



NOTA TÉCNICA:

HORIZONTES PARA O GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NO CONTEXTO DO NOVO ARCABOUÇO FISCAL

OUTUBRO DE 2023



OXFAM BRASIL

Conselho Deliberativo

Bianca Santana, Clemente Gáncz Lúcio, Graciela Seleiman, Iara Pietricovsky de Oliveira, Hélio Santos (presidente), Luciana Brito e Mário Theodoro.

Conselho Fiscal

Cristina Medeiros, Marisa Ohashi e Wander Telles

Direção Executiva

Kátia Maia

Equipe Gerência

Débora Borges (Gerente Mobilização, Comunicação e Captação de Recursos), Maitê Gauto (Gerente de Programas, Incidência e Campanhas) e Mirella Vieira (Gerente de Operações).

Equipe

Alisson Gomes, Anderson Lourenço, Anna Carolina Souza, Avelino da Silva Júnior, Bárbara Barboza, Bárbara Barros, Cleizia Sales, Flávia Souza, Gustavo Ferroni, Jefferson Nascimento, Jorge Cordeiro, Juliana Vasco, Julianne Nestlehner, Luiz Franco, Marcus Carvalho, Mariana Franco, Micoli Cerqueira, Marcus Carvalho, Natália Gomes, Néia Limeira, Paula Carvalho, Poka Nascimento, Selma Gomes, Sheila Horta, Talita Hypólito, Uly Zizo e Vanessa Correia.

FICHA TÉCNICA

Coordenação

Maitê Gauto

Revisão final

Jefferson Nascimento

Pesquisa

Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades (Made-USP)



Pesquisadoras

Clara Zanon Brenck, Pedro Romero Marques e Rubia Campos

Projeto Gráfico e Diagramação

Brief Comunicação



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL	6
3. PROVISÕES DE SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XXI: TENDÊNCIAS E DIAGNÓSTICOS	8
4. GASTOS COM SAÚDE E OS REGIMES FISCAIS BRASILEIROS	16
TETO DE GASTOS	17
NOVO ARCABOUÇO FISCAL: MUDANÇAS À VISTA?	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICA	22
PISOS CONSTITUCIONAIS	22
REFORMA TRIBUTÁRIA, PROGRESSIVIDADE E FIM DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS COM SAÚDE	23
FORTALECIMENTO DO COMPLEXO ECONÔMICO E INDUSTRIAL DA SAÚDE (CEIS).	24
REFERÊNCIAS	25
NOTAS.	27

LISTA DE FIGURAS

TABELA 1 VARIÇÃO EM VOLUME DOS GASTOS COM SAÚDE DE ACORDO COM OS REGIMES DE FINANCIAMENTO.	8
TABELA 2 CRESCIMENTO NOMINAL MÉDIO DOS GASTOS EM SAÚDE POR FUNÇÃO E REGIME DE FINANCIAMENTO, 2015 A 2019.	9
FIGURA 1 TAXA DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL, DADOS PARA DEZEMBRO DE 2000 A 2022	11
TABELA 3 UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE POR RAÇA E GÊNERO.	13
TABELA 4 UTILIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE POR RAÇA E GÊNERO.	13
FIGURA 2 PARTICIPAÇÃO DOS REGIMES DE FINANCIAMENTO POR CATEGORIA, 2019	15
FIGURA 3 PROJEÇÃO DA DESPESA PRIMÁRIA COMO PROPORÇÃO DO PIB ATÉ 2030	19
FIGURA 4 SIMULAÇÃO: PERCENTUAL DA DESPESA PRIMÁRIA TOTAL SUJEITA À REGRA DESTINADA AO PISO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE	20
FIGURA 5 SIMULAÇÃO: PISO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB	21



1. INTRODUÇÃO

Em 2019, segundo informações fornecidas pelo Ministério da Fazenda, o total de despesas federais direcionadas à área da saúde aproximou-se de 194 bilhões de reais, um valor equivalente à 2,16% do PIB brasileiro. Em 2020, a emergência sanitária da pandemia de Covid-19 implicou um aumento real de 19,6% nesses gastos. Em 2021, ainda que o total despendido tenha reduzido em comparação a 2020, ele foi 14,9% maior do que em 2019. Finalmente, em 2022, o gasto total com saúde caiu para cerca de 190 bilhões de reais, retornando aos níveis anteriores à pandemia.¹

Por um lado, a expansão das despesas com saúde em 2020-2021 atesta a magnitude do impacto gerado pela pandemia sobre a demanda por serviços de saúde. Estudos realizados nos primeiros meses da chegada da Covid-19 no Brasil já apontavam que mais investimentos seriam necessários para responder às necessidades da população em relação à infraestrutura de saúde (Noronha et al., 2020). Novos leitos, equipamentos médicos e hospitais deveriam, então, fazer parte de um planejamento que fosse além do esforço emergencial, de forma que pudessem ser incorporados posteriormente na rede assistencial (Rache et al. 2020).

Por outro lado, o rápido retorno aos valores despendidos em 2019 permite questionar o efeito da pandemia sobre o fortalecimento do sistema público de saúde brasileiro, especialmente no que diz respeito ao seu modelo de financiamento. Dadas as dotações orçamentárias verificadas para o período 2022-2023, os gargalos identificados não parecem ter sido contabilizados no planejamento orçamentário para o período pós-pandemia, reduzindo a possibilidade de vislumbrar uma transformação no modelo de financiamento capaz de reverter a trajetória de queda da oferta pública de serviços de saúde.

É verdade que há uma causa imediata associada à essa trajetória recente do gasto com saúde pública: a Emenda Constitucional nº 95, comumente traduzida como Teto de Gastos. Aprovada em 2016 para um período de vinte anos, tal regra impediu qualquer aumento real nos gastos primários brasileiros. As despesas com saúde só puderam ser expandidas durante a pandemia graças a emissão de créditos extraordinários, os quais foram temporariamente retirados da regra de contabilização do Teto de Gastos (Dweck et al., 2021). Com o fim da emergência, portanto, já era esperada uma contenção significativa que trouxesse as despesas aos níveis anteriores.

Entretanto, ainda que o recente encolhimento do gasto federal com saúde esteja associado ao cumprimento da regra fiscal, não é possível resumir o descompasso entre oferta e demanda por saúde no Brasil olhando apenas para esta conjuntura recente. Como indicado por diversos especialistas, o Sistema Único de Saúde (SUS) – vislumbrado como uma conquista cidadã do direito à saúde pública, universal e gratuita – esteve, desde sua institucionalização, submetido a restrições e disputas orçamentárias. Disso decorre a existência de um histórico de subfinanciamento da saúde pública no Brasil, que evidencia o contraste entre o modelo pretensamente concebido e sua existência atual (Funcia et al., 2022). Uma das consequências desse distanciamento é, por exemplo, o crescimento da oferta de saúde privada frente à pública, que representa um desafio para a garantia da equidade no acesso à saúde.

Ainda assim, há importantes indícios da capacidade do SUS de oferecer um modelo provisão de saúde universal e gratuito. Isso se manifesta, por exemplo, no caso da vacinação. O *Programa Nacional de Imunização* (PNI), por exemplo, é internacionalmente reconhecido por garantir a universalidade de vacina para todos os grupos alvos em todos os municípios do país (Domingues et al., 2020). Atribui-se o sucesso do PNI a alguns fatores-chave, sendo um deles a predominância da oferta pública de imunizantes: cerca de 90% das vacinas aplicadas no país são garantidas pelo SUS (Gadelha et al., 2020). Tal resultado é visto como consequência de estratégias de transferência tecnológica que garantiram o fortalecimento da produção nacional de imunizantes, adequando-a aos padrões internacionais. A potência da vacinação brasileira ficou evidente durante a pandemia, destacando-se a atuação do Instituto Butantã e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) diante de uma demanda excepcionalmente elevada.

Deve-se reconhecer que se o PNI apresenta um modelo potencialmente capaz de ser replicado em outras esferas do SUS, a sua própria existência depende das estratégias de financiamento da saúde pública no Brasil. Diante do cenário instituído pelo Teto de Gastos, por exemplo, a pressão sofrida pelo atual modelo mostrou ser incompatível qualquer expansão na direção da saúde pública, universal e gratuita (Rossi e Dweck, 2016). Em agosto de 2023, entretanto, a aprovação do novo arcabouço fiscal, ou Regime Fiscal Sustentável (RFS), apresentou-se como uma nova possibilidade de refletir sobre o futuro do financiamento da saúde brasileira, tendo em vista a retomada de uma trajetória de crescimento real das despesas primárias.

O objetivo deste texto é promover esta reflexão, colocando em perspectiva os cenários que se desenham para o aporte de recursos federais à saúde sob o RFS frente às questões que perpassam a forma como o gasto com saúde no Brasil tem ocorrido e sido financiado. Para promover essa discussão, é inevitável que se recorra à vasta contribuição bibliográfica sobre o tema do gasto e do financiamento da saúde pública no Brasil, mencionando alguns dos principais pontos levantados no âmbito do debate recente. Não se pretende, entretanto, discutí-los com o grau de detalhamento que é característico das análises aqui citadas. O intuito é apenas reconhecer que há questões estruturais que perpassam o debate sobre o gasto federal com saúde, agora sujeito a um novo cenário sob o RFS.

Assim sendo, a seção 2 deste texto oferece breves considerações sobre o financiamento público da saúde no Brasil, ressaltando a formulação do SUS no âmbito da Constituição de 1988 e as limitações associadas à gestão fiscal no que se refere à promoção da saúde como um direito universal no Brasil. Na seção 3, discutimos o gasto em saúde sob uma perspectiva mais ampla, considerando a ampliação das provisões públicas nos anos 2000, mas também destacando a tendência de crescimento do financiamento privado da saúde. Na seção 4, finalmente, voltamos a discutir o gasto federal em saúde pública, tendo em vista as mudanças recentes no arcabouço fiscal brasileiro: o fim do Teto de Gastos e a aprovação do Regime Fiscal Sustentável. Concluimos, na seção 5, com algumas recomendações de política econômica.

