



Financiamento do SUS: Equidade, Acesso e Qualidade

Como garantir direitos e promover uma sociedade menos desigual e mais justa por meio do financiamento público da saúde?

RELATÓRIO FINAL

SEMINÁRIO REALIZADO EM 01/09/23



Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

E74f Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Financiamento do SUS: Equidade, Acesso e Qualidade. Como garantir direitos e promover uma sociedade menos desigual e mais justa por meio do financiamento público da saúde?. Seminário realizado em 01/09/23. Relatório Final. / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, Observatório do SUS, ABRASCO, 2024.

117 p. ; il. color. ; graf. ; tab. ; PDF ; 16,3 kb

ISBN: 978-65-89501-64-0

Inclui Bibliografia

1. Financiamento da Assistência à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Estratégias de Saúde Nacionais.

I. Título.

CDD - 23.ed. – 362.1068

Coordenação

Eduardo Alves Melo
Rosana Onocko Campos

Organização

André Schimidt da Silva
Cristiane Rocha de Barros
Edilene da Silva Cardoso
Eduardo Alves Melo
Elisa Mendonça
Isabela Soares Santos
Luciana Dias de Lima
Mariana Vercesi de Albuquerque
Rosana Onocko Campos
Thiago Barreto

Expositores

Claudia Pescetto
Ernesto Bascolo
Fabiola Sulpino Vieira
Fernando Gaiger Silveira
Francisco R. Funcia
Grazielle Custódio David
Sulamis Dain

Coordenadoras das mesas temáticas

Erika Santos de Aragão
Luciana Dias de Lima

Coordenadores dos grupos de trabalho

Adelyne Maria Mendes Pereira
Ana Laura Brandão
Eduardo Alves Melo
Felipe Machado
Isabela Soares Santos
Leonardo Castro
Luciana Dias de Lima
Mariana Vercesi de Albuquerque

Relatores dos grupos de trabalho

Ana Cássia Cople Ferreira
Carolina Burle de Niemeyer
Henrique Sant`anna Dias
Thaís Severino da Silva
Vivian Ferraz Studart Pereira

Membros dos grupos de trabalho

Ana Paula Guidolin
Anamaria Schneider
Aquilas Mendes
Carmen Leitão
Cipriano Maia
Claudilene Fortaleza Sousa
Dirceu Ditmar Klitzke
Eli Iola Andrade Gurgel
Erika Santos de Aragão
Fabiola Sulpino Vieira
Fernando Gaiger
Francis Sodré
Francisco Funcia
Getúlio Vargas de Moura Júnior
Grazielle Custódio David
Jorge Abrahão de Castro
José Carvalho de Noronha
Juliana Pinto de Moura Cajueiro
Lenir Santos
Marcela de Souza Caldas
Maria da Conceição de Souza Rocha
Maria Helena Magalhães de Mendonça
Mariana Alves Melo

Paulo Garrido
Rafael Dall Albra
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Rodrigo Mendes Leal
Rogério Lannes
Rondineli Mendes Silva
Rosana Kuschnir

Relatório Final

André Schimidt da Silva

Revisão do Relatório Final

Eduardo Alves Melo
Leonardo Castro
Luciana Dias de Lima
Rosana Onocko Campos

Confira neste relatório

Neste relatório estão sintetizadas as exposições, os resultados dos grupos de trabalho com especialistas e as principais proposições do seminário “Financiamento do SUS: Equidade, Acesso e Qualidade”, ocorrido em 01 de setembro de 2023, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

O **financiamento público** foi consensualmente compreendido como **condição para os sistemas de saúde que visem à garantia de acesso universal, com equidade e qualidade**. No Brasil, assim como na América Latina, **a segmentação do acesso**, com a coexistência de um forte setor privado, representa **um dilema central para o fortalecimento do sistema de saúde**.

Embora o gasto em saúde total tenha representado **9,4% do PIB em 2017**, predomina o gasto privado no Brasil. Em perspectiva comparada, o país apresenta **um dos piores patamares de gasto público** em relação a um amplo conjunto de países selecionados. Os dados para os anos de 2000 e 2018 demonstram a **manutenção da participação do gasto público em apenas 42%**.

Defendeu-se uma **abordagem integrada** do financiamento, considerando as funções de **arrecadação, alocação e mecanismos de compra**. **A ampliação de recursos públicos é um requisito para uma melhor alocação do gasto em saúde, garantindo um financiamento estável e sustentável**. O grau redistributivo dos gastos sociais e tributos foram evidenciados, com destaque para o setor saúde. Apesar deste cenário, evidenciou-se que **o volume de recursos federais para o SUS foi reduzido no período entre 2018 e 2022**.

Para a ampliação de recursos para o SUS, o **Regime Fiscal Sustentável**, sancionado dois dias antes do Seminário, suscitou **grande preocupação**, uma vez que mantém a condução da política de saúde vulnerável ao desempenho econômico. Em relação a este novo arcabouço fiscal, foram destacados pelos participantes: i) o novo marco regulatório é baseado no equilíbrio fiscal e não apresenta cláusulas de escape; ii) a expansão do gasto com políticas sociais fica dependente do crescimento de receitas e vulnerável a crises econômicas; iii) há restrições importantes quanto aos investimentos; e iv) as regras são complexas e pouco flexíveis.

Os argumentos enfatizaram a **responsabilidade do governo federal para o incremento de recursos públicos para o SUS**, tendo em vista o maior peso de sua competência para tributação e a receita disponível, mesmo após as transferências constitucionais - além do estrangulamento das contas dos entes subnacionais e o fato de a União ser a detentora dos instrumentos de política econômica.

Para uma melhor alocação de recursos no SUS, o governo federal deve ter a capacidade de olhar para o sistema de forma integrada, na perspectiva das redes de atenção, buscando **corrigir iniquidades entre os territórios. A alocação de recursos deve ser norteada pelas necessidades de saúde** identificadas em processo de **planejamento ascendente e integrado**.

Contudo, **persistem distorções alocativas** e aspectos que reduzem a transparência e dificultam o acompanhamento do gasto federal. Os valores empenhados em 2022 por emendas parlamentares representaram 9,7% do valor empenhado em ações e serviços públicos de saúde, superando 20% dos recursos transferidos aos entes subnacionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde, sem que a alocação se submeta às diretrizes da Conferência

Nacional de Saúde e ao processo de planejamento ascendente, em desacordo com o marco legal-normativo do SUS.

Por fim, defendeu-se que a diretriz constitucional da **participação da comunidade** no SUS no processo de planejamento e fiscalização da aplicação dos recursos seja respeitada e valorizada. O fortalecimento do SUS requer também medidas que reduzam a participação da oferta privada no consumo de saúde, com maior regulação do Estado e uma redução drástica de incentivos e subsídios ao setor privado.

Apresentação

Eduardo Alves Melo

Coordenador do Observatório do SUS
Vice-Diretor de Escola de Governo em Saúde
VDEGS/ENSP/Fiocruz

Marco Antônio Carneiro Menezes

Diretor da Ensp/Fiocruz

Rosana Teresa Onocko Campos

Presidente da Associação Brasileira de Saúde
Coletiva (Abrasco)

A Abrasco e a Ensp/Fiocruz, entidades com naturezas singulares e atuação nacional no campo da Saúde Coletiva, firmaram uma parceria estratégica, tendo como foco um conjunto de desafios, problemas e limites do SUS. Como objetivos, estão a atualização da análise sobre tais temas e a formulação de proposições e alternativas.

A Abrasco reúne e representa diferentes áreas do campo da Saúde Coletiva de todo o país, com importante atuação no Brasil, sendo referência internacionalmente, notadamente na América Latina. A Ensp/Fiocruz, por sua vez, cumpre funções estratégicas de formação, pesquisa e cooperação técnica, tendo recentemente criado um Observatório do SUS para acompanhar conjunturas, políticas e experiências do sistema de saúde. As duas entidades reúnem características históricas, técnicas, políticas e institucionais que podem, a nosso ver, contribuir de um modo específico com a construção do SUS, em diálogo com o Estado e a sociedade, tendo como balizas uma compreensão ampla de saúde, a saúde como direito humano, as implicações mútuas entre saúde e democracia, a relação da saúde com o desenvolvimento nacional e os atuais problemas sócio-sanitários do país.

Um dos desafios estruturais abordados a partir desta frutífera parceria foi o financiamento do SUS, reconhecidamente crítico e estratégico para a sua viabilidade e sustentabilidade e para a efetivação do direito à saúde. Para isso, reunimos atores dos governos, da academia e da sociedade, utilizando uma metodologia de trabalho que nos possibilitou atualizar a discussão, aprofundar aspectos críticos e elaborar proposições. Neste sentido, estruturamos a “tarefa” em torno da arrecadação e da alocação de recursos da saúde, além de trabalhar interfaces entre arrecadação e alocação. Debates, ainda, implicações do novo arcabouço fiscal do país sobre o SUS, bem como o papel que o financiamento da saúde pode desempenhar no enfrentamento a desigualdades injustas.

Este relatório sintetiza o esforço realizado em torno do financiamento do SUS e, ao mesmo tempo, publiciza um conjunto de análises e formulações que esperamos que sejam úteis para os atores públicos e políticos que defendem o SUS ou têm responsabilidade com a saúde da população brasileira. A OPAS apoiou as atividades com suporte financeiro e técnico.

Sumário

Sobre o Seminário	8	Anexos	27
Sobre os grupos de trabalho	10	Transcrições das exposições	27
Principais destaques	11	Ernesto Bascolo	27
Destaques dos grupos de trabalho e proposições	18	Grazielle Custódio David	33
Registro fotográfico	24	Fernando Gaiger Silveira	37
Considerações Finais	26	Sulamis Dain	43
		Claudia Pescetto	49
		Fabiola Sulpino Vieira	54
		Francisco R. Funcia	60
		Textos-base	68
		Fabiola Sulpino Vieira	68
		Apresentações	72
		Grazielle Custódio David	72
		Fernando Gaiger Silveira	78
		Francisco R. Funcia	93

Sobre o Seminário

O seminário **Financiamento do SUS: Equidade, Acesso e Qualidade** foi realizado no dia 01 de setembro de 2023 na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fiocruz, na cidade do Rio de Janeiro.

O encontro abriu uma série de três seminários, fruto da parceria entre a ENSP e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), para abordar os desafios estruturais para o SUS, compondo as atividades do Observatório do SUS da ENSP.

O seminário teve o objetivo de **formular novos argumentos, proposições e alternativas técnico-políticas para a viabilização de um financiamento público adequado e efetivo do SUS, assim como debater propostas voltadas para a promoção da equidade do financiamento e da alocação de recursos públicos para a saúde**. A atividade visou, ainda, discutir as implicações do 'novo arcabouço fiscal' para o gasto público social e da saúde no Brasil, além de mobilizar atores-chave da sociedade civil e dos espaços institucionais.

Buscou-se responder à questão central: **'Como garantir direitos e promover uma sociedade menos desigual e mais justa, por meio do financiamento público da saúde?'**. Para tal, a questão foi desdobrada em dois eixos temáticos: 'Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde' e 'Alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS'.

