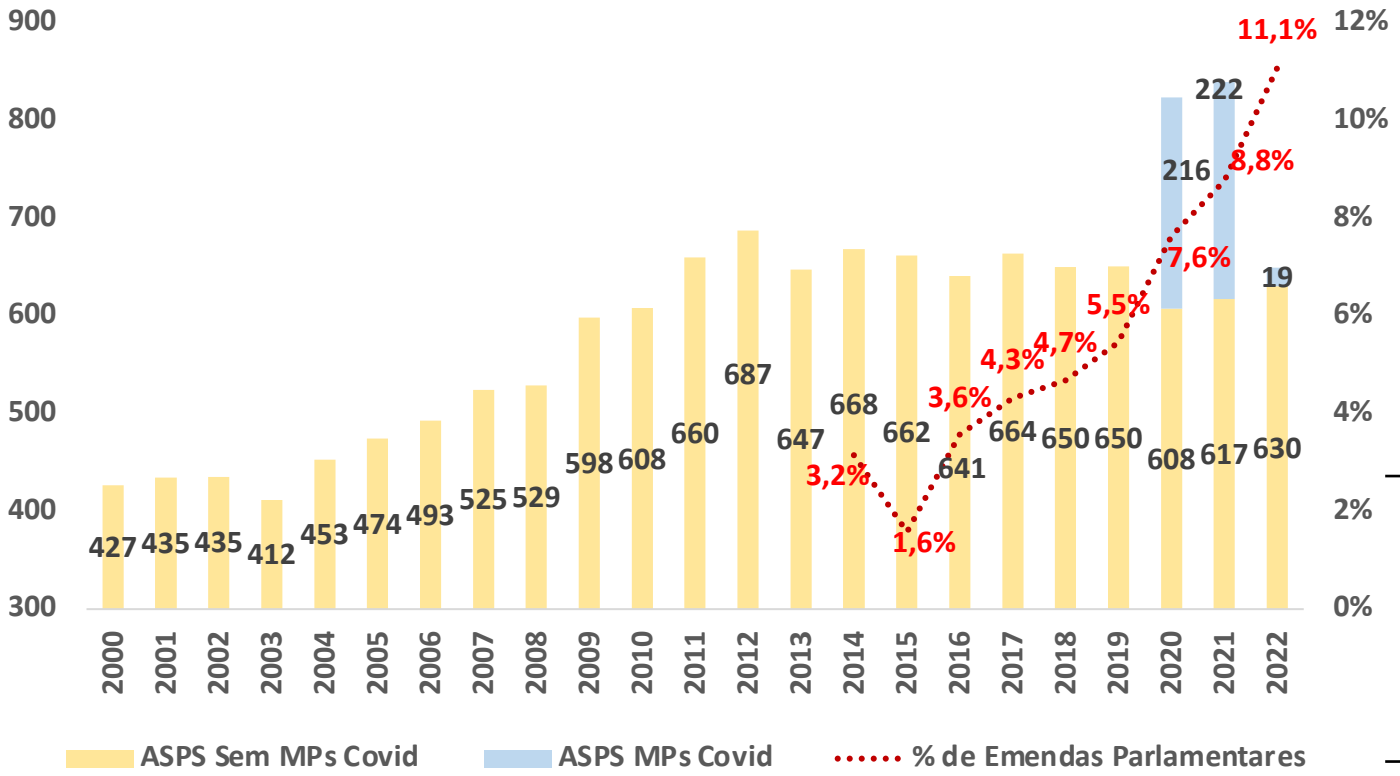
- Período 1: Crescimento econômico e regra pró-cíclica (2000-2013)
- Período 2: Recessão e regra pró-cíclica (2014-2016)
- Período 3: Baixo crescimento econômico e regra da austeridade* (2017-2019)

  ➡ Piso federal da saúde declinante

- Período 4: Flexibilização do teto (2020-2022)

(*) círculo vicioso da austeridade: corte de gastos reduz crescimento, que deteriora a arrecadação e piora o resultado fiscal, o que leva a novos cortes de gastos