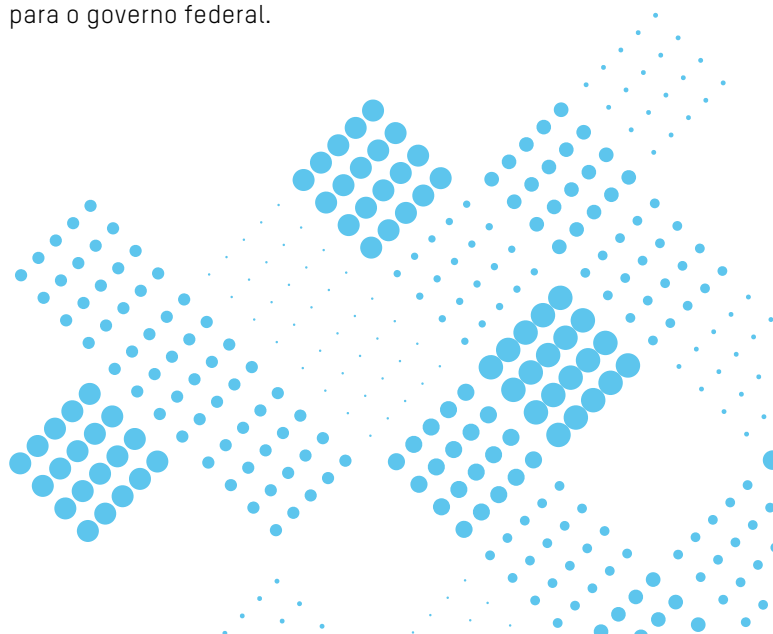
2. BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL

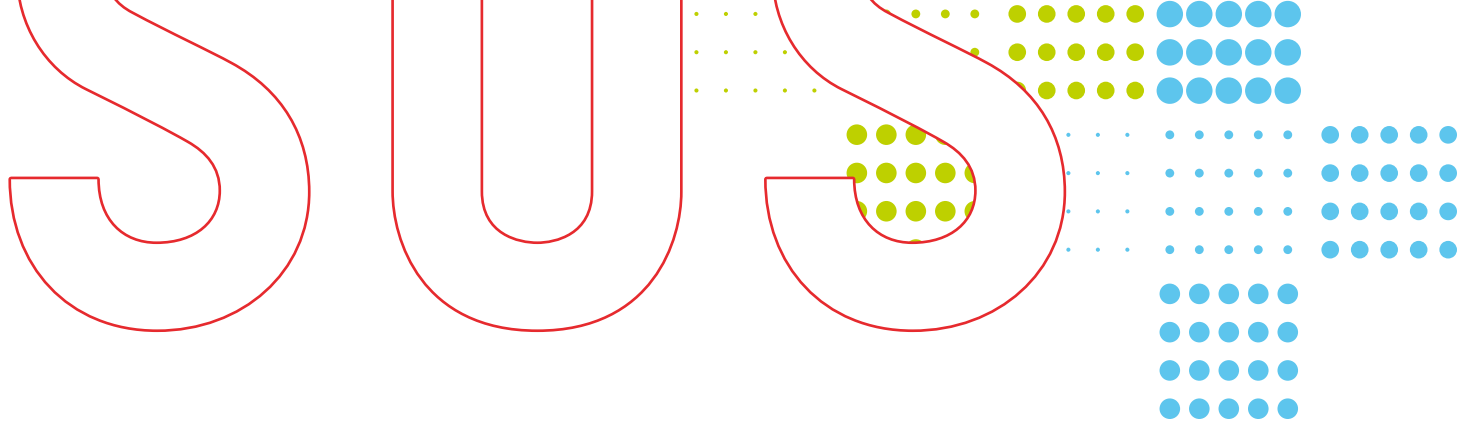
A Constituição de 1988 foi um grande marco para a garantia de direitos básicos para a população brasileira, dentre eles a oferta de saúde pública. Estabeleceu-se, com isso, as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal, Art. 196). Além da universalidade, a saúde passou a integrar a seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social. No entanto, a constituição determinou também a ampliação de outros benefícios sociais além da saúde, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). A disputa por recursos dentro do Orçamento da Seguridade Social (OSS) fez com que a previdência, assistência social e saúde fossem separadas a partir dos anos 2000².

É interessante perceber que o debate fiscal foi central para definir o modelo de provisão de saúde pública que viria a ser constituído a partir do SUS. Por mais que a Constituição de 1988 tenha definido o grau de importância do SUS na mitigação das desigualdades de acesso à saúde, já estavam presentes elementos que, no âmbito fiscal, estabeleceriam limitações à atuação do Estado na construção de um modelo de provisão de saúde público, universal e gratuito. Um exemplo emblemático é que a própria Constituição instituiu a Regra de Ouro, que passou a permitir a emissão de dívida pública somente para o pagamento de despesas com capital. Isto é, as despesas correntes passaram obrigatoriamente a ser cobertas pela arrecadação, impedindo que despesas com saúde fossem custeadas a partir de novas dívidas (Dweck et al., 2021). Outro caso diz respeito à vinculação das

receitas ao orçamento da saúde. Como indicam Servo et al. (2020), era previsto que 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) fosse destinado ao SUS. Tal regra foi vetada em 1994, forçando o Ministério da Saúde a emprestar recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Em maio de 2000, entrou em vigor a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que estruturou a forma contemporânea de gestão de recursos do Estado brasileiro. A LRF foi concebida em um contexto de consolidação do processo de controle inflacionário e, portanto, refletiu as premissas que perpassavam o plano de estabilização. Em relação ao governo federal, ela determinou o estabelecimento de diretrizes orçamentárias e de uma meta de resultado primário na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), gerindo o orçamento do ano seguinte de maneira a cumprir o previsto na LDO. Na prática, seu efeito foi redirecionar o debate acerca do papel do Estado brasileiro para a necessidade de garantir o equilíbrio fiscal (Dweck et al., 2021). Servo et al. (2020) chamam a atenção para o impacto que a LRF produziu sobre a saúde. Em seu âmbito, foi instituída a prática da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que permite que 30% do OSS (antes de 2016 era 20%) seja subtraído do financiamento da saúde, da previdência e da assistência e seja alocado em outras despesas. A prática autorizada pela DRU teve origem no contexto do Plano Real como forma de assegurar superávits para o governo federal.





No mesmo ano em que se estabeleceu a LRF, aprovou-se a Emenda Constitucional nº 29, de setembro de 2000. A EC 29/2000 foi um marco importante para o financiamento do SUS, estabelecendo percentuais mínimos a serem aplicados pela união, estados e municípios na área da saúde (Paim, 2008). No caso dos estados, o piso é de 12% das receitas com impostos mais transferências da União, líquido de transferências aos municípios. Para os municípios, por sua vez, o percentual mínimo é de 15% da receita com impostos e transferências. No caso da União, estabeleceu-se uma regra de vinculação de gastos atrelada ao crescimento nominal do PIB dos dois anos anteriores. Em março de 2015, contudo, a Emenda Constitucional 86 (EC 86/2015) alterou a regra de vinculação de recursos da União definida pela EC 29/2000, estabelecendo um piso que também ficaria atrelado às receitas: definiu-se porcentagens crescentes da receita corrente líquida (RCL), começando em 13,2% em 2016, até chegar em 15% em 2020³. Apenas o valor de 2016 foi cumprido, contudo, já que tal EC foi suspensa com o Teto de Gastos.

Ao mesmo tempo que os pisos constitucionais garantiram um financiamento mais estável e autônomo para o SUS, Benevides e Funcia (2023) apontam que o esquema tripartite entre os entes federados implica uma contradição. De um lado, há o princípio do acesso universal que descentraliza as ações e serviços em cada esfera de governo; de outro, um modelo de financiamento que, pelo lado da arrecadação, acaba atribuindo maior centralização à União. Utilizando dados de 2017, Silveira et al. (2021, ver Tabela 16) indicam que as despesas federais correspondem a cerca de 43% do gasto total com saúde, sendo dois terços deste gasto direcionado para estados e municípios. Por outro lado, as fontes de financiamento diretamente associadas à saúde são 56% federais, 32% estaduais

e 11% municipais. A execução do gasto público em saúde, portanto, está associada à seguinte distribuição, aproximadamente: 16% no âmbito federal, 33% no âmbito estadual e 52% no âmbito municipal. Por fim, vale destacar o levantamento feito pelos autores acerca dos principais tributos que financiam o gasto público em saúde no Brasil: ICMS (27,2%), PIS-Cofins (25,7%), IR (16,2%) e CSLL (11,7%). Mais ilustrativo, no entanto, é reconhecer que 60,3% desse financiamento tem origem na tributação indireta e 36,3% na tributação direta, indicando que há espaço fiscal para ser explorado no lado da renda e da propriedade.

Por fim, importa destacar que há uma tendência recente de descentralização dos recursos de financiamento do SUS, o que também implica uma maior participação dos estados e municípios nesta tarefa. Há importantes questões relacionadas a esse processo, sendo a principal delas o crescente impacto sobre a capacidade fiscal dos municípios. De acordo com Servo et al. (2020), as despesas municipais com saúde acabam correspondendo, em média, a 25% das receitas desses entes, um valor bem acima do piso constitucional de 15%. Na prática, a consequência desse fenômeno é um aprofundamento nas disparidades de financiamento da saúde pública no Brasil: regiões com menor capacidade de arrecadar tributos são diretamente prejudicadas, aumentando o risco de desfinanciamento da saúde em localidades com maiores fragilidades socioeconômicas e potencialmente ampliando a desigualdade no acesso à saúde pública. Há consenso de que o Teto de Gastos contribuiu para esse problema na medida em que, ao congelar os gastos primários federais, “impediu a implementação de novos critérios de transferência fundo a fundo, que garantisse que cada ente não perderia recursos em uma eventual mudança” (Benevides e Funcia, 2023, p. 290).

3. PROVISÕES DE SAÚDE NO BRASIL NO SÉCULO XXI: TENDÊNCIAS E DIAGNÓSTICOS

Os pisos constitucionais e a conjuntura econômica favorável dos anos 2000 permitiram com que os gastos públicos com saúde assumissem uma trajetória crescente nas últimas décadas. O total de gasto da União com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) cresceu, em termos reais, 89,3% no acumulado entre 2003 e 2017, enquanto os estaduais e os municipais cresceram 130% e 168,7%, respectivamente, no acumulado neste mesmo período. Como proporção do PIB, contudo, os gastos provenientes da União se mantiveram constantes, e grande parte da expansão se deu a partir dos Estados e municípios (Piola et. al. 2018).

Apesar de notável, a expansão do gasto público em saúde no Brasil não foi suficiente para reverter uma característica estrutural das despesas totais com saúde: há uma predominância do gasto privado em comparação ao gasto público. Segundo informações da Conta-Satélite de Saúde do IBGE, o montante total médio despendido com bens e serviços de saúde no Brasil (incluindo o governo, as famílias e as instituições sem fins lucrativos) foi de 8,7% do PIB entre 2010 e 2019. Este representa um valor similar à média de países da OCDE obtida para o ano de 2019 (8,2%). Em termos per capita, entretanto, foi 77% menor no caso brasileiro (Ipea, 2022). Se considerados os diferentes regimes de financiamento (público e privado), a distin-

ção também é significativa: dos 8,7% do PIB, a média brasileira para 2010-2019 aponta 5% das despesas associadas ao regime privado e 3,7% associadas ao regime público. Na OCDE, para 2019, essa média foi de 2,1% e 6,1%, respectivamente. Como apontam Silveira e Gaiger (2021, p.114), esse fenômeno é uma particularidade brasileira, em comparação tanto com países de renda alta quanto de renda média: “o único país de gasto per capita superior ao brasileiro em saúde que tem uma participação inferior do gasto público é a Suíça”.

As Contas SHA (*System Health Accounts*), disponibilizadas pelo Ipea (2022), indicam que essa predominância do gasto privado se fortaleceu ao longo dos últimos anos. Entre 2015 e 2019, o crescimento acumulado real das despesas com saúde foi consideravelmente maior nas categorias associadas ao regime de financiamento privado: saúde suplementar e gastos diretamente incorridos pelas famílias (Tabela 1). Para todos os períodos após 2016, o aumento nas despesas públicas com saúde foi menor do que em ambas as categorias associadas ao regime privado de financiamento. Não surpreende, portanto, que a participação do regime público tenha se movido de 43,5% do total de gastos com saúde em 2015 para 40,9% em 2019. O privado, por sua vez, expandiu de 56,5% para 59,1% desse total.