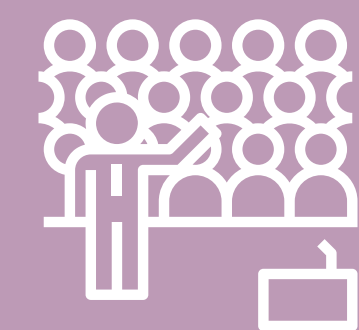
Os eixos temáticos foram trabalhados em duas mesas no período da manhã. Os quatro expositores do primeiro eixo foram convidados a responder à pergunta **'Como viabilizar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças?'**. Os três expositores do segundo eixo temático voltaram-se à questão **'Como viabilizar estratégias e mecanismos de alocação para induzir a reorientação do modelo assistencial visando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população?'**

As exposições do período da manhã e as duas questões norteadoras orientaram a atividade dos grupos de trabalho no período da tarde, restrito a convidados,

envolvendo pesquisadores, especialistas, gestores do SUS, parlamentares e representantes do controle social.

As mesas temáticas do período da manhã foram abertas ao público e transmitidas em tempo real pelo canal do Youtube da Abrasco.

ESSE PERÍODO CONTOU COM:



85

participantes
presencialmente

+2.100

visualizações
online



Sobre o Seminário

A programação do período da manhã contou com os seguintes expositores e coordenadoras de mesa:



A gravação das exposições pode ser vista na página do **Observatório do SUS**

Mesa I: Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Coordenadora: Erika Santos de Aragão – Diretora do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desempenho da SECTICS/MS

Expositores:

- Ernesto Bascolo - Chefe da Unidade de Atenção Primária à Saúde e Serviços Integrados da OPAS
- Grazielle Custódio David – Doutoranda do IE/UNICAMP
- Fernando Gaiger Silveira - Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA
- Sulamis Dain - Professora titular aposentada do IMS/UERJ

Mesa II: A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Coordenadora: Luciana Dias de Lima – Vice-diretora de Pesquisa e Inovação da Ensp/Fiocruz

Expositores:

- Claudia Pescetto - Economista Sênior da OPAS
- Fabiola Sulpino Vieira - Coordenadora de Saúde da Disoc/IPEA
- Francisco R. Funcia - Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)

Sobre os grupos de trabalho

Os grupos de trabalho contaram com 30 participantes com destacada trajetória relacionada ao tema do financiamento de sistemas de saúde. O objetivo foi o de formular estratégias e proposições para a garantia de um financiamento voltado para equidade, acesso e qualidade.

Os grupos contaram com participantes de diversas unidades da federação, envolvendo membros do executivo federal (Ministério da Saúde, da Fazenda, do Planejamento e Presidência da República); de instituições de ensino e pesquisa (IPEA, Fiocruz, USP, UFMG, UFES, Unicamp, UFC, UFRN); da gestão municipal do SUS (secretárias de saúde, COSEMS RJ e SP); de instituições de grande destaque na defesa da Saúde Coletiva no país (Abrasco, ABrES e Idisa); do controle social (COFIN/CNS); e da Organização Panamericana de Saúde.



PRINCIPAIS DESTAQUES

Mesa I: Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Como viabilizar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças?

Para responder à pergunta-tema desta mesa, os expositores foram convidados a abordar os seguintes aspectos: contradições entre o público e o privado (quem financia e quem consome a despesa pública em saúde; o peso do gasto tributário na saúde; os fluxos públicos e privados do setor); brechas fiscais e possibilidades para ampliar receitas e promover a progressividade na arrecadação; impactos do arcabouço fiscal e perspectivas da reforma tributária; estratégias de vinculação para ampliar o aporte e garantir recursos estáveis.

Com uma abordagem que dialoga com o cenário internacional, sobretudo com o contexto latino americano, Ernesto Bascolo apontou para a articulação entre o financiamento e a conformação e fortalecimento de sistemas de saúde para garantir a universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde. O tema do financiamento deve ser pensado, portanto, no bojo das necessárias reformas estruturais dos sistemas de saúde dos países da região.

Na América Latina, predominam sistemas mistos, não só por combinarem fontes públicas e privadas de

financiamento, mas também pela segmentação da oferta, com diferentes esquemas de seguridade social e lógicas que se sobrepõem. Em muitos casos, esse caráter misto representa um limitante para uma agenda de transformação dos sistemas de saúde.

Em sua explanação, Bascolo recorre ao marco conceitual para avaliação das funções dos sistemas de saúde da Organização Mundial de Saúde. Nesse quadro, o financiamento não deve constituir uma agenda paralela, tampouco independente dos esforços das autoridades de saúde para fortalecer as capacidades de regulação e governança - orientadoras do desenvolvimento das demais funções dos sistemas de saúde.

Na análise dos sistemas em nossa região, a prioridade dada ao setor Saúde foi considerada um elemento de maior peso que a capacidade fiscal dos países. Os dados apresentados demonstraram uma relação clara entre o aumento do gasto público e a redução do gasto direto das famílias (out-of-pocket). Com o aumento significativo do gasto público em relação ao PIB de países sulamericanos, o Brasil perde o lugar de

destaque que possuía no início anos 2000, quando figurava entre aqueles com maiores níveis de gasto público. Países como Argentina, Colômbia e Uruguai passam a superar a referência de 6% de gasto público em relação ao PIB, enquanto o Brasil se encontra abaixo dos patamares médios para a América do Sul e as Américas.

Fernando Gaiger Silveira enfatizou a segmentação da oferta aos serviços de saúde no Brasil. Demonstrou que o crescimento real do gasto público em saúde nos primeiros anos do século XXI foi acompanhado de um aumento ainda maior do gasto privado, culminando na perda relativa da oferta pública. Dados em perspectiva comparada evidenciaram que o financiamento público do sistema de saúde no Brasil, que possui amplo efeito redistributivo, está entre os menores patamares no mundo, com reflexos extremamente negativos para os orçamentos familiares da população dos extratos inferiores de renda.

Para Silveira, o fortalecimento do SUS requer medidas que reduzam a participação da oferta privada no consumo de saúde, com maior regulação do Estado e uma redução drástica de incentivos e subsídios ao setor privado.

Os avanços alcançados no aumento e capacidade redistributiva do gasto público não contaram com a abordagem de dois elementos essenciais para que se mantivesse o caminho de crescimento: a importância da tributação direta no financiamento das políticas públicas e a desmercadorização da saúde e da educação públicas.

Ressaltou-se que o desenho da reforma tributária atualmente em discussão no Congresso Nacional está restrito aos tributos indiretos, perdendo o potencial de alterar, em médio prazo, a carga dos tributos na renda e a divisão federativa e setorial. Ademais, os períodos de transição são considerados extensos e, como consequência, têm seus efeitos sobre as receitas da saúde pública minorados.

Grazielle David teve sua explanação centrada na análise dos potenciais impactos para o financiamento da política de saúde do recém-aprovado novo arcabouço fiscal e das discussões em torno da reforma tributária. Foi enfatizada a necessidade de se fortalecer, pensar e promover a saúde como o motor do desenvolvimento econômico.

Foram lembrados os impactos extremamente nocivos

da Emenda Constitucional nº 95/2016, que implantou o teto de gastos para o governo federal, e destacado que, embora o fim de sua vigência com o novo arcabouço fiscal tenha representado um avanço necessário, há diversos pontos que merecem atenção. Entre eles, observou que não foram seguidas as recomendações da CEPAL para que as reformas nas regras fiscais fossem mais simples, flexíveis e com cláusulas de escape. Outro, e mais importante, é a vinculação da expansão do gasto público com a ampliação de receitas. Desta forma, os gastos sociais seguirão pressionados e dependentes de novas receitas para poder expandir. O necessário crescimento real do gasto público em saúde é, portanto, restringido, aos períodos de ampliação de receitas.

Em relação à reforma tributária, Grazielle David destaca a necessidade de incorporação de propostas de tributação direta que têm apresentado menor visibilidade nos debates: a tributação de dividendos – o Brasil é um dos poucos países que não realiza, e a tributação de fundos exclusivos, abarcando, essencialmente, aqueles extremamente ricos.

Sulamis Dain abordou a pergunta-tema da mesa a partir de três pontos de forma integrada: o novo arcabouço fiscal, a

reforma tributária e as políticas sociais.

Em relação ao novo arcabouço fiscal, destaca como problemática a vinculação de ajustes ao equilíbrio fiscal, na contramão das recomendações de órgãos internacionais. Passamos de um engessamento total com o teto dos gastos para um engessamento parcial com o novo marco regulatório. Graves limitações tanto aos gastos correntes, quanto ao investimento permanecerão em momentos de orçamento deficitário.

Quanto à reforma tributária, Dain destaca a necessidade de se trabalhar de uma forma integrada entre tributação direta e indireta, sem enfatizar ou dar precedência. O desenho que vem sendo proposto, com ênfase na tributação indireta, produzirá uma mudança relevante no pacto federativo. Com os critérios de partilha de recursos federais baseados, em grande medida, na população, são ignoradas diferenças significativas, tanto regionais, como intraestaduais, no acesso a serviços públicos, como a saúde. Dificulta-se a equalização do investimento, não incorporando nenhum dos critérios que são absolutamente essenciais à política de saúde.

Em relação às políticas sociais, a preocupação de Dain está relacionada à disputa por recursos públicos com a potencial perda de arrecadação para a Previdência Social, a partir da proposta de reforma e das medidas de desoneração da folha de pagamento para vários setores da economia. Nesse caminho, espera-se ressurgir, com mais radicalidade, o conflito entre o direito social e o direito coletivo.

Por fim, é defendido que sejam incorporadas fontes alternativas, principalmente por não dependerem mais de mudanças constitucionais, como a tributação de lucros e dividendos, offshore e fundos de super-ricos. Defende-se também que o imposto seletivo, em discussão na reforma tributária, seja reivindicado para a saúde, porque é da natureza dos bens tributados serem prejudiciais à saúde e ao meio ambiente.

De forma sistematizada, foram os principais pontos de destaque da mesa temática 'Dilemas e perspectivas para **1** viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde':

O financiamento público é uma condição para os

2 sistemas de saúde que visem à garantia de acesso universal, com equidade, aos serviços de saúde.

A segmentação do acesso, com a coexistência de um forte setor privado representa um dilema central para o **3** fortalecimento dos sistemas de saúde não só no Brasil, como na América Latina.

Há forte necessidade de fortalecer as capacidades de **4** governança e regulação do sistema de saúde, tanto do segmento público, quanto do segmento privado.

Na análise dos sistemas de saúde latino-americanos, observa-se uma clara relação entre o aumento do gasto público e a redução do gasto direto das famílias (out-of-**5**cket), reduzindo o risco de gastos catastróficos das famílias.

O gasto público em saúde no Brasil se encontra abaixo da média dos demais países, não alcançando o indicativo **6** Organização Mundial da Saúde de 6% em relação ao PIB.

O fortalecimento do SUS requer medidas que reduzam a participação da oferta privada no consumo de saúde,

7 m maior regulação do Estado e uma redução drástica de incentivos e subsídios ao setor privado.