Valores federais per capita ASPS (a preços de 2021*) e participação das emendas no orçamento ASPS (%)



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

Emendas parlamentares no orçamento federal ASPS (2014-2022)*

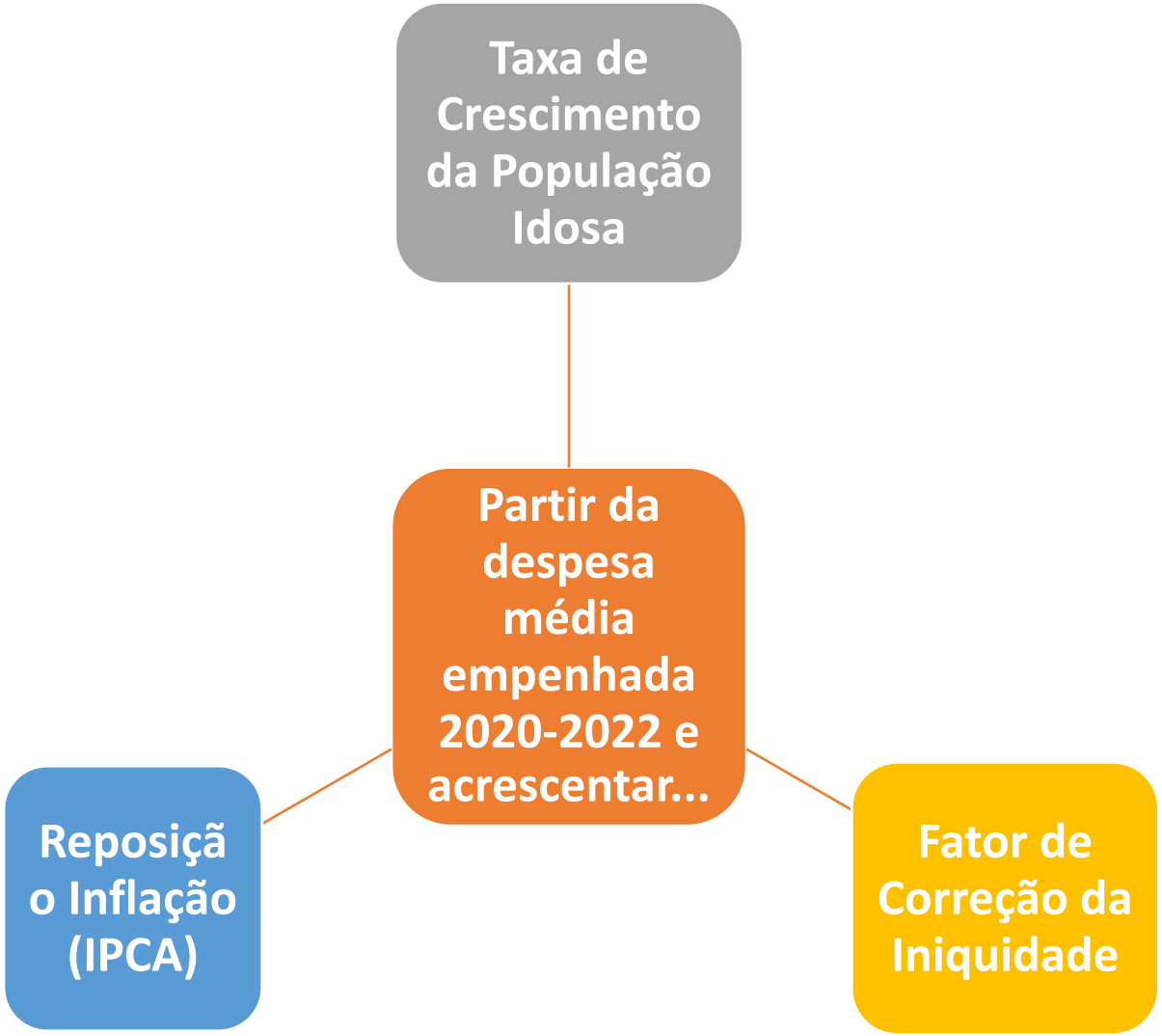
Ano	Orçamento ASPS - A (R$ bilhões)	Emendas impositivas e de comissão - B (R$ bilhões)	Emendas de relator - C (R$ bilhões)	Total Emendas D = B + C (R$ bilhões)	E = D/A (%)
2014	91,9	2,9		2,9	3%
2015	100,1	1,6		1,6	2%
2016	106,2	3,8		3,8	4%
2017	114,7	5,0		5,0	4%
2018	116,8	5,5		5,5	5%
2019	122,6	6,7		6,7	5%
2020	161,5	8,8	3,4	12,3	8%
2021	179,1	8,1	7,6	15,7	9%
2022	150,6	8,7	8,1	16,9	11%