TABELA 1. VARIAÇÃO EM VOLUME DOS GASTOS COM SAÚDE DE ACORDO COM OS REGIMES DE FINANCIAMENTO (%)*

Regime de financiamento		2015 2016	2016 2017	2017 2018	2018 2019	Média acumulada 2015 - 2019
Público	Governamental (SUS e outros)	-0,6	2,3	2,4	1,1	1,3
Privado	Planos e Seguros de Saúde	4,5	2,8	4,2	1,8	3,3
	Pagamento do bolso das famílias	-0,9	2,7	5,1	4,7	2,9

* O SUS correspondeu, em média, a 92,2% dos gastos associados ao regime público de financiamento no período.

Fonte: Retirado e adaptado de Contas SHA (Ipea, 2022).

Viacava et. al. (2018) revisam a trajetória do acesso e da oferta de saúde desde a criação do SUS até 2017⁴. Os autores concluem que a expansão de serviços públicos de saúde se deu especialmente na área de atenção básica, que tem como principal responsável o aumento de Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁵. Na rede privada, os estabelecimentos com maior crescimento foram as clínicas. O acesso a serviços de saúde também apresentou um aumento nos últimos 30 anos, especialmente na área de prevenção e controle. O percentual de financiamento público a tais atendimentos, contudo, diminuiu consideravelmente, saindo de 70% em 1981 para 61,7% em 2013, segundo dados combinados da PNAD e PNS (Viacava et. al., 2018). No que tange às internações hospitalares, a maioria ainda era coberta pelo sistema público, porém este percentual também apresentou tendência de queda nos últimos anos, saindo de 81,5% em 1981 para 67,4% em 2013.

Os dados das Contas SHA oferecem um panorama quantitativo dos recursos associados a essa oferta de saúde, a depender do tipo de regime de financiamento. A Tabela 2 mostra que, em termos nominais, o gasto governamental com saúde pública cresceu menos do que os gastos privados (nas duas modalidades), entre 2015 e 2019. Destaca-se que as atividades de prevenção, promoção e vigilância consistem na única categoria em que o crescimento das despesas foi maior no âmbito do governo. Em contraste, a saúde suplementar viu ampliar significativamente seus gastos com medicamentos, categoria cuja importância da provisão governamental reduziu. É interessante ainda destacar o tamanho do crescimento da saúde suplementar relacionada aos cuidados de longo prazo. Essa categoria informa sobre a necessidade de cuidados e tratamentos mais duradouros e tem relação com o envelhecimento da população.

TABELA 2. CRESCIMENTO NOMINAL MÉDIO DOS GASTOS EM SAÚDE POR FUNÇÃO E REGIME DE FINANCIAMENTO (%), 2015 A 2019

Função	Regimes governamentais	Plano de saúde e outros regimes	Pagamento direto do bolso das famílias	Total
Atenção curativa	6,7	9,8	8,5	8,0
Atendimentos de reabilitação	6,4	3,1	6,4	5,0
Cuidados de longo prazo	2,2	16,7	6,4	9,3
Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	6,7	9,9	5,3	7,9
Medicamentos e artigos médicos	-2,5	18,2	8,2	7,0
Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde	6,3	4,9	4,1	6,1
Gestão e regulação do sistema de saúde	4,9	5,9	0,0	5,5
Outras atividades de saúde não classificadas	3,4	6,8	0,0	7,7
Todas as funções	5,8	9,2	8,1	7,5

Fonte: Retirado e adaptado de Contas SHA (Ipea, 2022).

A importância da relação público-privado na saúde fica evidente quando se analisa a trajetória de construção e utilização dos hospitais. A prevalência de hospitais privados se manteve ao longo dos anos e, em 2017, apenas 35,8% dos hospitais do Brasil eram públicos. Os hospitais privados aumentam sua participação em centros bem conectados com os demais setores da economia, isto é, “em espaços com melhores possibilidades de sustentabilidade e retorno” (Viacava et. al., 2018, p. 1753). Desse modo, a expansão das unidades públicas se limita à esfera municipal, com hospitais de pequeno e médio porte, além da criação de leitos em hospitais maiores (Braga Neto et al., 2008, Viacava et. al., 2018).

Ainda que a maioria dos hospitais no país seja privada, sua utilização pode ser feita através do serviço público de saúde. Isto é, o SUS detém leitos dentro de hospitais privados. Entre 2006 e 2017 diminuiu a participação de atendimentos em hospitais exclusivamente privados ou exclusivamente públicos, demonstrando a crescente articulação entre público e privado com o

aumento de “atendimentos mistos”. Esse fato chama atenção quando se considera o impacto orçamentário que a atenção curativa hospitalar e ambulatorial representa para o SUS. Em 2019, 64% das despesas do SUS estavam voltadas para atenção curativa, sendo 25,2% associadas à internações gerais e 37,3% a atendimentos ambulatoriais.

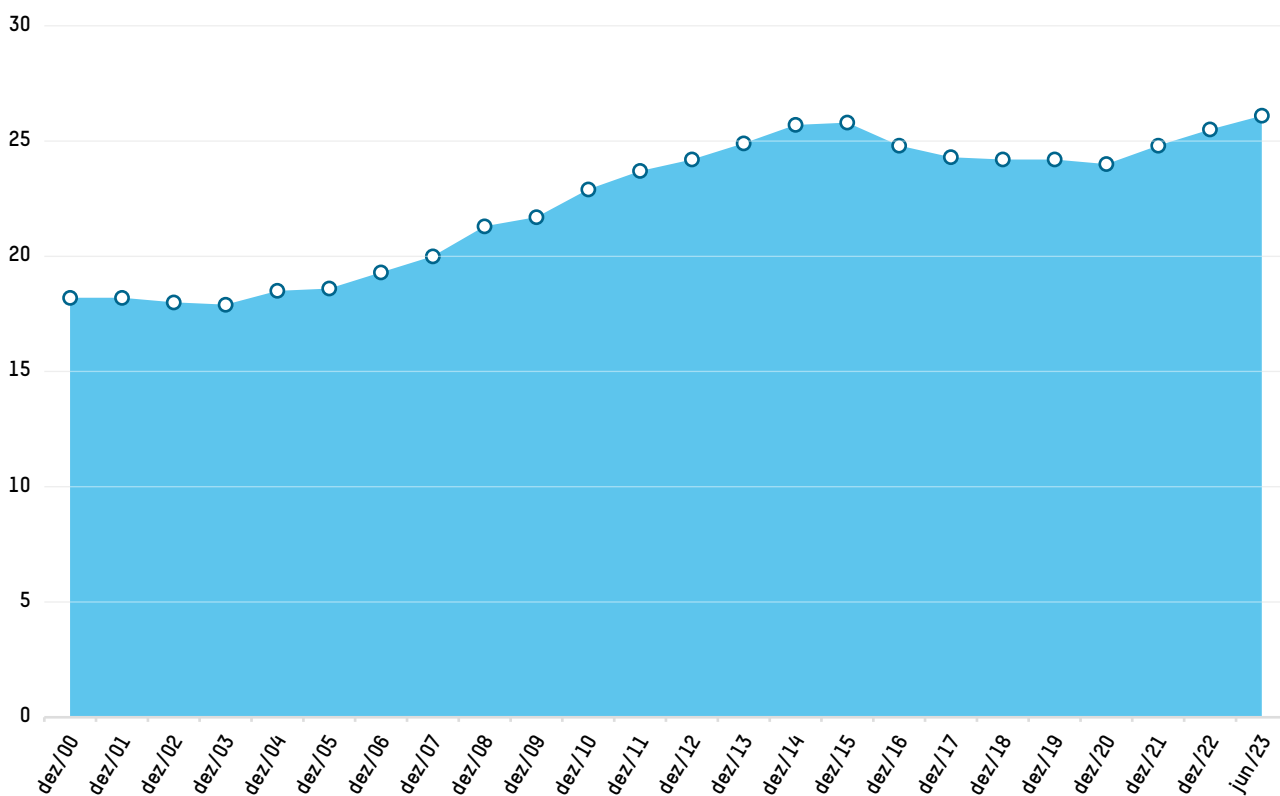
A queda do atendimento e do financiamento público indica que ainda que se tenha a expansão do SUS, ela é insuficiente para atender as necessidades crescentes por serviços de saúde da população. Como aponta a Tabela 1, tal *gap* na oferta pública de saúde parece ter sido, em parte, coberta pela ampliação dos seguros de saúde privados. É preciso reconhecer, todavia, as contradições fundamentais desse processo: Silveira e Gaiger (2021) destacam o papel central que a reivindicação dos trabalhadores organizados (metalúrgicos, bancários, petroleiros) e dos servidores públicos por coberturas de plano de saúde teve na estruturação dessa realidade.



A dependência de várias famílias brasileiras em relação aos seguros de saúde gera uma relação contrária entre a demanda por serviços públicos de saúde e a capacidade de oferta destes serviços. Uma vez que parte dos seguros são obtidos pelas famílias a partir do emprego formal, em momentos de crise econômica a dependência do SUS aumenta, ao mesmo tempo em que a arrecadação e, conseqüentemente, o financiamento diminuem⁶. Dito de outra maneira, uma crise econômica leva a uma queda na cobertura por

planos de saúde, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), aumentando a demanda por serviços públicos. Isso é o que mostra a Figura 1: a taxa de cobertura de planos de saúde vem aumentando ao longo dos anos, contudo, a partir de 2015, quando o Brasil entra numa crise econômica, a taxa de cobertura apresenta uma queda, interrompida no ano de 2020 – possivelmente devido à pandemia de COVID-19.

FIGURA 1. TAXA DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL, DADOS PARA DEZEMBRO DE 2000 A 2022. (%)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Para além de uma especificidade nacional, é preciso destacar que a predominância e a expansão relativa das despesas privadas com saúde configuram-se como um problema na medida em que produz impactos substantivos na desigualdade. Comparado a sistemas de saúde públicos de outros países, o SUS é único no mundo em termos de acesso integral e universal à saúde. Em termos quantitativos, ele é majoritariamente responsável pela saúde de 75% da população brasileira (o 25% restante é portador de algum plano de saúde privado) e representa uma provisão de renda não-monetária⁷ com impacto redistributivo significativo (Mendes e Bittar, 2017).

Silveira e Palomo (2021) mostram que 59% das despesas de saúde pública são absorvidas pelos brasileiros situados entre os 50% mais pobres. Majoritariamente, esses gastos referem-se a pagamentos por consultas médicas e despesas relacionadas à hospitalização. Já no caso da saúde privada, sua utilização é concentrada no topo da distribuição: entre as famílias situadas entre os 10% mais ricos, 79,9% possuem seguro ou plano de saúde. No caso dos 10% mais pobres, essa proporção é de 6,8%.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) divulgados em 2019 ajudam a complementar a dimensão da desigualdade associada à dinâmica público-privada na saúde a partir de um recorte de raça e gênero. As Tabelas 3 e 4 apresentam dados da PNS de 2019 sobre a utilização de serviços públicos ou privados de saúde, bem como do uso de planos de saúde. Os dados se referem apenas às pessoas que procuraram algum serviço de saúde no período determinado. Eles permitem observar o peso da importância do serviço público para as pessoas negras no Brasil, mas também a permeabilidade dos planos de saúde, que foram responsáveis por quase 40% dos atendimentos entre brancos e 20% entre negros.