Embora o novo arcabouço fiscal represente um necessário avanço em relação ao teto dos gastos imposto pela EC 95/2016, há importantes ressalvas:

- **b.** o novo marco regulatório é baseado no equilíbrio fiscal e não apresenta cláusulas de escape;

- **c.** a expansão do gasto com políticas sociais fica dependente do crescimento de receitas e vulnerável a crises econômicas;

- **d.** as regras são complexas e pouco flexíveis;

- **a.** há restrições importantes quanto aos investimentos.

Em relação à reforma tributária:

- **b.** foco essencialmente na tributação indireta, quando seria necessária uma abordagem integrada entre as tributações direta e indireta, sem enfatizar ou dar precedência;

faz-se necessária a incorporação de propostas voltadas para a tributação direta, como as tributações

- **c.** de dividendos, fundos exclusivos e offshore;

os critérios de partilha de recursos federais em discussão ignoram as profundas desigualdades de acesso aos serviços de saúde no território nacional,

- **d.** não havendo previsão de inclusão de critérios essenciais para a condução da política de saúde;

o imposto seletivo deve ser reivindicado para a saúde, tendo em vista que é da natureza dos bens tributados ser prejudicial à saúde e ao meio ambiente.

PRINCIPAIS DESTAQUES

Mesa II: A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Como viabilizar estratégias e mecanismos de alocação para induzir a reorientação do modelo assistencial visando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população?

Para responder à pergunta-tema desta segunda mesa, os expositores foram convidados a abordar os seguintes aspectos: inovação no repasse e na gestão dos recursos; relação entre modelo de financiamento e modelo de atenção; mecanismos e lógicas de contratualização e mecanismos para alocação equitativa da despesa pública.

Claudia Pecetto destacou a atenção primária à saúde (APS) como estratégia que melhor dialoga com os princípios da saúde universal de equidade e eficiência. O desafio de uma melhor alocação de recursos não está no direcionamento apenas para APS, mas no fortalecimento da capacidade dos sistemas de saúde em prover serviços integrados, com qualidade e centrados nas pessoas e comunidades.

Na análise de indicadores macroeconômicos relacionados ao gasto em saúde na América Latina, Pescetto destaca a elevada participação do gasto privado no Brasil e patamares inferiores de gasto público em relação a países como Uruguai, Colômbia, Cuba e Chile. Em comparação com a proposta de saúde universal da OMS, que indica o percentual de 6% do PIB com gasto público em saúde, observa que o país alcançou apenas 4,6% em 2020, contando apenas com uma pequena redução do gasto em saúde direto das famílias (*out-of-pocket*) na trajetória recente.

Sob o olhar da OPAS, o financiamento deve ser considerado de forma integrada a partir de três funções: arrecadação, alocação e mecanismos de compra. A ampliação de recursos deve ser acompanhada de um olhar para onde se destinam, para como são administrados e para a relação com os prestadores. Ademais, deve-se buscar a sustentabilidade do sistema, o predomínio de recursos públicos e o direcionamento prioritário para a APS. Nesse cenário, o nível central deve corrigir iniquidades entre os territórios por meio de uma distribuição dos recursos de acordo com as necessidades.

Fabiola Vieira teve sua intervenção organizada a partir de três questões centrais. A primeira delas é a necessidade de ampliação de recursos como condição para uma melhor alocação do gasto em saúde, garantindo um financiamento estável e sustentável. Sem recursos adicionais, ao buscar outras formas de alocação de recursos, sempre haverá entes subnacionais que passarão a receber menos recursos.

Nesse quadro, a aprovação do novo arcabouço fiscal representa um avanço importante à medida que revoga o teto de gastos, contudo, a aplicação mínima da União

em saúde retorna à vinculação ao percentual da receita corrente líquida, mantendo a condução da política de saúde vulnerável ao desempenho econômico do país. A trajetória do financiamento público em saúde do Brasil, mostrou que não se pode prescindir de vinculação - tem que ter aplicação mínima regulada obrigatória, mas deve-se buscar uma regra que proteja o gasto no caso de crises econômicas.

A segunda questão trazida por Vieira é que a alocação de recursos deve ser norteada pelas necessidades de saúde identificadas em processo de planejamento ascendente e integrado. Faz-se necessário, portanto, criar sinergias entre os planos elaborados por municípios e estados para que o recurso seja alocado da melhor forma possível. Nesse cenário, compete ao Ministério da Saúde olhar para o conjunto e buscar a redução de iniquidades.

A terceira questão está relacionada à alocação de recursos por emendas parlamentares. O volume e a participação desses recursos aumentaram enormemente nos últimos anos, sobretudo no que se refere às transferências aos municípios, faltando transparência quanto aos beneficiários e critérios de alocação. Em 2019, por

exemplo, as emendas parlamentares representaram 10% das despesas empenhadas com ações e serviços públicos de saúde pelo Ministério da Saúde. Não se trata de negar a legitimidade da participação de parlamentares na discussão do orçamento público, mas, no caso da saúde, em um contexto de recursos muito escassos, causa extrema preocupação que a alocação de recursos siga critérios diferentes dos previstos na Lei 8080/90, pensados para estimar necessidades de saúde.

Na última exposição do dia, Francisco Funcia se voltou inicialmente para a relação entre financiamento e alocação de recursos, à luz da diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS no processo de planejamento e fiscalização da aplicação dos recursos para ações e serviços públicos de saúde. Nesse contexto, as recomendações do controle social na apreciação dos instrumentos de planejamento não são consideradas, sendo reiteradas a cada ano, representando, assim, o desrespeito à diretriz constitucional.

Um segundo ponto abordado por Funcia é a alocação de recursos a partir da análise do relatório anual de gestão do Ministério da Saúde. Nessa análise, são elencadas

distorções alocativas e aspectos que reduzem a transparência e dificultam o acompanhamento do gasto federal. Dessa forma, observa-se as despesas com pagamento de emendas parlamentares, os recursos destinados aos Ministérios da Defesa e da Educação, e o pagamento de restos a pagar. Foi observado também o esvaziamento da Auditoria do SUS e a destinação de recursos insuficientes para demonstrar a priorização da APS.

O terceiro destaque na apresentação de Funcia, é o volume de recursos destinados ao SUS. É apontado que entre 2000 e 2012, o gasto per capita federal com saúde vinha crescendo. A partir de 2012, há estagnação, com queda a partir de 2017. Como Vieira, Funcia evidencia que sem recursos adicionais não se conseguirá melhor alocação. Nesse ponto, é destacada a elaboração do documento chamado Nova Política de Financiamento do SUS pela Associação Brasileira de Economia da Saúde, que contou com a participação de diversos especialistas. A proposta de nova regra considera outras variáveis para aplicação mínima de recursos públicos, que não sofrem os efeitos da dinâmica econômica, como no novo arcabouço fiscal.

É considerado que, neste momento, é a União que deve aumentar a sua participação no financiamento, pois é o ente que possui os instrumentos de política econômica, além do fato de que os municípios já vêm destinando à saúde patamares mais elevados de suas receitas.

Por fim, Funcia destaca que é preciso, simultaneamente, alocar mais recursos para o SUS e reduzir a participação do setor privado.

De forma sistematizada, foram os principais pontos de destaque da mesa temática 'A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS':

- 1 A alocação de recursos deve estar voltada para os princípios de equidade e eficiência, priorizando tanto a Atenção Primária à Saúde, quanto o fortalecimento da capacidade dos sistemas de saúde em prover serviços integrados, com qualidade e centrados nas pessoas e comunidades.
- 2 Destaque para a elevada participação do gasto privado em saúde.
- 3 O financiamento da Saúde deve ser pensado de forma

integrada em relação às funções de arrecadação, alocação e mecanismos de compra. A ampliação de recursos deve ser acompanhada de um olhar para onde se destinam, para como são administrados e para a relação com os prestadores.

- 4 O governo federal deve ter a capacidade de olhar para o sistema de saúde de forma integrada, na perspectiva das redes de atenção, buscando corrigir iniquidades entre os territórios por meio da distribuição de recursos com base nas necessidades.
- 5 A ampliação de recursos públicos é uma condição necessária para uma melhor alocação do gasto em saúde, garantindo um financiamento estável e sustentável.
- 6 O novo arcabouço fiscal mantém a condução da política de saúde no Brasil vulnerável ao desempenho econômico. Deve-se buscar regras que protejam o gasto em saúde em crises econômicas.
- 7 A alocação de recursos deve ser norteadas pelas necessidades de saúde identificadas em processo de planejamento ascendente e integrado.
- 8 O crescimento expressivo dos recursos alocados

por emendas parlamentares representa um importante dificultador para uma melhor aplicação de recursos federais, tendo em vista a falta de transparência quanto aos critérios de alocação e beneficiários.

- 9 A diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS no processo de planejamento e fiscalização da aplicação dos recursos para ações e serviços públicos de saúde está sendo reiteradamente desrespeitada.
- 10 Persistem distorções alocativas e aspectos que reduzem a transparência e dificultam o acompanhamento do gasto federal. A partir da análise da COFIN/CNS, destacam-se: as despesas com pagamento de emendas parlamentares, os recursos destinados para os Ministérios da Defesa e da Educação, e o pagamento de restos a pagar.
- 11 Neste momento, é a União que deve aumentar a sua participação no financiamento, pois é o ente que possui os instrumentos de política econômica, além do fato de que os municípios já vêm destinando à saúde patamares mais elevados de suas receitas do que o estabelecido pela EC 29/2000.
- 12 Deve-se, simultaneamente, alocar mais recursos para o SUS e reduzir a participação do setor privado.

Destques dos grupos de trabalho

As discussões nos grupos de trabalho partiram do reconhecimento do contexto de crise mundial e brasileira em perspectiva múltipla (economia, pandemia, ecologia-meio ambiente, social e política). Apesar das últimas eleições presidenciais no país, permanecem relevantes o neofascismo, a ascensão da extrema direita e, na saúde, uma expressiva parte da sociedade que não defende efetivamente o SUS, enquanto um sistema universal e integral de saúde, estatal e de qualidade.

Nesse cenário, e com repercussões para o financiamento das políticas públicas, cresce o movimento do capital

portador de juros e fictício (vulgarmente chamado de capital financeiro), inclusive na saúde, demandando uma regulação tributária. Foi apontado que há uma forte associação do movimento do capital financeiro com o capital produtivo (estudos sobre financeirização têm evidenciado essa relação).

Outro destaque foi sobre o papel do SUS na pandemia. Durante a crise sanitária, a resposta do SUS, apesar dos problemas, foi capaz de 'furar a bolha' e ampliar a defesa do SUS por grupos da sociedade que antes não o defendiam tão claramente. Foi lembrado que em torno de 70% da população depende exclusivamente do SUS.

Foram reconhecidos o importante papel da participação social, expressa na realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, e a oportunidade de fortalecimento da condução federal do SUS sob comando de uma ministra sanitarista.

Sobre as fontes de financiamento do SUS, lembrou-se os paradoxos que temos desde a criação do SUS, percurso marcado por constrangimentos, que se mantém até hoje, em que pesem os esforços das emendas de piso constitucional.