* Entre 2014 e 2021, empenho. Para 2022, LOA atual. Inclui recursos dos royalties do petróleo. Fonte: Siop. Consulta em 02 jul. 2022. Elaboração dos autores.

Nova Política de Financiamento do SUS

- Aprovar medidas que tenham previsão constitucional e legal (pec, projetos de lei e projetos de lei complementar) no campo fiscal, tributário e da seguridade social
- Definir regra de piso menos sensível ao ciclo econômico (acíclica)
- Evitar queda do gasto público de saúde, quando houver desaceleração da economia e portanto maior demanda por bens e serviços públicos de saúde
- Reestruturar o padrão de financiamento público do setor saúde no interior do Orçamento da Seguridade Social

Nova Regra do Piso



Nova Regra do Piso

Partindo da média da despesa empenhada entre 2020 e 2022 (tese do “Estado quebrado” não se aplica):

- Repor a inflação do período anterior (IPCA)
- Acrescer taxa de crescimento da população idosa (*proxy* da transição demográfica)
- Aplicar fator de correção de iniquidade de acesso – garantindo que os valores aplicados cresçam a uma taxa relacionada à evolução real dos gastos tributários com saúde no IRPF verificada no passado

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 (% do PIB)			
Ano	Cenário 1 - 2,25%	Cenário 2 - 3,4%	Cenário 3 - 4,68%
2022	1,6%	1,6%	1,6%
2023	1,9%	1,9%	1,9%
2024	2,0%	2,0%	2,0%
2025	2,0%	2,1%	2,2%
2026	2,1%	2,2%	2,3%
2027	2,1%	2,2%	2,4%
2028	2,2%	2,3%	2,5%
2029	2,2%	2,4%	2,6%
2030	2,3%	2,5%	2,7%
2031	2,3%	2,6%	2,9%
2032	2,4%	2,7%	3,0%