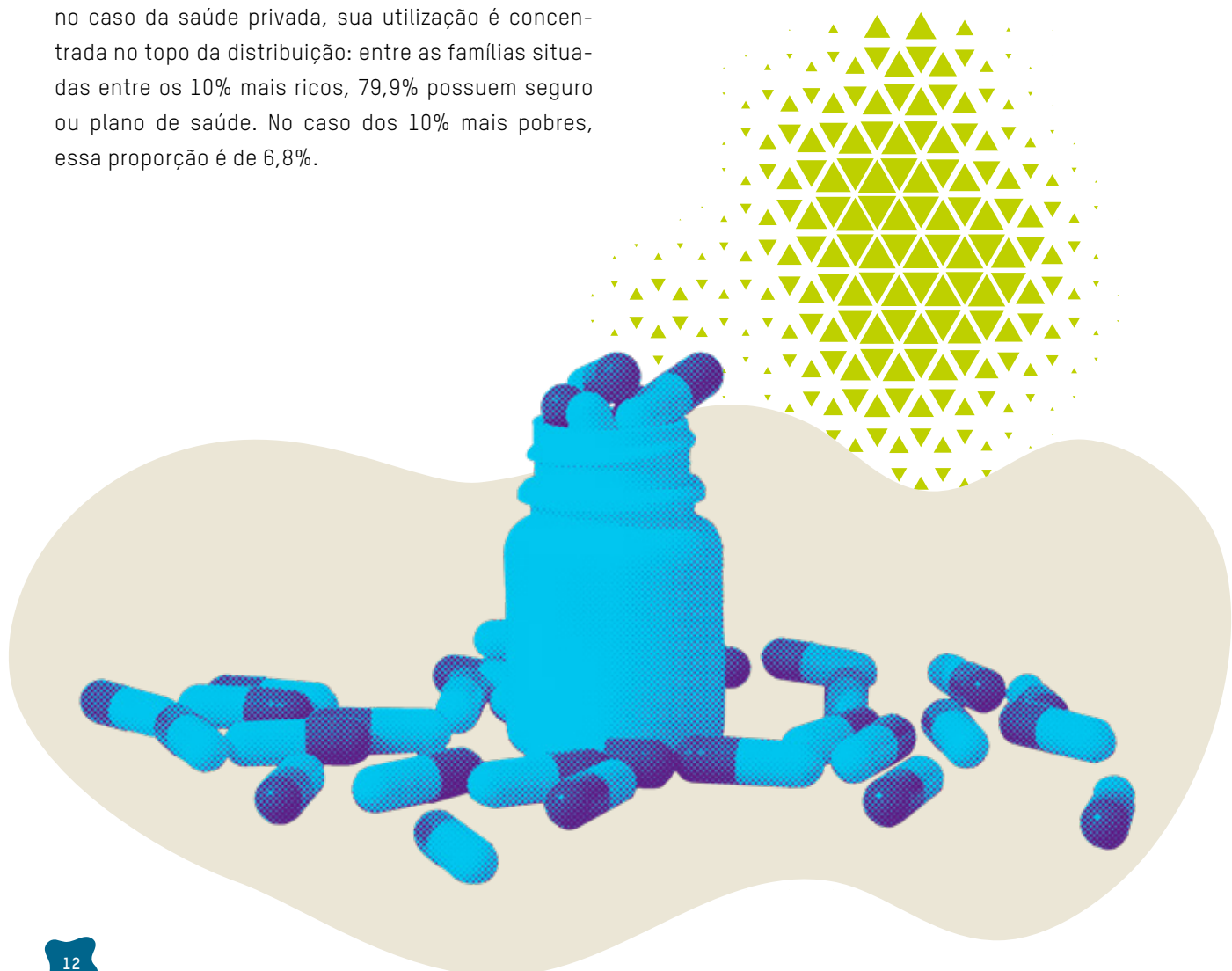


TABELA 3. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE POR RAÇA E GÊNERO*

		Público	Privado
Homens	Branco	48,7%	51,3%
	Pretos e Pardos	69,2%	30,8%
Mulheres	Branca	47,8%	52,2%
	Pretas e Pardas	68,5%	31,5%

* Considera apenas os indivíduos que procuraram atendimento de saúde no período analisado pela PNS.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019)

TABELA 4. UTILIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE POR RAÇA E GÊNERO*

		Com plano	Sem plano
Homens	Branco	37,6%	62,4%
	Pretos e Pardos	20,3%	79,7%
Mulheres	Branca	39,2%	60,8%
	Pretas e Pardas	20,3%	79,7%

* Considera apenas os indivíduos que procuraram atendimento de saúde no período analisado pela PNS.

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019)

Souza Júnior et. al. (2021) analisam as PNS de 2013 e 2019, e mostram que as características da população que utiliza o serviço público se mantêm semelhante entre estes anos: a população de baixa renda e pouco escolarizada é a mais dependente do serviço público, já que 16% das pessoas com ensino fundamental incompleto e apenas 4% da população com renda abaixo de 1 salário mínimo possuem algum plano de saúde, em média.

Diante desse panorama, Silveira e Gaiger (2021, p.159) mostram uma contradição central do modelo de gestão da saúde no Brasil. Quando considerado isoladamente, o gasto público com saúde é progressivo e beneficia os mais pobres; isso muda, entretanto, quando se incorpora a dimensão do gasto privado: "o que de fato torna nosso consumo de bens e serviços de saúde regressivo, diferentemente do que se vê em países desenvolvidos com sistemas universais de saúde, é o peso do gasto privado no gasto total".

No que tange à regressividade, vale destacar o papel cumprido pelos gastos tributários, isto é, renúncias e subsídios fiscais destinados às pessoas físicas e jurídicas associados às despesas com saúde. De acordo com Silveira e Gaiger (2021), este valor seria apropriado integralmente pelos 30% mais ricos da população, sendo essa concentração uma consequência do próprio pacto fiscal realizado no âmbito da Constituição de 1988: as renúncias fiscais representam benefícios para o consumo privado de serviços de saúde “com vistas a mitigar os possíveis efeitos da universalização da provisão de educação básica e de assistência à saúde: pressões fiscais e qualidade dos serviços”. Em outras palavras, sob o risco de um desfinanciamento crônico do SUS, os gastos tributários associados ao consumo privado de saúde garantem o subsídio estatal às camadas mais favorecidas da sociedade brasileira no que diz respeito à provisão em saúde.

Ocké-Reis e Fernandes (2018) indicam que, em média, um terço dos gastos do Ministério da Saúde com ASPS seja destinado aos gastos tributários, o que implicou, entre 2003 e 2015, por exemplo, renunciar a cerca de 330 bilhões de reais em arrecadação. Os autores mostram que o principal componente do gasto tributário em saúde no ano de 2015 eram os abatimentos das despesas médicas da renda tributável da pessoa física (IRPF) (36,1%), seguidos das desonerações fiscais relativas aos hospitais filantrópicos (29,4%), das isenções de Pis-Cofins incidente em medicamentos e produtos químicos (20,5%) e dos abatimentos da assistência médica dos empregados do lucro tributável, isto é, sobre o IRPJ (14%).

Ocké-Reis (2018) destaca que não há limites legais para os gastos tributários com saúde no Brasil, o que reforça uma tendência mundial de ampliação da renúncia fiscal sobre o imposto de renda associada não apenas aos gastos com planos de saúde, mas com profissionais de saúde, hospitais, clínicas e outros serviços. O autor destaca que esse instrumento poderia, em tese, se bem regulamentado e desenhado,

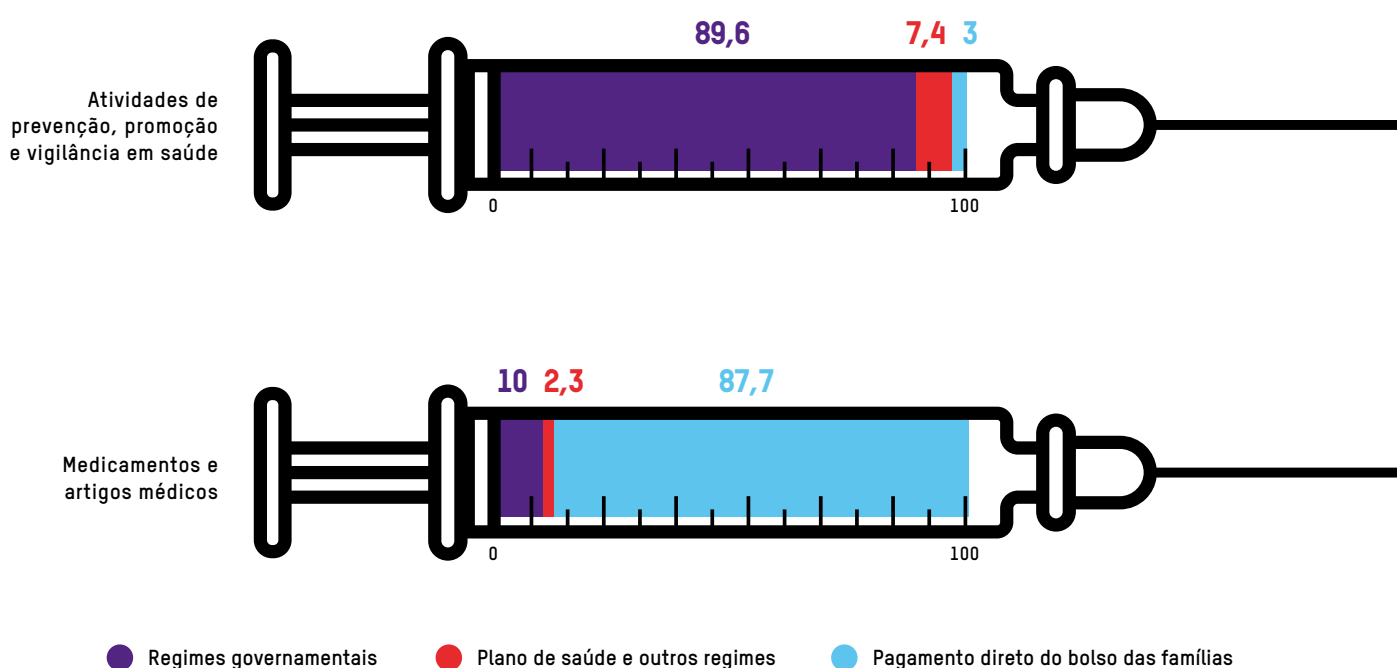
cumprir com os objetivos do setor público relacionados à oferta adequada, ao tempo de espera e aos valores dos serviços de saúde. A avaliação, todavia, é que os gastos tributários reforçam o subfinanciamento do SUS, ampliando a desigualdade no acesso à saúde sem melhorar a qualidade do serviço no SUS, “dado que os usuários de plano de saúde utilizam seus serviços (vacinação, urgência e emergência, banco de sangue, transplante, hemodiálise, serviços de alto custo e de complexidade tecnológica)”, gerando uma espécie de socialização dos custos das operadoras de planos de saúde (Ocké-Reis, 2018, p. 2040).