Em relação à alocação dos recursos financeiros do SUS por parte do governo federal, foi reconhecido que esta nunca foi realizada com base em necessidades de saúde da população. Historicamente, a lógica de alocação foi baseada em produção de serviços e, mais recentemente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, foi construída, fundamentalmente, em forma de capitação ponderada, ancorada em cadastramento da população mais vulnerável (contrário à lógica do princípio universal), e de acordo com desempenho de ações focalizadas (modelo gerencialista). Por sua vez, cabe mencionar a inadequação dos gastos federais, que não são direcionados prioritariamente à Atenção Primária à Saúde.

Tais problemas apresentam diversas causas, como o escoamento de recursos de forma pouco planejada, em razão da judicialização da saúde; desconexões entre as decisões alocativas dos três entes; problemas na assistência farmacêutica e na formação dos profissionais, que gera disfuncionalidade na aplicação dos recursos.

Após essa primeira análise geral do contexto, os membros dos grupos de trabalho foram convidados a elaborarem proposições com base nas necessidades em termos de

sustentabilidade e suficiência do financiamento do SUS. As propostas visaram à definição de iniciativas em prol de um financiamento suficiente, regular e sustentável para o SUS, incluindo ações no médio e no longo prazo.

Foi considerado que o financiamento não pode ser tratado em paralelo à organização, planejamento e gestão do sistema público de saúde e que as estratégias para seu fortalecimento devem necessariamente considerar a dimensão política, sob a liderança do Ministério da Saúde. O financiamento da saúde deve estar, portanto, na pauta da política econômica e de desenvolvimento do país.

Nesse percurso, faz-se necessário definir uma ampla estratégia de comunicação, que dialogue com a sociedade de forma inclusiva, para ampliar o alcance das propostas. A aproximação com o movimento social e o pleno exercício do controle social são pontos de partida e condições para o avanço das propostas. O apoio popular em prol do SUS requer uma estratégia de diálogo com a população e enfrentamento das fake news.

A estreita aproximação com o poder legislativo deve ser contínua, pois o fortalecimento do financiamento do SUS exige uma ação parlamentar permanente, não apenas

em períodos de crise. Compreende-se também que essa ampliação das forças de defesa requer uma melhor resposta do SUS aos problemas de saúde da população.

A alocação dos recursos financeiros do SUS deve contemplar a determinação social – emprego, moradia, meio-ambiente, educação etc. Dentro da concepção da promoção da saúde, há uma oportunidade para alavancar recursos de outras políticas sociais que interferem na saúde, tornando a saúde presente nos orçamentos públicos para diversas áreas.

Seguem reunidas a seguir as principais proposições elaboradas pelos grupos de trabalho e expositores.

Perspectivas para viabilizar receitas e ampliar despesas com ações e serviços públicos de saúde

Mobilizar um pensamento crítico em torno da nova proposta do arcabouço fiscal, criando estratégias para garantia de um financiamento do SUS que não esteja sujeito às intempéries do cenário econômico.

Avançar na proposta discutida na 17ª Conferência Nacional de Saúde, que define o alcance do mínimo de 6% do PIB para o financiamento público da Saúde, sendo 3% de estados e municípios e os outros 3% da União, e a preservação dos pisos constitucionais com percentual de, no mínimo, 15% da receita corrente líquida.

Incorporar à reforma tributária as propostas voltadas para a tributação direta, como as tributações de dividendos, fundos exclusivos e *offshore*.

Adotar medidas que reduzam a participação da oferta privada no consumo de saúde, com maior regulação do Estado e uma redução drástica de incentivos e subsídios ao setor privado.

Implantar a tributação direta do capital financeiro: 5% das movimentações acima de 2,5 milhões de reais (contribuição sobre as grandes movimentações financeiras), elevando-se a alíquota em proporção à riqueza financeira acumulada.

Perspectivas para viabilizar receitas e ampliar despesas com ações e serviços públicos de saúde

Incorporar critérios de partilha de recursos federais na reforma tributária que considerem as desigualdades de acesso aos serviços de saúde no território nacional.

Apoiar a criação do imposto seletivo na reforma tributária, com taxação mais elevada para produtos como cigarro, bebidas açucaradas e alcoólicas, e destinar os recursos adicionais para o financiamento do SUS.

Fortalecer as capacidades de governança e regulação do sistema de saúde, tanto do segmento público, quanto do segmento privado.

Alocar mais recursos para o SUS e reduzir a participação do setor privado.

Alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Atrair o financiamento ao planejamento e gestão do SUS, considerando o diálogo com gestores, serviços, pesquisadores, trabalhadores, usuários, movimento sociais e outros setores.

Fortalecer os gestores estaduais e municipais na discussão do orçamento e financiamento, fomentando convergências de políticas sociais no território.

Implementar efetivamente um planejamento ascendente, para criar sinergias nos investimentos feitos pelos entes da Federação nas três esferas de governo e otimizar a alocação de recursos, visando à redução das desigualdades de oferta de serviços.

Elaborar um plano nacional de investimentos no SUS, que parta de um diagnóstico das necessidades de saúde da população e dos vazios assistenciais, tendo por base territorial as macrorregiões e regiões de saúde, para definir a alocação de recursos

Utilizar fatores de correção nas transferências de recursos federais, considerando: perfil demográfico (envelhecimento e migrações) e iniquidade em relação ao crescimento fiscal e gastos de saúde.

Alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Enfrentar a questão da alocação orçamentária, a partir da retomada dos espaços de pactuação do SUS, revertendo os processos desencadeados pelas emendas parlamentares e o poder corporativo e fragmentador (disputas), por dentro do setor público e por parte do setor privado.

Repactuar as responsabilidades dos entes federativos, de modo a assegurar regularidade e eficiência alocativa dos recursos do SUS, com base em critérios de necessidades de saúde, conforme já estabelecidos pela Lei 141/2012.

Enfrentar, mediante o fortalecimento do controle público, as tentativas de captura dos recursos do SUS pelos diferentes grupos de interesse (judicialização, *lobby* da indústria farmacêutica e corporativos).

Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como estratégia estruturante do SUS, direcionando o financiamento para uma atenção integral.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, deve-se encerrar o Programa Previne Brasil, evitando “remendos” nos critérios para transferências aos municípios.

Registro Fotográfico

Mesas de boas-vindas e temáticas



Créditos: Virginia Damas/ENSP/Fiocruz

Registro Fotográfico

Grupos de Trabalho



Créditos: Virginia Damas/ENSP/Fiocruz

Considerações finais

O seminário **Financiamento do SUS: Equidade, Acesso e Qualidade**, abordando como dois eixos principais a arrecadação e a alocação de recursos do SUS, foi marcado por diversa e qualificada participação, pelo momento oportuno de sua realização, pelo aprofundamento técnico e análise política, culminou com a elaboração de um conjunto de proposições, recomendações e sinalização de pontos de atenção sobre o financiamento do SUS. Representou também o esforço e compromisso da Abrasco e Ensp/Fiocruz, por meio do Observatório do SUS/Ensp, acerca de um dos mais importantes gargalos do SUS.

Quanto à arrecadação, destacamos, dentre outros aspectos, o papel do financiamento público para a garantia de acesso universal, com equidade, aos serviços de saúde; a necessidade de maior regulação do Estado e redução de incentivos e subsídios ao setor privado; a preocupação com o novo arcabouço fiscal, que mantém o financiamento do SUS vulnerável aos momentos de crise econômica; e um olhar crítico para as propostas de reforma tributária, requerendo a ampliação da arrecadação e critérios de equidade em saúde na partilha de recursos entre os entes da Federação.

No que tange à alocação, ressaltamos que a ampliação do financiamento público é uma condição necessária para uma melhor alocação de recursos em saúde; que o gasto público deve estar voltado para os princípios de equidade e eficiência, a partir de planejamento estratégico integrado pelas três esferas de gestão; e a necessidade de enfrentar distorções alocativas e aspectos que reduzem a transparência e dificultam o acompanhamento do gasto federal, com a importante participação do controle social nesse processo. Esperamos que o conjunto de análises e recomendações trazido neste material possa subsidiar a leitura técnico-política e a atuação dos diversos agentes comprometidos com a defesa do SUS, do público e da vida, tendo no financiamento um dos seus pontos de ancoragem.

Anexos

TRANSCRIÇÕES DAS EXPOSIÇÕES

Mesa Temática: Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Pergunta disparadora: Como viabilizar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças?

Ernesto Bascolo

Chefe da Unidade de Atenção Primária à Saúde e Serviços Integrados da OPAS

Soy el jefe de Unidad de Atención Primaria de la Salud y Prestación de Servicios Integrados del Departamento de Sistema y Servicio de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Para mí, es un placer poder participar y dar algunas palabras y contribuciones desde la Organización Panamericana de la Salud. Voy a hacer una presentación corta, resaltando algunos mensajes, digamos, de lo más sobresalientes que tengan que ver con articular la agenda de financiamiento de la salud como un rol para fortalecer un camino hacia sistemas de salud universales y especialmente para garantizar condiciones de acceso universal a toda la población.

En esta presentación, yo voy a comenzar haciendo un comentario para mí indispensable, en donde reconozco que el financiamiento y el financiamiento público es una de las funciones que son parte de las funciones de los sistemas de salud y no pueden ser interpretado como

una agenda en paralelo independiente a los esfuerzos que tienen las autoridades de salud, fortaleciendo su capacidad de rectoría, gobernanza, incluso incorporando como parte de sus funciones la generación de recursos. En este caso, estoy utilizando la última versión del Marco de Evaluación de las Funciones de los Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud, en donde nosotros, como equipo de la Organización Panamericana de la Salud, hemos tenido una participación importante rediscutiendo este marco y dándole un eje fundamental al análisis de la rectoría y la gobernanza como un elemento, no solamente que facilita, sino que también es la plataforma y orienta el desarrollo del resto de las funciones de los sistemas de salud.

Como ustedes verán acá, en este marco, tenemos sobre la izquierda una columna que da cuenta de las funciones de los sistemas. Las cuatro funciones de los sistemas son la de gobernanza, como yo les mencionaba previamente, un elemento central, porque contiene no solamente el entramado institucional del sistema de salud y su capacidad de gobierno, sino también el ejercicio de rectoría indispensable de las autoridades de salud para garantizar la gobernabilidad de cualquier agenda de política y que garantice el funcionamiento del sistema de salud.

Como mencionaba previamente, también tenemos las funciones de generación de recursos. Esta es una función que incorpora especialmente los aspectos de generación de recursos humanos y tecnológicos. Y por otro lado, la del financiamiento, como ustedes verán más abajo y estas tres funciones - la de gobernanza, generación de recursos y el tema de financiamiento tienen como razón de ser facilitar, desarrollar una función que es clave que tiene que ver con la prestación de los servicios y que incluye no solamente servicios individuales primarios, secundarios, terciarios, el primer nivel de atención y del resto de la red, pero además de servicios individuales servicios colectivos, servicios de salud pública con una perspectiva poblacional. Ustedes verán que hay otra columna subsiguiente que tiene que ver con los objetivos intermedios y después con los objetivos finales.