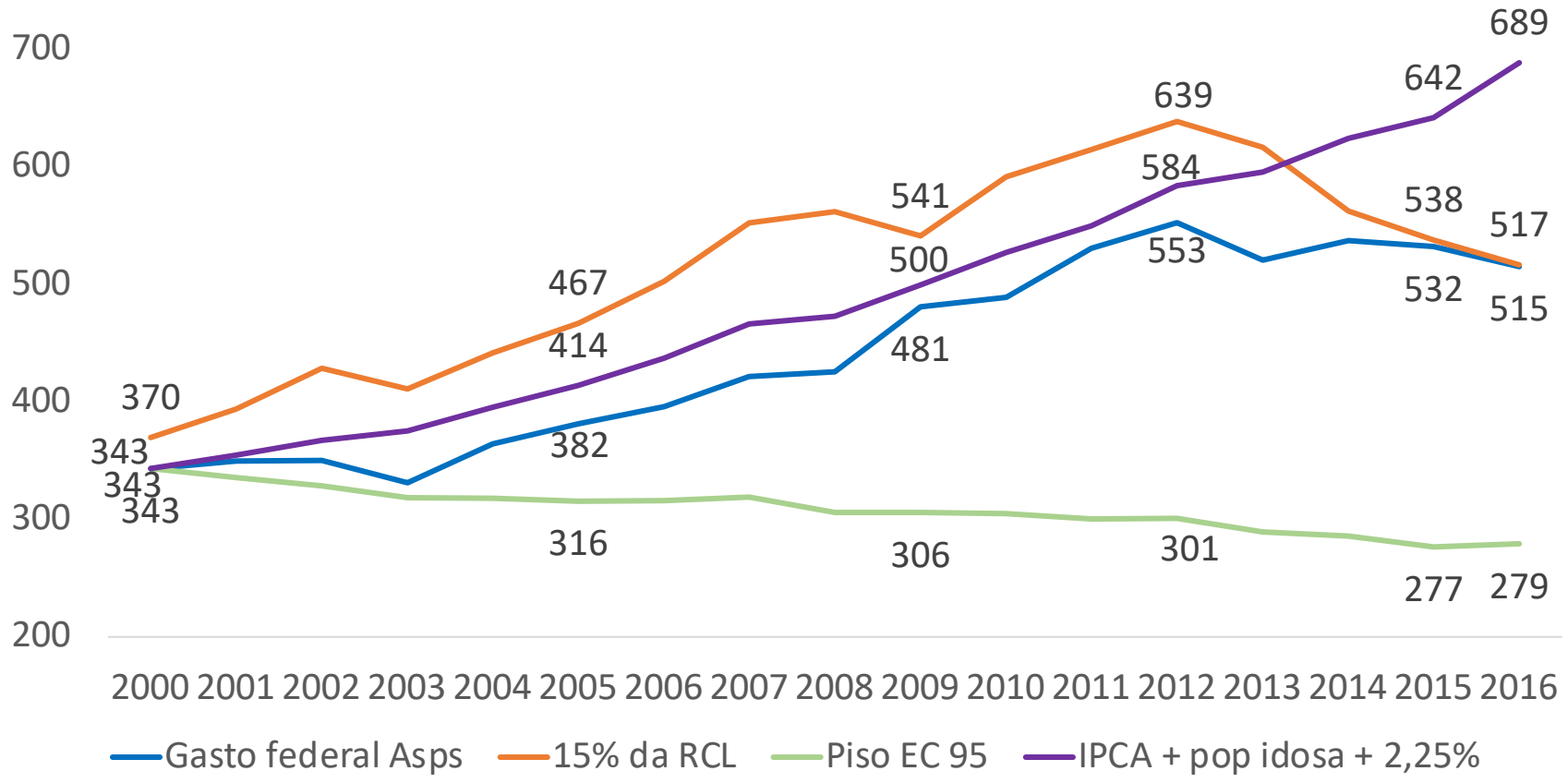
Orçamento federal ASPS per capita (a preços de 2021*)			
Ano	Cenário 1 - 2,25%	Cenário 2 - 3,4%	Cenário 3 - 4,68%
2022	646	646	646
2023	772	781	790
2024	813	831	852
2025	846	875	908
2026	878	918	964
2027	910	963	1.024
2028	944	1.009	1.086
2029	977	1.057	1.152
2030	1.011	1.106	1.220
2031	1.045	1.156	1.291
2032	1.080	1.207	1.365

Orçamento federal ASPS (% da RCL)			
Ano	Cenário 1 - 2,25%	Cenário 2 - 3,4%	Cenário 3 - 4,68%
2022	14,2%	14,2%	14,2%
2023	16,6%	16,8%	17,0%
2024	17,3%	17,7%	18,1%
2025	17,8%	18,4%	19,1%
2026	18,3%	19,2%	20,1%
2027	18,8%	19,9%	21,1%
2028	19,3%	20,6%	22,2%
2029	19,7%	21,3%	23,2%
2030	20,2%	22,1%	24,3%
2031	20,6%	22,8%	25,5%
2032	21,0%	23,5%	26,6%

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 estimativa da taxa de crescimento da população idosa e da expectativa de IPCA, ambos do ano anterior, e de três cenários para o fator de correção de iniquidades.

Simulação dos impactos das regras de piso da saúde

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



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

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.)
  - Rever a DRU em 2023
- 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, que podem ser vinculadas ao Orçamento da Seguridade Social:
  - 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)