Por fim, tendo em vista os dilemas aqui apresentados, é interessante retomar o debate apresentado na introdução deste texto acerca da vacinação. Pontuou-se que o SUS é responsável por cerca de 90% da vacinação brasileira e que é possível destacar, dentre os fatores condicionantes dessa particularidade, o incentivo à produção nacional a partir de garantias legais e transferências de tecnologia. Entretanto, dados recentes do PNI apontam tendências potencialmente desestabilizadoras desse cenário, especialmente se consideradas as restrições fiscais. Gadelha et al. (2020) destacam um consistente aumento dos gastos públicos com aquisição de vacinas causado pelo aumento do custo médio da dose. Os autores atribuem esse fato ao aumento do custo internacional das vacinas diante do aumento da complexidade tecnológica em seu desenvolvimento. Nesse sentido, apontam que aumentos no déficit na balança comercial do Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS) brasileiro ao longo das últimas décadas esteve associado, em parte, com os programas de imunização. De fato, as Contas SHA mostram que os gastos com programas de imunização cresceram, em termos nominais, 15,1% entre 2015 e 2019, ficando atrás apenas dos gastos com hospitais para diagnóstico e tratamento (18,4%).

O aumento indicado por Gadelha et al. (2020) pode representar um sinal de alerta para a provisão de saúde pública no Brasil. Os autores mostram que a participação da vacinação no déficit do setor farmacêutico é de 9%, enquanto os medicamentos correspondem a 41% e os fármacos a 42%. Entretanto, como expresso na Figura 2, as Contas SHA mostram

que, enquanto os gastos com medicamentos e artigos médicos recaem fundamentalmente sobre o bolso das famílias, as atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde (nas quais se insere os programas de imunização) são fundamentalmente custeadas pelo gasto governamental⁸.

FIGURA 2. PARTICIPAÇÃO DOS REGIMES DE FINANCIAMENTO POR CATEGORIA, 2019 (%)



Fonte: Retirado e adaptado de Contas SHA (Ipea, 2022).

Tem-se, portanto, que uma trajetória ascendente nos custos de vacinação pode implicar ampliação do custo fiscal relacionada à imunização, podendo não apenas comprometer o PNI, mas também aumentar a competição por recursos interna à gestão da saúde, afetando a participação pública na provisão de outras categorias. Como se verá a seguir, são aspectos como esse que estão colocados no atual debate fiscal, considerando o espaço ocupado pelos gastos públicos com saúde.

4. GASTOS COM SAÚDE E OS REGIMES FISCAIS BRASILEIROS

Ao longo das últimas seções foi possível mencionar algumas das particularidades do gasto com saúde no Brasil: o subfinanciamento do sistema público e a expansão do privado, os problemas relacionados à gestão das receitas e dos gastos entre os entes federados, a distinção da atuação do SUS a depender do tipo de gasto em saúde, o impacto dos custos de insumos importados sobre o setor de saúde brasileiro, entre outros aspectos. A partir dessa discussão, procurou-se ponderar a importância do SUS para a garantia do acesso à saúde no Brasil diante das tendências mais gerais de privatização da saúde. Nesse contexto, é fundamental reconhecer que o crescimento da oferta privada tem como efeito a retração da oferta pública e que isso pressupõe impactos significativos sobre a equidade do acesso à saúde e sobre os níveis de desigualdade.

O processo de desfinanciamento da saúde pública tende a acelerar essas tendências, contribuindo para os efeitos nocivos que elas são capazes de produzir. O que acontece, todavia, é que esse não é um fenômeno recente e, como visto na seção 2, está fundamentalmente relacionado à gestão da política e da institucionalidade fiscal: “a implantação dos direitos sociais [a partir da Constituição de 88] conviveu com a construção de um arcabouço fiscal definido a partir de determinações teóricas baseadas na visão de regras fiscais rígidas e com baixa discricionariedade” (Dweck et. al, 2021, p. 242). Ainda que as mudanças recentes na provisão de saúde no Brasil tenham causas estruturais relacionadas à dinâmica econômica, seria errôneo dispensar o papel cumprido pelas regras fiscais - Regra de Ouro, LRF e, mais recentemente, o Teto de Gastos - nesse processo.



TETO DE GASTOS

Ao estabelecer que todos os gastos passariam a crescer apenas com a inflação, o Teto de Gastos congelou as despesas públicas com saúde nos valores de 2017, em termos reais, gerando uma quebra no crescimento do gasto com o SUS. A pandemia de Covid-19, contudo, levou à necessidade de rápida expansão nos gastos com saúde pública, que só foram permitidos devido à suspensão temporária das regras fiscais a partir do decreto de calamidade pública. Tais suspensões, contudo, valeram apenas até dezembro de 2020. Ainda que várias medidas de contenção à pandemia e de promoção de vacinação tenham continuado em 2021, a retomada das regras fiscais levou a trajetória de financiamento do SUS de volta à queda. A pandemia de Covid-19 não parece ter transformado o modelo de financiamento e a visão acerca da provisão de saúde pública no Brasil.

Atentando para a sustentabilidade do financiamento à saúde, Rocha et. al. (2021) estimam um aumento do gasto com saúde como proporção do PIB no Brasil até 2060, considerando as projeções demográficas e de crescimento econômico. No cenário base, a necessidade de financiamento de gastos com saúde seria de 10,8% do PIB em 2030, 12% em 2045 e 12,5% em 2060, isto é, um aumento de 0,71% ao ano. Para o regime público, no cenário base⁹, a necessidade de financiamento seria de 4,5% do PIB em 2030, 5,1% em 2045 e 5,3% em 2060, implicando um crescimento relativamente acima da média, de 0,74% ao ano, e um aumento total de 1.44 pontos percentuais em comparação ao total gasto em 2017 (3,9% do PIB). Além disso, considerando a projeção de crescimento populacional, o gasto público necessário per capita em saúde estimado seria 2,7 vezes maior do que o atual.

Como apontam Rocha et. al. (2021), tais projeções se referem à necessidade de financiamento da saúde e mostram que, dados os valores para a projeção populacional e crescimento do PIB, tal expansão não é inerentemente insustentável, visto que a trajetória estimada segue uma tendência similar à observada na série histórica. Porém, a execução do gasto em si dependerá de fatores políticos e econômicos que afetam o orçamento, no caso do gasto público. No contexto do Teto de Gastos, Rocha et. al. (2021) demonstram a incapacidade de expansão do SUS, possivelmente incorrendo em um aumento do acesso desigual à saúde, com a retomada de um modelo majoritariamente privado pré-Constituição de 1988.

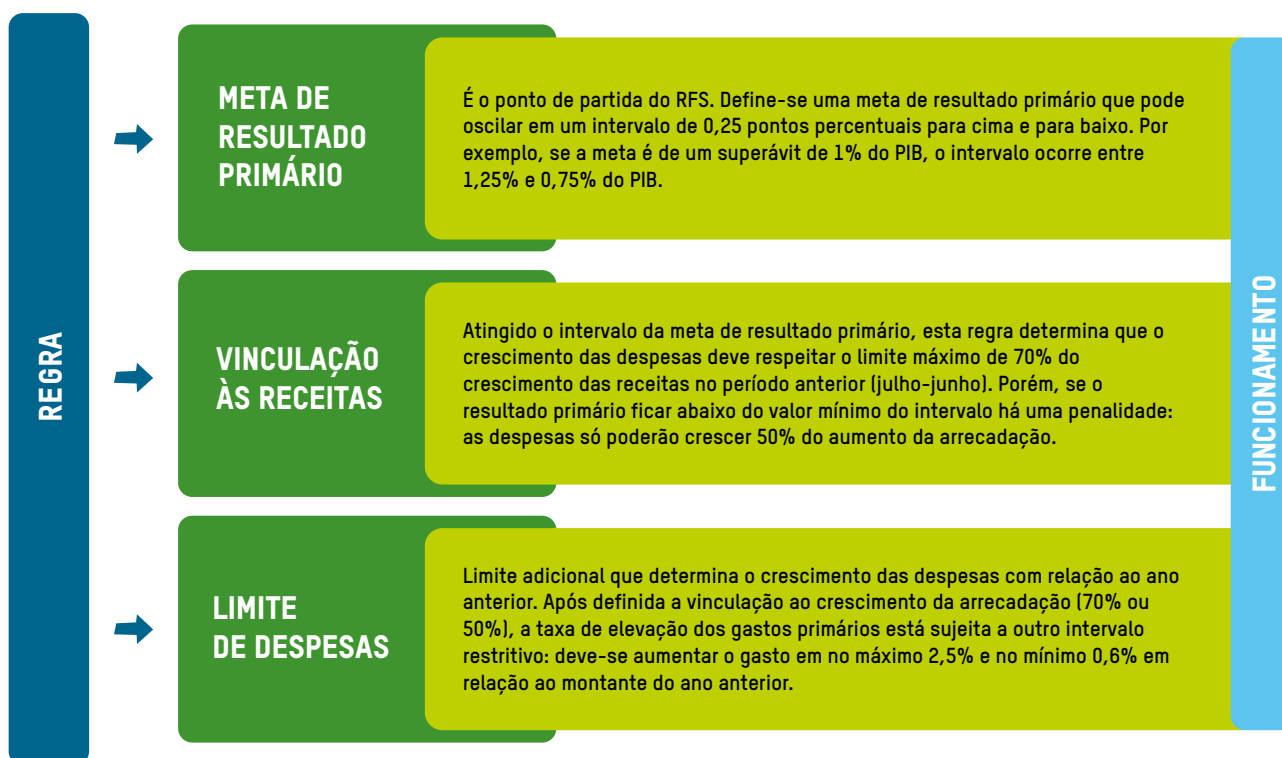
Já em sua origem, a inviabilidade do Teto de Gastos estava posta e, ainda que alguns discordassem da necessidade de substituição da regra antes da Covid-19, a pandemia reforçou a impossibilidade de manutenção de uma regra fiscal tão rígida. Com o novo regime fiscal, aprovado em 23 de agosto de 2023, há uma perspectiva de retomada do crescimento real do gasto público com saúde. Contudo, questiona-se a capacidade de esse crescimento recompor as perdas do passado e garantir uma expansão efetiva no futuro. Na subseção a seguir, discute-se de forma mais detalhada as possibilidades que estão postas às despesas com saúde pública no âmbito do governo federal diante do novo arcabouço fiscal.

NOVO ARCABOUÇO FISCAL: MUDANÇAS À VISTA?

O novo arcabouço fiscal foi denominado Regime Fiscal Sustentável (RFS). O RFS consiste em uma meta de resultado primário e em uma regra de gasto vinculada às receitas. A regra propõe uma banda para a meta de resultado primário, que passa a permitir um desvio de até 0,25 pontos percentuais para mais e para menos da meta de resultado primário, como proporção do PIB, determinado na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Assim, caso o resultado primário no ano anterior fique acima do limite superior da banda, o gasto primário poderá crescer em até 70% do crescimento das receitas no ano anterior, em termos reais. Se o resultado primário ficar abaixo do limite inferior da banda, o crescimento dos gastos fica limitado a 50% do crescimento das receitas no ano anterior, e outros gatilhos de limite ao crescimento de gasto com os servidores públicos são acionados¹⁰.