Acá quiero destacar no solamente el abordaje transversal de la eficiencia y especialmente en los aspectos de equidad, sino también dos dimensiones que son claves para analizar los resultados del desarrollo de estas funciones y, especialmente porque voy a hacer referencia a los aspectos que tienen que ver con el financiamiento, a los aspectos

que tienen que ver con garantizar acceso y calidad de los servicios, como dos dimensiones centrales que dan cuenta de los objetivos inmediatos. Entre los finales podemos reconocer obviamente los aspectos epidemiológicos, que tienen que ver con mejorar las condiciones de salud de la población en su conjunto y garantizar una utilización de los servicios que no empobrezca a las personas. Y en eso, hago referencia al componente de protección financeira. Y al mismo tiempo, este aspecto que se asume con la centralidad de las personas, da cuenta esta dimensión a también responder a las expectativas a las condiciones culturales por parte de la población.

Ahora bien, los sistemas de salud no se producen en el vacío, estos están embebidos en un contexto socioeconómico político cultural y obviamente también afectados por distintos shock entre los cuales podemos mencionar no solamente a los epidemiológicos, como lo nos ha pasado con la pandemia, sino también a otros tipos de shock y cada vez con más frecuencia este me quiero mencionar a las cuestiones de cambio climático. Pero al mismo tiempo, debajo hay una dimensión que también atraviesa, yo diría, no solamente como un insumo, como

un determinante de las funciones de los sistemas de salud - a los determinantes sociales de la salud, sino también su relación con los resultados, con los impactos. Es imposible analizar los resultados de la población sin interpretar el efecto que tienen los determinantes sociales de la salud. Y además, más allá de los resultados finales, que ya había mencionado previamente, también me gustaría reconocer que todo el sector salud, el campo de la salud en su conjunto, también contribuye con ciertos objetivos sociales, que tienen que ver con con la cuestión social, tiene que ver con el bienestar de la población y tienen que ver incluso con el desarrollo socioeconómico por parte de la población. Es decir que cualquier fortalecimiento y mejora del desempeño del conjunto del sistema de salud también redundan en estos objetivos sociales más generales.

Acá, me gustaría, incluso, aterrizar a la perspectiva de atención primaria. Nosotros estamos obviamente utilizando un marco, que no es solamente analítico, que da cuenta de los pilares más importantes de la de la atención primaria de la salud, en donde hay tres componentes fundamentales que están acá en la columna izquierda. Tiene que ver con servicios de salud integrados con un

ênfasis en el primer nivel de atención, incorporando el componente de funciones esenciales de la salud pública. Otros dos pilares que son indispensables y que se articulan. El segundo tiene que ver con las comunidades y con los actores y las comunidades empoderadas a través de mecanismos de participación social que sean los más institucionalizados posible y que garanticen esta mirada territorial de la prestación de los servicios, pero al mismo tiempo, con un rol fundamental en los procesos de formulación de políticas. Y por último, este componente que tiene que ver con las políticas y medidas multisectoriales. Y de esa forma quiero resaltar que la atención primaria de la salud no puede ser pensada sólo a partir de los límites de los sistemas de servicio de salud, sino cuando hacemos énfasis en este abordaje territorial, la necesidad de estar articulando con otros sectores. Pero, si hay algo que en el tema de financiamiento tiene un rol explícito muy importante cuando hablamos de atención primaria, es cuando hablamos de lo que se traduce en el español como palancas de la APS. Es decir, elementos que son los que impulsan estos procesos de atención primaria. Estamos interpretando palancas, algunas de ellas que pueden ser confiadas como estratégicas y

otras operativas, en donde en una y en otras, más allá de los componentes de gobernanza, de los elementos normativos, políticos y del liderazgo. El componente de financiamiento debe ser interpretado como parte de esas palancas estratégicas, fundamentalmente a la hora de interpretar un financiamiento público y sus mecanismos de asignación de recursos en las operativas, especialmente incluso los mecanismos de compra y pago de los servicios. Y por último, en la tercera columna, nos referimos a los resultados de la atención primaria de la salud.

Acá, voy a poner énfasis fundamentalmente sobre las condiciones de acceso y utilización de los servicios de salud con calidad, como una dimensión fundamental, que trabajamos desde la cooperación técnica por parte de OPS. Si hacemos una caracterización de los sistemas de salud en nuestra región, vemos que lo que predomina, al analizar las fuentes de financiamiento público y cuando especialmente combinamos aquellos aportes que tienen que ver con la seguridad social, las contribuciones de la seguridad social versus los aportes que vienen por parte de los impuestos. Y digo, en principio, como una forma de interpelar, digamos, de provocar en este análisis, porque uno podría estar interpretando la configuración

de los sistemas de salud en términos generales, si están orientados con una lógica de la seguridad social versus si están orientados con una lógica de los seguros nacionales de salud. Sin embargo, como ustedes verán, la nube de puntos de países en donde más se ubican los países de nuestra región tienen que ver con sistemas mixtos y que no solamente son mixtos porque combinan ambas fuentes de financiamiento de los sistemas públicos de salud, sino porque predomina la segmentación, diferentes cajas, de esquemas de aseguramiento de seguridad social y público con lógicas que se superponen y que muchos casos es un limitante para construir una agenda de transformación de los sistemas de salud y que garantice condiciones de acceso para toda la población. Pero también vemos en un extremo Costa Rica, que es un país que se organiza, que hay fuertemente una participación de las contribuciones de la seguridad social y poco sobre lo público. Vemos que se organiza con una caja de la seguridad social en el caso de Costa Rica, que es un gran pagador único, digamos, un gran asegurador, incluso, garantizando condiciones de bastante solidaridad en los recursos y trabajando con esa lógica, siendo un sistema muy centrado por la lógica de su funcionamiento como de seguridad social. Y después

vemos una gran diversidad de países fundamentalmente del Caribe, pero acá habría que sumar y se está explicitando la situación de Brasil, como países que están centrados en esa lógica más de seguros nacionales de salud.

Un elemento importante, que obviamente discutimos como condición necesaria, pero no suficiente, para contar con recursos públicos que ofrezcan condiciones de solidaridad en la asignación de estos recursos, uno de los elementos importantes, más allá de la capacidad fiscal que tienen los países, es la prioridad para el sector salud. Acá están estas dos dimensiones. Acá podemos ver cuál fue la capacidad fiscal y cuál fue la prioridad para salud que han tenido esos países. Cuando me refiero a capacidad fiscal, me refiero a cuál es el nivel de recursos públicos que tiene el gobierno en su conjunto, es que ha podido recaudar a través de impuestos. Pero eso como vemos en línea de punto, no nos marca una tendencia clara con respecto a la prioridad de salud. En otras palabras, si hubiésemos encontrado alguna línea, algún comportamiento claro, uno podría partir de la hipótesis que a mayor capacidad fiscal, podríamos encontrar mayor prioridad en salud. Eso no necesariamente sucede como

estamos viendo en la región. Si bien la capacidad fiscal es una condición necesaria para asignar mayores recursos, eso no necesariamente se relaciona con la prioridad para salud que tienen los países.

Y cuando vemos una tendencia, podemos reconocer que a pesar de los desafíos que todavía tenemos habido, y acá estoy hablando de promedios de las Américas, esta famosa distinción, no solamente entre el gasto público en salud sobre el producto bruto interno y el gasto de bolsillo... Acá vemos que en la línea naranja es como en los últimos años ha aumentado de un poco menos del 3% sobre el PIB a más del 4,5%. Esto es un aumento muy importante supera el 3% del gasto sobre el PIB que se va evidenciando en el promedio de las Américas. Y vemos también que no ha sido el resultado fundamentalmente del aumento de la seguridad social que si bien ha aumentado de una forma poco significativa. Y por lo tanto, este crecimiento de lo público está en gran parte explicado por los aumentos de el gasto público, este que han tenido algunos países.

Y acá está, es una clásica slide, que nosotros mostramos que a pesar de los distintos factores existe una relación de alguna forma clara entre aumentar ese gasto público y

una reducción del gasto de bolsillo. Esto lo podemos ver tanto en términos del gasto per cápita, como incluso de estas mismas variables teniendo en cuenta, no solamente el per cápita, sino con el producto bruto interno. En ambos casos, aumenta el gasto público, hay una reducción del gasto de bolsillo. Una pequeña desagregación en este caso es tratar de reconocer algunos bloques, incluso algunos países con dimensiones importantes, el caso de Brasil, prácticamente continental, en donde también podemos ver cómo en estas dos décadas ha habido una reducción del gasto de bolsillo. Sin embargo esta caída del gasto de bolsillo se ha experimentado especialmente en algunos casos y no necesariamente los promedios generales. Acá vemos que México ha bajado un escalón, por lo menos podríamos decir, de los altos niveles que tenía de gasto de bolsillo por lo menos hasta el 2007, 2008. Y por otro lado, podemos ver una caída este del gasto de bolsillo por parte de Brasil, sin embargo, todavía, con niveles importantes.

Yo quisiera también que destaquemos la evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB. Acá, quisiera de alguna forma distinguir la evolución de Estados Unidos, en donde tiene niveles demasiado altos, no digo demasiado

porque sean excesivo, sino porque se alejan mucho de la tendencia y los niveles que tienen el resto de la región y incluso de los países más importantes, pero incluso cuando tratamos de distinguir al interior de estos países, que tienen que ver, excluyendo al caso de Estados Unidos, que pasa con el resto. Y vemos la situación de Brasil, que, en ese lote de sus regiones y países grandes, estaba a principios del 2000 entre los países con mayores niveles de gasto público. Y sus posiciones se reducen y pasa ya a un tercer nivel, ya por debajo del promedio de todo Sudamérica. Eso implica que muchos países de Sudamérica han aumentado su gasto público sobre el PIB de una forma significativa. Acá no está distinguido, pero el caso de Argentina es uno de ellos, Colombia es otro, Uruguay es otro. son países que se han superado un umbral que confiamos de referencia que es el 6% sobre el PIB. En este caso, Brasil no solo no alcanza el 6%, sino que es un factor que explica que Sudamérica todavía esté en esos umbrales, todavía bastante bajo. Incluso si consideráramos Sudamérica sin Brasil es muy probable que los valores de Sudamérica aumenten en forma significativa. Pero ahí quería estar este mostrando de que Brasil se encuentra por debajo de los promedios tanto de Sudamérica, como de los promedios de América.

Ahora en la siguiente, incluso podemos ver la relación de dos dimensiones que para nosotros es importante, que tiene que ver con en un mismo gráfico interpretar tanto el gasto público en salud, como al mismo tiempo, cuál es el peso que tiene el gasto de bolsillo sobre el gasto total de las personas, de las familias. Y acá podemos ver que en la medida que los países, digamos, superan el 20% de su gasto de bolsillo sobre el gasto total, es una señal obviamente de alarma porque eso implica que es un factor empobrecedor de las familias. Y eso para nosotros es un elemento muy importante a la hora de reconocer si existe protección financiera con los gastos públicos que existen. Y por otro lado, el análisis de estas referencias es del 6%. Acá vemos que gran parte de los países de la región todavía están en ese cuadrante, todavía con un porcentaje del gasto de bolsillo muy alto y al mismo tiempo con niveles de gasto público por debajo del 6%, como ya les mencionaba previamente.