A regra adiciona, ainda, um mecanismo anticíclico a esta regra de gasto, que autoriza um crescimento máximo das despesas primárias de 2,5% e um crescimento mínimo de 0,6%, em termos reais. Isso significa que, se a arrecadação diminuir, ou seja, se as receitas apresentarem decréscimo garante-se, ainda assim, um crescimento mínimo real dos gastos primários. Por outro lado, se a arrecadação assumir um ritmo de expansão acelerado, determina-se um limite superior para o crescimento dos gastos primários, evitando um movimento cíclico.

REGIME FISCAL SUSTENTÁVEL (RFS)



Fonte: Elaboração própria com base no RFS.

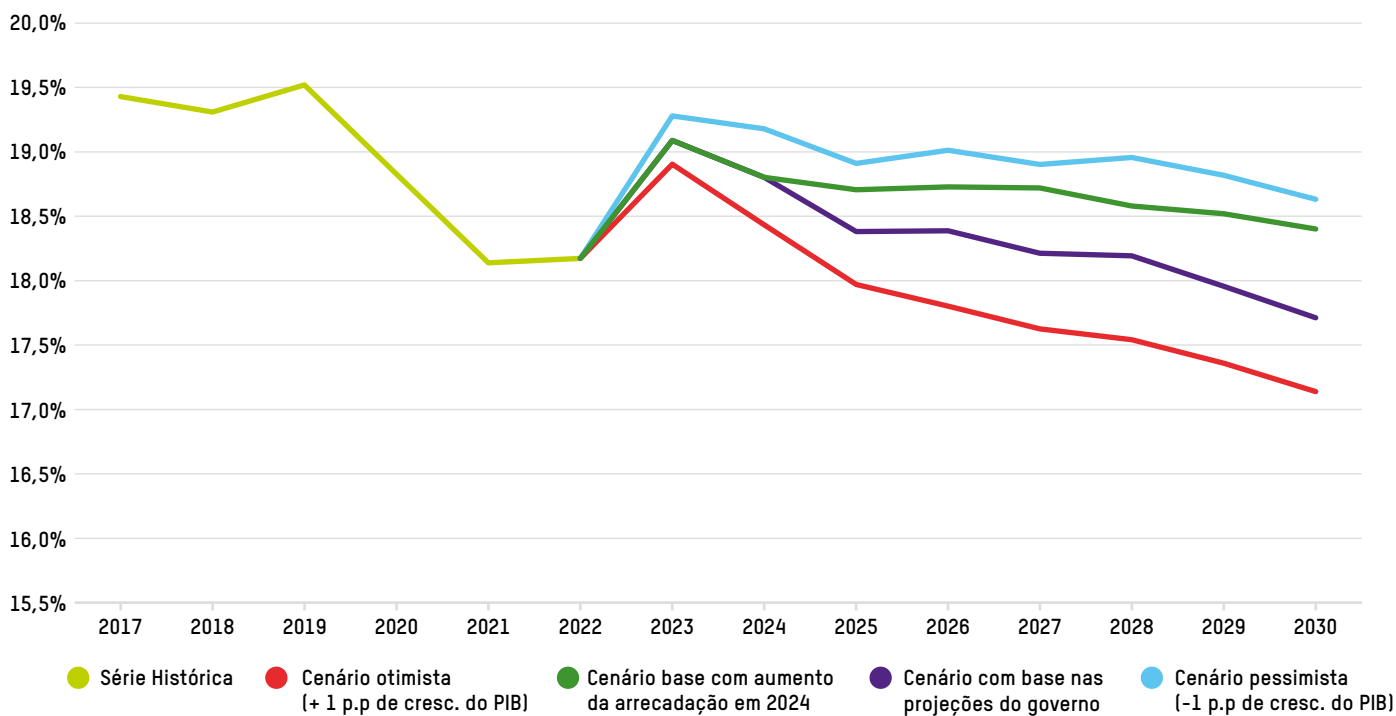
Além de modificar o regime fiscal do país, impondo o fim do Teto de Gastos (EC 95/2016), o novo arcabouço também estabelece novos parâmetros para o investimento público. A regra prevê um espaço mínimo no orçamento para o investimento de 0,6% do PIB do ano anterior. Além disso, se o resultado primário for superavitário e ficar acima do limite superior da banda da meta de resultado primário, 70% deste “excedente” pode ser utilizado para novos investimentos no ano seguinte – e tal gasto não entra no cálculo de resultado primário. Esse gasto com investimento também possui um limite superior de 0,25% do PIB.

Brenck et. al. (2023) chamam atenção para a importância do investimento público para a geração de renda, arrecadação e, conseqüentemente, maiores gastos. O piso do investimento garante um crescimento real do investimento quando o PIB também cresce. Devido ao alto efeito multiplicador do investimento, o crescimento do investimento gera renda e, consequen-

temente, arrecadação suficientes para evitar que o investimento público se torne parte da disputa por espaço dentro do orçamento primário.

Usando as projeções para o crescimento do PIB para os próximos anos feitas pela Secretaria de Política Econômica (SPE) e considerando cenários otimista (+ 1 ponto percentual na taxa de crescimento), pessimista (- 1 ponto percentual na taxa de crescimento) e com aumento da arrecadação de R\$ 150 bilhões de reais a partir de 2024, conforme intenção já indicada pelo Governo, Brenck et. al. (2023) mostram que, em todos os cenários, a tendência é haver uma queda na participação do gasto público primário em proporção ao PIB. Tal trajetória tende a ser ainda mais acentuada no cenário otimista, tendo em vista o limite superior de 2,5% para o crescimento real da despesa¹¹. Isso significa que, ainda que se garanta um crescimento mínimo real da despesa pública, o RFS também implica uma diminuição do tamanho do Estado.

FIGURA 3. PROJEÇÃO DA DESPESA PRIMÁRIA COMO PROPORÇÃO DO PIB ATÉ 2030
(incluindo o investimento por excesso de resultado primário)*



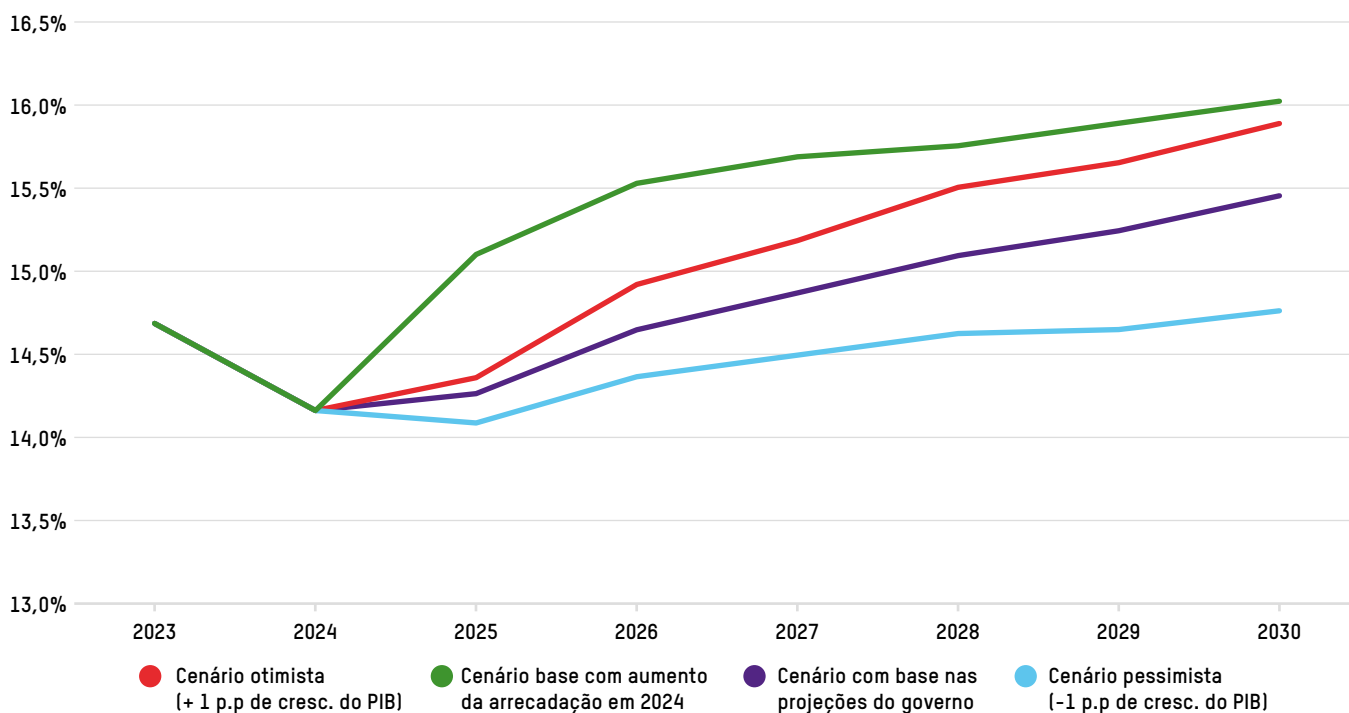
* valores da simulação em que se considera o efeito multiplicador do investimento público. A metodologia da simulação é aquela proposta por Brenck et. al (2023), porém com as mudanças aprovadas na câmara, sendo a principal dela a exclusão do FUNDEB das despesas primárias sujeitas à regra.

Como mencionado anteriormente, sob a Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), os pisos constitucionais do gasto público federal com saúde deixaram de ser válidos e tais gastos seguiram a mesma regra da despesa primária total: seu valor só poderia ser corrigido pela inflação. A garantia de um crescimento real mínimo das despesas primárias sob a nova regra possibilita a retomada dos pisos constitucionais. Contudo, mesmo que o aumento do investimento público contribua para o crescimento do PIB, a nova regra fiscal opera em uma lógica de gasto abaixo da receita, isto é, há dois limites impostos à ampliação das despesas: os 70% (ou 50%) do crescimento da arrecadação e o teto de 2,5% de crescimento dos gastos em relação ao ano anterior. Por isso, por mais que o investimento não necessariamente dispute por espaço no orçamento nas simulações de Brenck et. al. (2023), ele tampouco cria espaço suficiente para evitar conflitos entre os outros gastos obrigatórios. Assim, quando se tem gastos que devem crescer na mesma medida que a

arrecadação (ou que o PIB), **projeta-se uma situação possivelmente conflituosa: ou será necessário priorizar alguns gastos frente a outros, ou os pisos deverão ser revistos como forma de liberar espaço para gestão fiscal interna ao orçamento federal.** Essa parece ser a situação que se desenha para o gasto com saúde pública nos próximos anos sob o RFS.

Na Figura 4, abaixo, usamos o piso constitucional da saúde do governo federal, de 15% de receita¹², para simular o espaço orçamentário nas projeções de gasto realizadas por Brenck et. al. (2023). Considerando um cenário em que o crescimento da despesa primária total equivale a 70% do crescimento da receita, têm-se que o cumprimento do piso constitucional da saúde ocupa espaço crescente nas despesas primárias sujeitas à regra. Na realidade, quanto maior a taxa de crescimento do PIB – e, conseqüentemente, da arrecadação – maior o espaço ocupado pelo gasto com saúde na despesa primária.