Acá, algo que poco aterrizando a la situación de cómo se asignan estos recursos y, fundamentalmente a primer nivel de atención, vemos algunos casos, no tenemos el caso de Brasil, pero podemos ver, para mí, dos elementos muy

importantes, que es que a pesar de que durante el Covid hubo un aumento de el financiamiento orientado al primer nivel de atención, si excluimos los gastos asociados con el Covid, vemos que la situación no es de mejora, sino que, en realidad, el estancamiento y, en algunos casos, incluso de empeoramiento de la asignación de recursos al primer nivel de atención. Obviamente el tema de Atención Primaria excede, para la Organización Panamericana de la Salud, a la prestación de servicios del primer nivel de atención. Sin embargo, confiamos indispensable para fortalecer una estrategia de atención primaria, el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención con capacidades de orientar, de coordinar, de organizar al conjunto de las redes servicios de salud.

Y por último, yo quisiera destacar, porque si bien previamente estuve haciendo énfasis sobre el gasto de bolsillo como una dimensión fundamental, el gasto de bolsillo debe ser interpretado con dos resultados fundamentales - por un lado, como les mostraba en la primer gráfica, la reducción del gasto de bolsillo contribuye a garantizar condiciones de protección financiera y, por lo tanto, asociado a uno de los objetivos finales que tienen los sistemas de salud.

Pero, al mismo tiempo, el gasto de bolsillo es también una de las barreras de acceso a los servicios de salud. Y como yo había mencionado en este gráfico, el tema de barrera de acceso es, de hecho, una de las dimensiones centrales sobre las cuales trabajamos. Y ahí, yo quisiera destacar el rol que tiene el financiamiento, no es simplemente un mecanismo para reducir el gasto de bolsillo de los hogares, sino al mismo tiempo debe ser un arma fundamental a la hora de fortalecer la capacidad resolutive de un primer nivel de atención de los servicios públicos. Y en ese marco yo quisiera considerar, o advertir, que no necesariamente el gasto de bolsillo es la principal barrera de acceso a los servicios de salud.

Acá, quería mostrar simplemente tres ejemplos así muy emblemáticos. Los casos de Colombia y de Perú, en donde han tenido reformas en las últimas décadas, en donde han puesto énfasis en reformas de financiamiento centrada en la reducción de gasto de bolsillo, lo cual, si bien lo han logrado, no han reducido el peso que han tenido otras barreras de acceso, como por ejemplo, la que tienen que ver con la aceptabilidad, o incluso, la accesibilidad organizacional de los servicios de salud. A diferencia del caso de Honduras, en

donde, en ese caso, sí, la accesibilidad financiera que están más asociados con el gasto de bolsillo persiste como la principal barrera. Este, para mí, es un mensaje importante que articula con mis primeras palabras, con la necesidad de estar pensando al financiamiento, no como una agenda en paralelo a las reformas estructurales que necesitamos llevar adelante en toda nuestra región, y especialmente cuando ponemos el acento en el derecho a la salud y en garantizar condiciones de equidad en el acceso, incluyendo las distintas barreras de acceso a los servicios de salud.

Bueno, muchísimas gracias.

Anexos

TRANSCRIÇÕES DAS EXPOSIÇÕES

Grazielle Custódio David

Doutoranda do Instituto de Economia da Unicamp

Bem, bom dia! Muito obrigada pelo convite para participar, para estar aqui com vocês hoje!

Vou começar falando sobre a questão de dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar despesas com ações e serviços públicos em saúde. Um pouco da questão dos dilemas...A gente viveu a partir de 2016 um período muito complicado com o teto de gastos. Ele foi um verdadeiro pesadelo, como a gente sabe. Uma série de gastos sociais foram reduzidos, a possibilidade de crescimento real de despesa com gasto social ficou restringida e isso aconteceu também com a saúde. Além disso, a regra de piso mínimo, de gasto mínimo com saúde, foi alterada. O que a gente tinha antes, a partir da regra de teto de gastos passou a ser somente o valor daquele ano só corrigido pela inflação, sem possibilidade de crescimento real. E agora a gente teve aprovação de um novo arcabouço fiscal, mas se o teto foi um pesadelo, esse novo arcabouço

não é um sonho. Ele tem uma série de problemas que a gente precisa considerar também e continuar atuando, aí depois a gente fala em possibilidades.

Então, quais são as principais questões com esse novo arcabouço fiscal em relação à saúde e outros gastos? Os gastos sociais seguirão pressionados e dependentes de novas receitas para poder expandir. Existe uma série de limitantes, eles são diversificados. É uma regra extremamente complexa, quando a gente vive um momento em que a CEPAL, por exemplo, ao analisar as regras fiscais na região faz um chamado, um apelo, aos países para que eles reformem suas regras no sentido de torná-las mais simples, flexíveis e com cláusulas de escape. Por quê? Porque a pandemia deveria ter nos ensinado algumas coisas e uma delas é que as situações de emergência surgem. Crises sanitárias, ecológicas, elas acontecem e a restrição fiscal não pode ser limitante para a capacidade dos Estados de reagir e atender necessidades das populações frente a esses diversos cenários. Entretanto, o que nós estamos vendo é que muitos países não estão reformando suas regras ou, o que está acontecendo no Brasil, é uma reforma da regra fiscal, mas não dentro dessas características que deveriam ter sido aprendidas.

Mesa Temática: Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Pergunta disparadora: Como viabilizar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças?

Vejamos o caso, não é uma regra simples, é uma regra complexa. Não é uma regra com grandes possibilidades de cláusula de escape, segue limitada. Então, é como se nós não tivéssemos aprendido com o que nós vivemos na pandemia e as dificuldades que nós tivemos para poder garantir uma resposta mais imediata frente ao cenário. Outra questão é que ela está vinculada a ter novas receitas. Então você vai poder aumentar, ter um crescimento real da despesa, se você tiver novas receitas, a cada ano renovando isso. Qual é a real possibilidade que isso aconteça com frequência? Já vi algumas possibilidades de imediato, o governo está tentando adotar algumas coisas, mas a médio e longo prazo, será que isso é sustentável? Então, são coisas importantes. E se isso não é tão sustentável assim, se os gastos vão continuar sendo pressionados, cenários de crises podem vir, vai ficar difícil arrecadar, vai pressionar. O que vai acontecer com os pisos de saúde e educação, porque eles foram retomados? Isso é uma parte boa desse novo arcabouço. Os pisos de saúde e educação foram retomados. Mas se saúde e educação mantêm seu peso, a gente tem um cenário que os outros gastos vão querer crescer e não vão poder pela restrição fiscal. Vão começar a questionar porque a saúde e educação têm

piso. “O que a gente faz com esse piso? Não é hora de desvincular?” E a gente já tem escutado antes mesmo de a coisa desandar. O representante do Tesouro Nacional tem perguntado: “por que que a gente não revê essa questão de piso de saúde e educação? Será que não tem que desvincular?” Isso já está acontecendo. Então é muito importante a gente ter isso em mente.

Bem, falamos de alguns dilemas e dificuldades, mas quais são as perspectivas que nós temos a mais curto e médio prazos? Acredito que a primeira delas, sabendo que esse novo arcabouço não é uma regra fiscal ideal, a primeira coisa é a gente defender a Constituição, que é o que nós temos de mais forte, que é a Constituição Cidadã, e que nos dá essa garantia de piso em saúde, da saúde como direito e outros direitos sociais também no seu artigo 6°. Então, usar a Constituição para defender, resistir e garantir que a saúde e a educação, e depois também outras áreas sociais, tenham seus pisos garantidos. Com a atual regra, a gente precisa de novas receitas para poder ter esse crescimento real do gasto em saúde, que a gente precisa. Então, quais são algumas possibilidades de novas receitas, que a gente pode olhar de uma maneira mais imediata?

No cenário nacional, está toda uma discussão a respeito de reforma tributária. No primeiro momento, a reforma tributária sobre o consumo e, como prometido, no segundo momento, uma reforma mais no imposto de renda. Poderia ser mais ampla, a gente poderia estar falando de reforma do imposto de renda, do patrimônio, de riqueza, são todas as possibilidades de tributação que existem, mas que não se está falando. Está se falando da reforma da tributação de renda nesse momento.

Algumas são muito interessantes. A tributação de dividendos. É fundamental que esse debate sobre tributar dividendo exista. O Brasil é um dos poucos países, não só na região, como no mundo, que não tributa dividendos. O potencial de arrecadação é alto. Outro tema que é muito interessante é a tributação que o governo já propôs, até vou passar rapidinho só para mostrar uma imagem. Essa imagem que o governo está propondo de tributar fundos exclusivos. Eu achei muito didática essa figura que o governo fez porque ela explica o que é esse fundo exclusivo e quem que vai tributar. Vai tributar super super ricos. Olha o que eles mostram: são só 2.500 pessoas que têm, cada uma, 10 milhões aplicados em fundos exclusivos. Isso

representa 0,001% da população que tem 755,8 bilhões só nessas contas de fundos exclusivos. Eu achei muito didático isso que o governo fez e uma proposta muito boa que a gente tem que aprender também com isso daqui, de como dialogar, de como propor.

Outras questões interessantes é a tributação de renda do capital. Então, tributar riqueza, a gente pode ir além, ela pode ser um tributo complementar. Tributo a renda, tributo o patrimônio, mas se ainda tem ativo que não foi tributado, vamos tributar. A América Latina e o Caribe e o Brasil é a região com maior desigualdade de riqueza no mundo. É gigante. Como é que a gente deixa ativo sem ser tributado? Existe uma oportunidade muito grande aí. Outra questão interessante é a gente olhar para a região. Foi muito bom que o representante da OPAS falou antes, porque às vezes a gente fica focado no Brasil e esquece dos nossos vizinhos. E a gente está com uma oportunidade muito interessante na região. É que recentemente, agora, 27 e 28 de julho, em Cartagena, na Colômbia, teve uma cúpula tributária regional e se instituiu constituir uma plataforma tributária regional, que vai ter a secretaria da CEPAL. E eles vão ter quatro prioridades de trabalho. A progressividade

tributária - que os países avancem na tributação, de riqueza, de renda, de patrimônio. Uma cooperação regional para atuar no nível global por uma convenção tributária na ONU e para tributação de corporações multinacionais. Além de trabalhar por uma revisão de benefícios fiscais e pensar numa tributação ambiental, que é um tema importante também no Brasil.

Outro elemento que é fundamental, é a gente fortalecer, pensar promover a saúde como motor do desenvolvimento econômico. A saúde é um direito em si, mas ela também é boa para economia e a gente tem que voltar e insistir muito nisso. Às vezes as pessoas, "tem que limitar, a saúde é um gasto", não, a saúde, ela também é boa para economia, ela pode ser um motor econômico. Quais são as oportunidades que a gente tem aí? Como foi falado, o Carlos Gadelha, que é da casa e está agora no Ministério, promove muito essa questão do complexo econômico industrial da saúde. E agora a OPAS também está com uma cooperação regional para o desenvolvimento industrial sanitário e o Brasil pode liderar essa iniciativa, porque ela está só começando. Então o Brasil pode estar liderando isso, ampliando essa capacidade na região e garantindo a

participação da sociedade civil, que é uma coisa pendente nesse tema.