FIGURA 4. SIMULAÇÃO: PERCENTUAL DA DESPESA PRIMÁRIA TOTAL SUJEITA À REGRA DESTINADA AO PISO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE* (% DO GASTO)

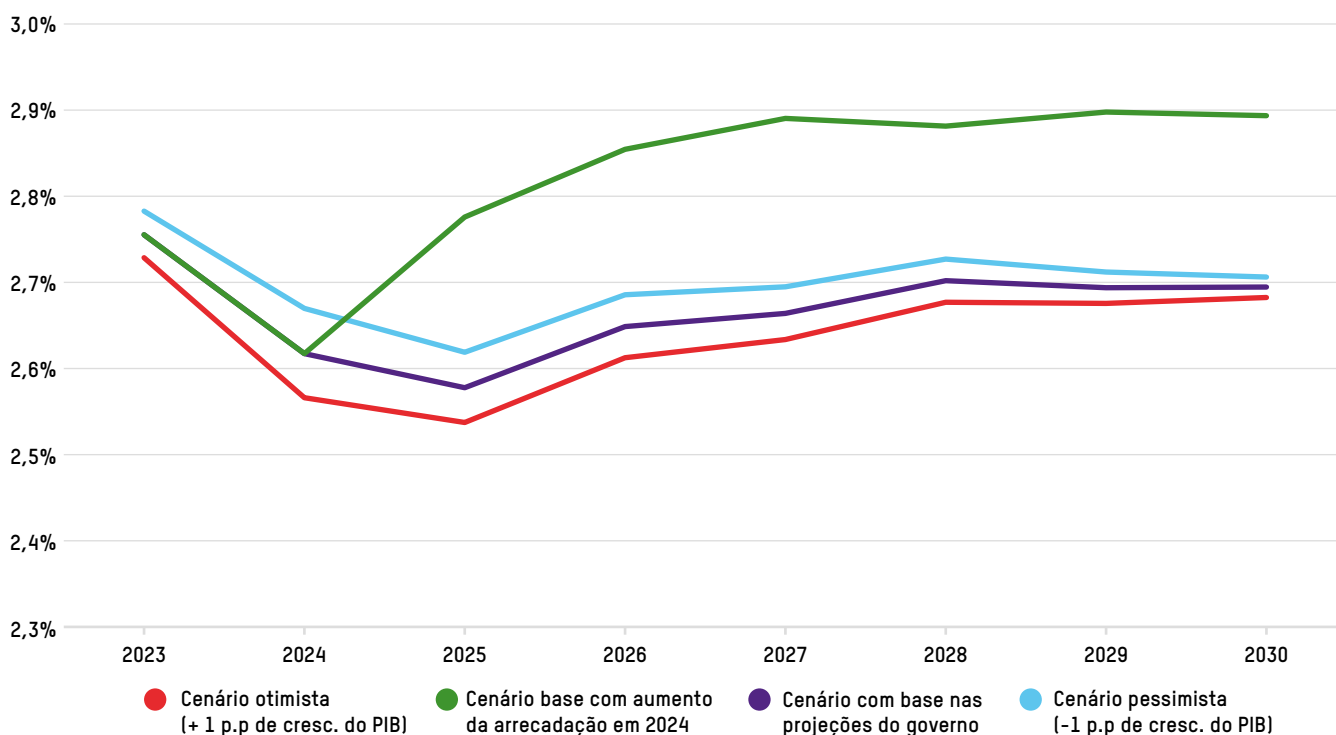


* valores da simulação em que se considera o efeito multiplicador do investimento público. A metodologia da simulação é aquela proposta por Brenck et. al (2023), porém com as mudanças aprovadas na câmara, sendo a principal dela a exclusão do FUNDEB das despesas primárias sujeitas à regra.

Já na Figura 5, mostramos o quanto a retomada do piso constitucional da saúde representaria de gasto da União como proporção do PIB, caso ele seja mantido. Percebemos que a vinculação às receitas faz com que este percentual se mantenha relativamente constante. Tal resultado é consequência das hipóteses feitas em nossa simulação, na qual o aumento da arrecadação responde ao crescimento do PIB.

Contudo, como mencionamos anteriormente, de fato a participação da União nos gastos com saúde tem se mantido relativamente constante desde a implementação da EC 29/2000, deixando para estados e municípios a responsabilidade de ampliar tal gasto, além do aumento dos gastos privados e com planos de saúde.

FIGURA 5. SIMULAÇÃO: PISO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB*



* valores da simulação em que se considera o efeito multiplicador do investimento público. A metodologia da simulação é aquela proposta por Brenck et. al (2023), porém com as mudanças aprovadas na câmara, sendo a principal dela a exclusão do FUNDEB das despesas primárias sujeitas à regra.

Retomando as projeções de Rocha et. al. (2021), enfatiza-se a noção de que mesmo com o fim do Teto de Gastos e a volta dos pisos constitucionais, o financiamento da saúde pública continuará altamente dependente dos estados e municípios, já que as transferências constitucionais e aos fundos de saúde estão fora da despesa sujeita à regra. Como mencionamos anteriormente, isso possivelmente reforça as disparidades de financiamento da saúde pública no Brasil, tendo em vista as desigualdades regionais e

diferentes capacidades de arrecadação. Além disso, frente ao RFS, o debate acerca do papel da União no financiamento da saúde parece seguir o caminho oposto: a discussão de se repensar os pisos constitucionais federais da saúde e educação já está sendo feita no governo. Discutimos algumas das propostas na próxima seção, juntamente com recomendações de política econômica para ampliar o financiamento da saúde pública.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICA

Como visto, a conjectura acerca da trajetória das despesas primárias do governo federal no âmbito do RFS, em vigor a partir de 2024, indica que os pisos constitucionais que regem a saúde pública no Brasil tendem a crescer mais rapidamente do que as despesas primárias totais, ampliando sua participação no orçamento federal e potencialmente pressionando outros tipos de despesa. Além disso, a partir das hipóteses selecionadas, tem-se que o gasto como proporção do PIB na esfera federal não deve ampliar, apontando para uma trajetória estável já verificada ao longo dos últimos anos. Considerados sob um espectro mais amplo de discussão acerca do papel a ser cumprido pelo Estado na redução das desigualdades de acesso à saúde, o RFS resolve alguns problemas recentes (em comparação com o Teto de Gastos), mas também traz certa preocupação em relação às tendências recentes quando se vislumbram proporções mais amplas de financiamento público da saúde que façam frente à expansão do gasto privado. Tendo em vista o cenário exposto, seguem, a seguir algumas recomendações de política a serem consideradas no contexto desse debate sobre as fontes de financiamento do Estado e sua capacidade de gasto, em especial com a saúde.

PISOS CONSTITUCIONAIS

Em entrevista à Folha de São Paulo, o ministro Fernando Haddad já apontou que o plano do governo é discutir uma possível mudança de regra para as despesas obrigatórias no final do ano de 2023¹³. O Tesouro Nacional aponta a inconsistência em se manter os pisos constitucionais de saúde (e educação) com a nova regra fiscal, argumentando, então, pela substituição da vinculação às receitas para os míni-

mos constitucionais de saúde¹⁴. Sugere, assim, que “uma opção em substituição aos atuais indexadores, seria o uso da variação real do limite de despesa, o que implicaria um crescimento mínimo de 0,6% ao ano (e máximo de 2,5%), impossibilitando reduções reais dessas despesas, de forma a diminuir a volatilidade dos recursos aplicados nessas políticas - ou, como outra opção, uma proporção da variação real do limite de despesa”. Viu-se nesse texto que a vinculação com a despesa primária tem como consequência manter a proporção dedicada à saúde, evitando que o conflito dentro do orçamento afete a provisão pública de saúde. A proposta aqui descrita implica uma queda no gasto com saúde em proporção ao PIB, já que este seguiria a mesma trajetória da despesa primária - ver Gráfico 2, aqui reproduzido de Brenck et. al. (2023). Apesar das imperfeições existentes no esquema do piso constitucional, é certo que ele representa uma salvaguarda a investidas mais pesadas de desfinanciamento da saúde pública, como aquela representada pelo Teto dos Gastos. Abrir mão desse mecanismo pode representar um risco de aprofundamento do processo de desfinanciamento do SUS. Ademais, diante das projeções de queda do gasto com saúde pública como proporção do PIB, as opções colocadas para manutenção do gasto total com saúde como proporção do PIB (mantendo o Brasil próximo à média da OCDE) é um maior ônus sobre estados e municípios ou um avanço de provisão da saúde privada. Há risco, portanto, de que haja expansão da participação privada, com potenciais consequências sobre a desigualdade no país. Recomenda-se, portanto, a manutenção de salvaguardas ao gasto público com saúde, ainda que sejam julgadas necessárias remodelações dos pisos ou revisões no RFS.

REFORMA TRIBUTÁRIA, PROGRESSIVIDADE E FIM DOS GASTOS TRIBUTÁRIOS COM SAÚDE

Tendo em vista os pisos constitucionais, a tributação torna-se um ponto chave para compreender o financiamento da saúde pública. Sabe-se que a estrutura tributária brasileira é muito dependente de impostos indiretos, sendo a saúde pública majoritariamente financiada por esse tipo de tributo. Isso faz com que a tributação no Brasil seja regressiva, o que significa que os impostos recaem de forma mais pesada sobre os segmentos mais pobres da população, ampliando desigualdades. No caso da saúde, ela também implica um peso maior dessas pessoas no financiamento da saúde, dado o tamanho destes tributos em relação à renda familiar. Viu-se, conforme Silveira e Palomo (2023), que o gasto público com saúde é redistributivo e, portanto, tem efeito atenuante da desigualdade. Uma eventual queda de participação do Estado na provisão de saúde pública sem alteração da sua estrutura tributária de financiamento tende a reverter esse desenho. Além disso, como brevemente discutido na seção 2, a crescente importância de estados e municípios para o aumento das ações e serviços de saúde acrescenta a dimensão da desigualdade regional, visto que os entes federativos têm diferente capacidade arrecadatória. Desse modo, considerando o debate atual sobre a reforma do sistema tributário brasileiro, é essencial considerar remodelações que confrontem tais desigualdades.

A proposta em análise no Senado, a PEC 45/19, aprovada na câmara em 7 de julho, trata exclusivamente dos impostos indiretos, propondo uma unificação dos cinco tributos sobre o consumo. A decisão de separar a reforma do imposto indireto do direto é um problema quando se pretende aumentar a progressividade do sistema, uma vez que impede que as participações relativas sejam alteradas. Dito de outra maneira, dificulta-se a redução da importância dos impostos indiretos, que são regressivos, frente a um aumento dos impostos diretos, com caráter progressivo. A proposta prevê, contudo, a criação de um fundo de desenvolvimento regional que promete a redução das disparidades arrecadatórias. Gobetti e Monteiro (2023) mostram que a reforma tal como aprovada na Câmara beneficiaria a maioria dos estados (60%) e dos municípios (82%), mesmo sem considerar os potenciais efeitos sobre o crescimento econômico. Tais estados e municípios beneficiados são exatamente aqueles menos desenvolvidos e mais pobres, contribuindo assim para a redução da desigualdade regional. Esse pode ser um caminho interessante para compensar o efeito da descentralização no financiamento da saúde pública sobre as regiões mais necessitadas.¹⁵



Ainda que a reforma tributária seja essencial para aumentar a arrecadação e reduzir as disparidades regionais, vimos que os pisos constitucionais já não se mostravam suficientes enquanto vigentes até 2016, resultando na redução relativa da saúde pública no Brasil, frente à expansão do setor privado. A retomada destes pisos não soluciona o problema de subfinanciamento e é muito menos capaz de corrigir o congelamento dos gastos durante a vigência da EC 95/2016. A expansão para além do piso constitucional, contudo, parece também inviável frente ao RFS. Diante desse cenário questiona-se então a manutenção das regras que ditam o curso das despesas obrigatórias. Idealmente, estaríamos discutindo a reformulação de uma regra que amplie espaço fiscal para o governo. Contudo, se a opção o for por redesenhar as regras para o gasto de saúde, é preciso entender quais serão os novos parâmetros e quais as consequências de tal mudança para quem recebe os serviços públicos de saúde. Nesse âmbito dos redesenhos de política, vale ressaltar que há espaço significativo para uma reforma no imposto de renda que amplie sua participação no financiamento da saúde pública, reduzindo a proporção dos tributos indiretos. Mais ainda, a depender do pacto social formulado em torno da necessidade de maior acesso à saúde, tendo em vista não só a ocorrência da pandemia, mas também cenários futuros de emergências de saúde, pode-se considerar a possibilidade de ampliar a carga tributária brasileira como forma de garantir um maior financiamento à saúde pública no âmbito do RFS. Finalmente, não se pode deixar de destacar a necessidade de reduzir e, potencialmente, eliminar os gastos tributários com saúde. O fim dos subsídios à saúde privada tem condições de aumentar a arrecadação governamental e ampliar, assim, a participação pública na provisão desses serviços, reduzindo a importância dos planos de saúde. Com isso, é também possível esperar impactos significativos sobre a desigualdade.