Outra questão muito importante é que, ainda que no primeiro momento eu falei que a gente tem que defender a constituição e garantir o piso com saúde e educação, acredito que, entre nós, precisamos começar a pensar: será que esse cálculo, a forma como a gente calcula o piso é a ideal? Será que vincular o piso à porcentagem de receita corrente líquida ou à porcentagem do PIB é a melhor opção? Eu acho que esse espaço que a gente está tendo aqui agora e hoje à tarde nos grupos pode ser um bom momento para a gente pensar sobre isso. E por que eu estou colocando isso?

Esse gráfico é de um artigo que foi escrito por mim e pela Ana Paula, que está aqui. A Ana Paula é mestrande no Instituto de Economia da Unicamp também e está na Secretaria de Política Econômica do Ministério da Fazenda. Aproveitando para fazer esse registro porque é um canal aqui com o Ministério da Fazenda também, que é muito importante entre saúde e economia. E com o Professor Pedro Rossi, lá da economia da Unicamp, também. A gente fez algumas simulações para poder avaliar o que de fato aconteceu com

o gasto em saúde desde 2002 até 2019 e fomos colocando diversas regras para poder testar o que aconteceria. Então, vocês podem ver que essa linha verde escura do gráfico, ela representa o que aconteceu com o gasto em saúde, de fato, como foi o gasto em saúde ao longo desses anos. Depois, essa linha preta pontilhada representa assim “e se a gente tivesse garantido...”. Observa que no começo, a linha preta pontilhada e essa “do que foi de fato gasto” estão bem próximas, porque foi um crescimento real da despesa em torno de 6% ao ano. Se esse gasto tivesse continuado crescendo dessa forma, com esses 6% ao ano, seria essa curva preta pontilhada, mas a gente vê que não foi isso que aconteceu. Parou depois, porque a gente teve uma série de mudanças aí. Então, se a gente tivesse tido o teto dos gastos desde o começo, seria essa primeira linha lá. Olha a nossa situação como seria com o teto dos gastos ao longo dos anos. Congelado, sem crescimento real da despesa. Depois, a outra linha seria se fosse só a regra da EC 29 e da 141, que é porcentagem do PIB, que é a variação nominal do PIB. Também ficaria abaixo do que foi de fato. A outra, que tem um crescimento maior, é a porcentagem da receita corrente líquida. Ela seria um gasto maior do que de fato foi, mas qual é o problema?

Ela é muito afetada pelos ciclos econômicos. Vocês observam que no primeiro momento ela vai muito, mas depois ela cai muito também. Então não existe segurança aí. Justamente no momento de crise, ela cai muito. E a questão do PIB, a gente vê que varia menos, mas também sofre esse impacto do ciclo econômico. Então, será que vale a pena a gente manter o piso vinculado a essas duas variáveis, que são o PIB e a receita corrente líquida, que são tão flutuantes? A lei complementar faz uma ressalva aí: não pode ser menor... Ela tenta reduzir esse efeito, mas ainda assim é limitante. Então, será que não seria bom ter uma regra de crescimento real como estava antes? Por exemplo, 6% ao ano? Será? E até quando? Até quando a gente precisa crescer 6% ao ano? Quais são os critérios?

Eu vou passar para o próximo slide, que são essas perguntas, que eu quero deixar para a gente mesmo, para a gente pensar hoje à tarde. Com uma regra de crescimento real da despesa, qual deveria ser essa porcentagem anual? Será que 6%? E quais deveriam ser esses critérios para a gente pensar? Até quando cresceria, digamos 6%? Será que o crescimento populacional, envelhecimento, as demandas em saúde, os custos em saúde, a preparação para futuras

pandemias ou outras emergências, o fortalecimento da capacidade produtiva e da soberania nacional sanitária... Cresceria para sempre? Essa porcentagem deveria ser reduzida em algum momento? Perguntas para a gente pensar a respeito disso: se a gente quer garantir um crescimento real do gasto em saúde, condizente com a necessidade do nosso sistema público de saúde, que tem a intenção de ser universal, equitativo, integral, inclusivo... É isso. Vou guardar para o debate.

Anexos

TRANSCRIÇÕES DAS EXPOSIÇÕES

Mesa Temática: Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Pergunta disparadora: Como viabilizar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças?

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA

Eu vou começar mostrando alguns resultados que são positivos, mas vou ser ácido ao fim. Esse aqui é um estudo que eu desenvolvo, esse não está no Saúde Amanhã, mas eu desenvolvo há muito tempo, que é: quais são os impactos da política fiscal na distribuição de renda, pensando no nível micro? As pessoas são tributadas, as pessoas percebem as coisas... Aqui você tem um esquema de rendas, você começa com uma renda de mercado, essa marca de uma renda primária sem ação do Estado, que é um risco falar isso, porque mesmo a renda de mercado tem o Estado presente, mas a gente meio abstrai isso, mas tem um risco com isso... Aqui tem um monte de endogeneidade. Depois você soma as transferências monetárias públicas (previdência, assistência, auxílios laborais), você desconta tributação direta, aí você tem a renda disponível, desconta os tributos indiretos, também tem um erro – é um erro

muito comum, mas eu não vou perder meu tempo com isso, de descontar indiretos, na verdade não desconta indiretos, se eu tirar indiretos é o poder de compra que muda e não a renda nominal – e, por final, uma monetização do gasto público em saúde e educação. Se vocês forem ver o gráfico, a queda mesmo se deve à saúde e à educação. Quando eu monetizo esse serviço que as pessoas recebem... Ademais é onde mais você melhorou esse impacto redistributivo. Porque você saiu de 2002 para 2018-2019 e para 2017, as distâncias entre as linhas que estão aqui, elas aumentam. Isso mostra como a saúde e educação são de fato os dois serviços, bens públicos, que têm mais impacto do que as próprias transferências previdenciárias, assistenciais e de caráter laboral. E é risível aqui o que a tributação direta faz. A tributação direta não muda quase nada, cai muito pouco, que é do segundo pro terceiro, da gross, da bruta, para disponível. São os dois recados.

Aqui tem uma coisa um pouco mais ininteligível, que é uma decomposição do Gini da renda final. O que eu quero mostrar é que como, quando você tem naquele efeitos marginais, significa que um crescimento bem pequenininho, quase

infinitesimal de qualquer uma dessas coisas – tributos, transferências, saúde e educação - o que que acontece com a desigualdade? Se você for para 2017 e 2018, você pode perceber que é saúde e educação que têm os efeitos marginais maiores e foram crescendo no período, foram se avolumando. Por quê? Porque o coeficiente de concentração, que é como esses benefícios se distribuem, é para pobre. A saúde ficou sendo para pobre. Quando é negativo o coeficiente de concentração, (...) fica sendo para pobre. E ao mesmo tempo, a participação do gasto que eu estimei cresceu na renda de 4,9 para 6,2, depois 5,8. Ou seja, nós tivemos um crescimento do gasto em saúde nesse período, porque de 5,8 para 6,2 é quase intervalo de confiança e, na verdade, a renda de 2017 e 2018 teve um crescimento melhor. Então, o primeiro resultado é que saúde e educação públicas têm impactos distributivos muito grandes, porque as duas são pró – pobre e têm um peso importante na renda das famílias, mais do que outras.

Mas aí por que eles têm esse impacto forte, por que que saúde em especial? A outra coisa, por que é que tem esse impacto distributivo? Não é uma boa notícia. É porque

é muito segmentado o mercado de saúde. Ou seja, se vocês forem ver as colunas, me dão uma porcentagem de filiados a planos por quintos de renda e a outra me dá uma estimativa que eu fiz, graças aos trabalhos no Saúde Amanhã, de quanto que o gasto SUS influencia na renda. Se vocês forem ver, nos mais pobres, nos 20% mais pobres, o gasto SUS equivale a 53% da renda deles e nos mais ricos a 1%, diferentemente da filiação a um plano. Então, você só tem esse grande impacto distributivo porque 25% da população está fora do SUS. Na verdade, usa do serviço mercadorizado. Esse impacto redistributivo esconde uma segmentação, uma heterogeneidade muito grande no consumo das famílias em termos de público e privado. Então a boa notícia não é tão boa. Vamos lá.

Aqui eu começo com o Saúde Amanhã para mostrar outros aspectos positivos. Um primeiro, de um lado tem essa barra de pizza, que é a estrutura de financiamento segundo tributos. Ou seja, eu fui ao Fundo de Participação dos Municípios e ao Fundo de Participação dos Estados e tirei os tributos, não usei o FPM. Fundo a fundo também, fui atrás de qual a composição das transferências fundo a

fundo. Vocês podem ver que tem uma certa concentração nos tributos indiretos, 27,2% é ICMS, 25,7% é PIS-COFINS, e o ISS é 5,3. Ou seja, o financiamento da saúde é regressivo. Mas ao mesmo tempo, o tamanho do leque de tributos... Primeiro, é um aspecto positivo na literatura internacional, quando você tem um financiamento baseado em tributos gerais, não ligado ao seguro social, como nós já não somos mais ligados. Então isso é um aspecto muito positivo. Apesar de serem tributos indiretos, mas não vamos ficar batendo em tributos indiretos porque a Suécia também depende do IVA deles para financiar saúde. Eles nem têm tanto imposto patrimonial. Não vamos associar o melhor Estado de bem-estar social àquele que tributa direto e transfere muito via serviços públicos. Não. De vez em quando se usa o IVA... Parar de bater o pau em IVA, entendeu, em imposto indireto. Eles financiaram o maior Estado de bem-estar social abaixo do Equador. Aí eu estou bem geograficamente, que é o nosso caso. Nós temos uma cobertura previdenciária maravilhosa, não tem país no mundo que tenha a nossa, eu acho que até posso dizer isso. 93% dos domicílios com idosos tem alguém receptor de Previdência Social. Então, isso aqui garante o

SUS, garante também a tributação. E ao mesmo tempo, do outro lado, está “da onde vem o dinheiro e quem gasta o dinheiro”. Esse é outro aspecto positivo também, porque na arrecadação, a maior parte dos recursos, dos tributos e fontes federais, que você for ver embaixo, 149 BI em 2017, 56% vem do federal. Só que o município é responsável por 52% do gasto. Então, esse desenho federativo é um aspecto positivo – o amplo leque e o desenho federativo como um todo. Isso está no texto do Saúde Amanhã. Isso é bom firmar, perceber que além do impacto redistributivo, o desenho federativo também é importante. No impacto restritivo, eu já disse, que tem grande parte ligada a essa heterogeneidade do mercado.

Vamos continuar vendo aspectos importantes do gasto em saúde pelas famílias. São duas colunas - gasto privado, o out-of-pocket, só monetário, bolsillo, como se diz - mas são duas coisas importantes. Porque na POF, o consumo, que eu vou chamar de orçamento, e a renda, como vocês todos classe média alta gastam menos do que ganham. Pobres reportam nas pesquisas déficits orçamentários, principalmente no primeiro e no segundo décimo. Então, quando eu comparo o gasto em saúde com a renda, ele

é claramente regressivo - é a coluna cinza. Ou seja, mas quando eu comparo no consumo, ou seja, só sobre as despesas de consumo, eles pressionam os mais ricos. Ou seja, saúde pressiona rico no seu orçamento, apesar de ele ter folga de renda, e pobres não têm dinheiro para levar à saúde, chega quase a um conceito que o Noronha não gosta, de gastos catastróficos, nesse caso. Mas isso é importante a gente ter presente, que a saúde tanto pressiona o orçamento dos ricos quanto pressiona, e muito, o dos pobres, a despeito desse número. É importante a gente ter presente isso, porque se você for ver o gasto em saúde em termos de orçamento, cresce. Então é só para a gente ter esse quadro também.