FORTALECIMENTO DO COMPLEXO ECONÔMICO E INDUSTRIAL DA SAÚDE (CEIS)

Discutimos que há também certa preocupação em relação aos custos dos insumos importados na fabricação de equipamentos, tratamentos, medicamentos e imunizantes, tendo em vista não apenas o impacto fiscal sobre o Estado, mas também o ônus associado às famílias no que diz respeito ao consumo via a partir de recursos próprios. O caso da oferta de vacinação brasileira demonstra o potencial de ampliar o acesso à bens e serviços de saúde que um desenho adequado de política industrial associada ao CEIS pode ser capaz. Espera-se, também, que casos como esse possam contribuir para o crescimento econômico e aliviar as restrições fiscais. Dito isso, é possível considerar o espaço reservado ao investimento público no RFS como um possível caminho para a expansão do CEIS, juntamente com outras políticas que garantam a competitividade da produção nacional de insumos e bens associados à provisão de saúde. Ademais, vale reconhecer o potencial que este segmento pode ter na geração de renda e na ampliação da arrecadação, garantindo, por conseguinte, a expansão dos recursos públicos direcionados ao gasto com saúde.



REFERÊNCIAS

- Benevides, R. P. R., Funcia, F. 2023. Desafios para melhorar a qualidade dos gastos do SUS. In: Ocké-Reis (2023) SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde.
- Braga Neto FC, Barbosa BR, Santos IS. 2008. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;. p. 665-704
- Brasil. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
- Brenck, Clara Zanon; Marques, Pedro Romero; Lima, Gilberto Tadeu; Rodrigues, Lucca Henrique G.; Sanches, Marina da Silva; Cardoso, Dante de Souza; Serra, Gustavo Pereira. (2023) Considerações sobre o regime fiscal sustentável e a importância do investimento público para seu funcionamento. (Nota no 042). MADE/ USP.
- Dain, S. 2001. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e sociedade*, 10(2), 113-140.
- Domingues, C. M. A. S., Maranhão, A. G. K., Teixeira, A. M., Fantinato, F. F. S., & Domingues, R. A. S.. 2020. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, e00222919
- Dweck, E.; Moretti, B.; Melo, M. F. G. C. de. 2021. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. *Cadernos do Desenvolvimento*, 16 (28), 239-265.
- Funcia, F., Bresciani, L. P., Benevides, R., e Ocké-Reis, C. O.. 2022. Análise do financiamento federal do Sistema Único de Saúde para o enfrentamento da Covid-19. *Saúde Em Debate*, 46(133), 263-276.
- Gadelha, C. A. G., Braga, P. S. da C., Montenegro, K. B. M., & Cesário, B. B.. 2020. Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, e00154519.
- Gobetti, S. W e Monteiro, P. K. 2023. Impactos redistributivos da reforma tributária: estimativas atualizadas. IPEA. *Carta de Conjuntura número 60, Nota de Conjuntura número 18*.
- Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2022. Contas de Saúde nas perspectiva da contabilidade internacional: Contas SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-Satélite de Saúde 2010-2019.
- Mendes, J. D. V., e Bittar, O. J. N. V. 2017. O SUS desconhecido. *BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista*, 14(165), 21-23.
- Noronha, K. V., Guedes, G. R., Turra, C.M., Andrade, M. V., Botega, L., Nogueira, D., Calazans, J. A., Carvalho, L., Servo, L. Ferreira, M. F. 2020. Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, *online*.
- Ocké-Reis, C. O.. (2018). Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2035-2042.
- Paim, J. S. 2008. "Modelos de Atenção à Saúde no Brasil". In: Giovannella, L. et al. (Orgs.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Piola, S. F., Benevides, R. P. D. S., e Vieira, F. S. 2018. *Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017* (No. 2439). Texto para Discussão.
- Piola, S. F., Paiva, A. B. D., Sá, E. B. D., e Servo, L. M. S. 2013. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão 1846, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea
- Rache, B., Rocha, R. Nunes, L., Spinola, P., Massuda, A. 2020. Para Além do Custeio: Necessidades de Investimento em Leitos de UTI no SUS sob Diferentes Cenários da COVID-19. Nota Técnica n.7, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS
- Rocha, R., Furtado, I., e Spinola, P. 2021. Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics*, 30(5), 1082-1094.
- Rossi, P., & Dweck, E.. 2016. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cadernos De Saúde Pública*, 32(12), e00194316.
- Servo, L. M. S., Santos, M. A. B. dos ., Vieira, F. S., & Benevides, R. P. de S. e .. (2020). Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde Em Debate*, 44(spe4), 114-129.
- Silveira, F. G., Gaiger, M. L.C. 2021. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil. In: Gadelha, P.; Noronha, J. C.; Castro, L.; Pereira, T. R. *Economia e Financiamento do sistema de saúde no Brasil*. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
- Silveira, F. G. Noronha, G. S., Funcia, F. R., Ramos, R. L. O., Moraes, R. M., Castro, L. C. e Noronha, J. C. 2020. Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em saúde no Brasil. *Saúde amanhã. Textos para Discussão* n.43. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
- Souza Júnior, P. R. B. D., Szwarcwald, C. L., Damacena, G. N., Stopa, S. R., Vieira, M. L. F. P., Almeida, W. D. S. D., e Macário, E. M. 2021. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2529-2541.
- Viacava, F., Oliveira, R. A. D. D., Carvalho, C. D. C., Laguardia, J., & Bellido, J. G. 2018. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & saúde coletiva*, 23, 1751-1762.
- Viana, A. L. d'Á., Machado, C. V. 2013. Descentralização e coordenação federativa da política de saúde no Brasil: a contribuição do regime diferenciado de contratação de obras públicas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1661-1673.

NOTAS

- 1 Tesouro Nacional. Despesas por Função do Governo Central Orçamentário - COFOG (*Classification of Functions of Government*).
- 2 Para mais detalhes sobre a questão do financiamento da Seguridade Social após a Constituição ver Piola et. al. (2013).
- 3 Detalhar os motivos pelo qual o piso constitucional federal foi modificado está além do escopo deste texto. Para entender a trajetória do financiamento público da saúde a partir da EC 29/2000 até sua modificação em 2015 pela EC 86, ver Piola et. al. (2018).
- 4 Dados sobre a evolução da estrutura ambulatorial e hospitalar foram obtidos na Pesquisa Assistência Médico-Sanitária/IBGE (AMS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/ MS). Dados sobre acesso e uso de serviços foram coletados nas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) e na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).
- 5 99,2% das UBS em 2017 eram públicas.
- 6 Para uma análise mais completa sobre a cobertura de planos de saúde no Brasil entre 2013 e 2019, ver Souza Júnior et. al. (2021).
- 7 Renda não-monetária se refere a valores de bens e serviços adquiridos sem contrapartida monetária, providos pelo governo, instituições e outras famílias.
- 8 Não se pode deixar de ressaltar, entretanto, que a própria distribuição dos regimes de financiamento no que se refere aos medicamentos é problemática. A alta participação da renda das famílias na compra de medicamentos e artigos médicos tem como efeito a ampliação das disparidades do acesso à saúde, uma vez que os custos são relativamente maiores para aquelas famílias cuja renda é menor.
- 9 Rocha et. al. (2021) utilizam um cálculo de elasticidade do gasto público e privado em saúde frente ao gasto total, ambos iguais a 1. Isso significa que um aumento da renda (PIB) gera um aumento na mesma proporção no gasto público e privado. Em suas projeções, contudo, a renda não é o único fator que eleva a necessidade de financiamento da saúde. Considera-se, também, o efeito do envelhecimento da população e de possíveis ganhos tecnológicos que aumentem a eficiência do gasto.
- 10 Além de limitar o crescimento da despesa primária em 50% do crescimento da receita, em caso de descumprimento da meta, proíbe-se a criação ou reajuste acima da inflação de despesas obrigatórias, contratações e realizações de concursos, o reajuste de salários de servidores, a ampliação de subsídios ou incentivos tributários, entre outros. Impactos fiscais relacionados ao reajuste do salário mínimo, contudo, ficam de fora dos gatilhos.
- 11 Em um cenário de crescimento acelerado do PIB, a arrecadação também tem crescimento acelerado, o que faz com que o limite superior do crescimento gasto primário, de 2,5%, seja acionado. Para ilustrar, suponha que a arrecadação cresça 5% no ano. Pela regra de vinculação das receitas, a despesa primária poderia crescer 3,5%. Porém, este valor é superior ao limite de 2,5%, que passa a ser o número considerado para o cálculo do crescimento das despesas. Assim, neste exemplo, um crescimento acelerado do PIB e da arrecadação faz com que as despesas cresçam menos que 70% do crescimento das receitas.
- 12 O piso constitucional determina que 15% da receita corrente líquida deve ser utilizada para gastos com saúde da União. Para o cálculo das receitas nas simulações até, utilizou-se a elasticidade das receitas em relação ao PIB calculada em Sanches (2020). Tal cálculo, contudo, não é exato e serve de base para a presente análise.
- 13 <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2023/07/tesouro-sugere-limitar-crescimento-de-pisos-de-saude-e-educacao-sob-novo-arcaouco-fiscal.shtml>
- 14 https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9:::9:P9_ID_PUBLICACA0:47466
- 15 No entanto, tal efetividade ainda é fruto de debate no senado, que pode alterar o texto. Ver: <https://www.casacivil.go.gov.br/noticias/9888-no-senado,-caiado-destaca-que-reforma-tribut%C3%A1ria-fomenta-desigualdades-regionais.html>



OXFAM
Brasil

OXFAM BRASIL

Avenida Pedroso de Moraes, 272 - 8º andar
Pinheiros - São Paulo - SP - Brasil - CEP 05420-000
(11) 3811-0400

WWW.OXFAM.ORG.BR



[/oxfambrasil](https://www.instagram.com/oxfambrasil)