Isso aqui é como se compõe o gasto privado, e aí é só para mostrar como também a heterogeneidade está clara, porque a coluna laranjinha é ‘remédios’ e a coluna cinza é ‘planos’. Então vocês veem como é heterogêneo.

Aqui é pra gente ver como a saúde - aqui eu pego um bolo de renda, de despesas totais, o bolo de despesas de consumo, o bolo gastos em saúde, gastos em remédios, gasto em planos. Tudo monetário, porque a POF também levanta

os não monetários, e a gente compara como os bolos se distribuem entre 40% mais pobres, parcela azulzinha, 30% o seguinte aos mais pobres, ou seja, se eu juntar o salmão com azul dá 70% mais pobres. 20% abaixo dos 10% mais ricos e os 10% mais ricos. Evidentemente que ‘planos’ é muito concentrado. Mas se vocês virem a saúde, ela é a mesma coisa que as despesas totais e um pouquinho melhor que a renda. Então, a despeito de a Saúde ter aquele desenho, ela é tão concentrada quanto a renda. E os remédios que parecem ser menos concentrados, eles não são, porque se você pegar os 70% mais pobres, eles são responsáveis por 46% do gasto privado com medicamentos. Mesmo os medicamentos, que pesam muito nos mais pobres, não têm uma participação tão expressiva no bolo. Isso aqui é um quadro muito ruim, ver que a saúde reflete a desigualdade da renda, e mesmo medicamentos, que são o principal item de consumo dos mais pobres, não têm uma distribuição mais equânime, longe disso.

Aqui, a gente estimou o gasto total SUS, como eu disse, em média, em 2019 era R\$ 100 (é mais ou menos o número que nós temos pela conta SHA também). E aí a gente

tem a distribuição entre gasto ambulatorial e gasto por internações. E aí vocês podem ver como existe uma certa diferença no gasto SUS, com ambulatorial sendo até mais pesado entre os mais ricos, ou tendo um peso maior na sua distinção. Isso é interessante de ver também. Isso é para vocês ficarem curiosos e irem no texto no Saúde Amanhã.

E agora eu boto a estrutura distributiva do gasto SUS. Aí muda de figura. O primeiro quinto (de renda), que é 20%, se apropria de 25% do gasto SUS. O meu segundo quinto, com 24%, e assim por diante. Bem distinto da distribuição da renda e bem distinto da distribuição dos planos. Muito distinto! De fato, o gasto SUS é muito mais progressivo e segue a distribuição da população chefiada por mulheres e por negros, segundo os mesmos quintos. Ou seja, se tem uma coisa que o gasto SUS é, é para a mulher e para o negro. Mais um dado positivo, a despeito de isso estar ligado àquela segmentação e heterogeneidade do mercado de trabalho.

Continuando para mostrar a heterogeneidade. Agora eu começo a mostrar o problema maior. O problema não é, desculpa falar isso, mas todo mundo... “Ah, vamos

aumentar o financiamento”, nós temos é que diminuir o setor privado. O meu problema, ou qual é o exemplo disso, nós passamos com o crescimento do gasto real do SUS durante 2002 a 2015... Cresceu em termos reais e a participação da oferta pública diminuiu. Então, não adianta enfiar dinheiro lá porque o povo vai para o plano de saúde, por vários motivos. Tem vários que a gente tem que examinar. Primeiro, porque é barato. Planos aqui, se você for comparar com qualquer país que desmercadoriza... (Por isso que eu tenho muito receio quando a gente começa a falar assim: “ah, a oferta pública é maravilhosa, vamos fazer continha, mostrar quanto que o povo está recebendo”.) Estado de bem-estar social não é quanto se gasta, mas quanto se tira do mercado. Não adianta ficar fazendo “ah, olha quanto a gente distribui”, se a gente não consegue reduzir o tamanho do privado. E isso a gente não tem conseguido fazer, não tem. Está aqui o exemplo, ou seja, a evolução da participação do PIB na saúde e da saúde pública no gasto total. O gasto em saúde chegou em 2017 a 9,4% do PIB e ao mesmo tempo a oferta pública perdeu o espaço. Está aqui claro. Tem um crescimento da participação do gasto em saúde no PIB e ao mesmo

tempo uma diminuição da oferta pública. Então, paremos de só falar de “vamos dar dinheiro para o SUS” porque não adianta. Porque quando a gente dá dinheiro para o SUS, é quando a gente tem uma folga fiscal, como ela mesmo disse, com o novo arcabouço se você crescer vai ter folga fiscal. Sabe o que acontece quando se tem folga fiscal? Tem mais renda no bolso do povo. E o que que o povo faz? Vai para o plano. A elasticidade de renda de saúde e educação no Brasil é da ordem de 1,4. Ou seja, um aumento de R\$ 1 na renda aumenta 1,4 o consumo privado. E aí o que falta são outras coisas, é regulação, é controle, é aumentar o preço. Vamos fazer uma pergunta aqui: “quem é só usuário do SUS aqui? Só do SUS?” Eu pago um plano em torno de R\$ 1.400, se fosse quatro mil, eu sairia. Porque aposto que quem está aqui no SUS é porque não tem grana para entrar no plano. E não ter grana é uma forma de você encarecer. Encarecer é controlar, é regular. Quanto maior a regulação, maior vai ser o preço. Agora, você vê candidatos à esquerda defendendo planos de saúde – “Ah não pode, vamos controlar isso”. Vou chegar nisso ainda.

E aqui, alguns quadros finais, que é a composição

do financiamento para países selecionados. Está lá, a tributação geral é o azul; seguro social; seguro compulsório; seguro voluntário; e out-of-pocket. Se vocês forem pegar e somar a coluna azul com a laranja, que é o financiamento público, vamos dizer, ou por seguro social ou por tributação geral, nós somos o pior do mundo. Nós ganhamos da Índia. Para o resto todo, nós perdemos. Nós somos o país que menos tem financiamento público para saúde, salvo a Índia. Até os Estados Unidos, Suíça, China, Rússia. Evidentemente que muitos desses países não avançaram como a gente no financiamento por tributação geral. Ainda estão presos ao seguro social, que também é heterogêneo, concentrado, discriminante. Mas isso é um recado, dados de 2017.

Aqui, a evolução entre 2000 e 2018 do que é público, planos privados e o que é out-of-pocket. O Brasil é o segundo país. Mais uma vez, a gente tem a companhia de gente muito interessante. Chile, que está ruim como a gente, Estados Unidos... Se vocês forem ver esse quadro, nós temos uma oferta privada muito grande.

E, por fim, aqui é como se financia. O financiamento é

regressivo por quê? Porque os mais pobres pagam R\$18,50 mensais para a saúde, enquanto os mais ricos pagam R\$392,00. Mas lembremos que os mais ricos ganham muito mais do que os mais pobres, então, isso não significa tanta regressividade, mas existe uma regressividade aí. A diferença de R\$18,50 para R\$392,00 é da ordem de 20 vezes, enquanto da renda é da ordem de 40 vezes. Essa é a questão.

Aqui é o quanto participa na renda o gasto privado, o quanto participa na renda o financiamento público e o quanto participa na renda o gasto público. É um quadro, 6,3% sobre a renda é gasto privado; 6,6 é gasto público. Aí tem algum vazamento, eu estou acabando de falar que não é meio a meio, é mais privado, mas é que, na verdade, eu não consigo estimar todo o privado. Os planos de saúde, têm alguns que são empresariais, e essas pessoas não declaram como um gasto, porque também tem benefícios, mas esse é o quadro. A gente pode ver que o financiamento público é muito regressivo, 13 para os mais pobres, 8 para 5. O gasto privado também é muito regressivo 13 e 7, eu mostrei o gráfico, para 5. E o gasto público é altamente progressivo, mas isso não compensa e isso mostra a

heterogeneidade no nosso sistema como um todo.

O meu recado é: para que a gente fortaleça o SUS, diferentemente de outros sistemas que a gente pode apertar um e isso não significa que a gente abre o outro, aqui sim, quanto menos a gente tiver de privado, mais a oferta pública vai crescer. E por onde a gente pode atacar isso? Tem uma questão que é o que eu disse: regulação mais dura. Outra questão: parar com os subsídios, porque se você tiver um hospital filantrópico, você ganha porque é filantrópico, você ganha porque você também desconta o plano de saúde dos próprios empregados nas despesas operacionais, hoje tem isso, tem há muito tempo. O imposto de renda da pessoa jurídica tem um gasto tributário para as empresas fornecerem planos para os funcionários. E você ganha quando você paga despesas médicas do imposto de renda. Carlos Ocké fez conta de tudo isso e dá na ordem de mais de 30, 40% do gasto SUS. Então, parar com subsídios aos gastos privados, ao consumo privado, seja por dedução do imposto de renda (eu sou mais radical – não teria dedução nenhuma), seja por dedução do imposto de renda de pessoa jurídica, seja pela filantropia.

Um hospital filantrópico não paga nada atualmente, não paga PIS-COFINS, não paga ICMS.

E agora, vamos lá, reforma tributária. Adivinha quais são os setores que vão ter desoneração ou isenção das alíquotas, das alíquotas de indiretos? Saúde e educação. E o que mais me impressiona é que tem um monte de gente que acha bonito. Gente, nós vamos ter além do Imposto de Renda (todo mundo aqui que não tem plano, que não está no SUS, não paga R\$ 100 a cada consulta, paga R\$ 67,50. 27,5% eu pago, nós pagamos) ... Se é funcionário de uma empresa, ainda a empresa também não paga, porque aquele plano que ela tem ainda desconta. E o COPEI do cara, ele declara. Aí o hospital que ele vai não paga ICMS ou o novo IVA - não vai pagar, vai ser isento ou desonerado em grande quantidade. Gente, como que a gente vai fazer crescer a saúde pública se a gente fica mantendo dinheiro indireto ou direto na saúde privada? Então não tem conversa, nós estamos dando murro em ponta de faca. Mas não paremos aí, porque como eu disse tem um comportamento societário, econômico, elasticidades de renda muito elevada. Mas tem uma coisa que é a

mobilidade social. A população acredita que você ascende socialmente quando você ascende ao consumo privado de planos e escolas privadas, que são ruins iguais. Existe um engano - e você pega o próprio Presidente da República (agora vou falar mal dele), quando ele fica doente, onde ele vai fazer a cirurgia do quadril dele? Não sei onde ele vai fazer, mas vai ser com o médico que é professor de faculdade pública e que opera em um hospital privado. É a porta giratória na medicina também. Todos esses ban ban bans estão nos dois lugares. Diferentemente do Tancredo que morreu no Hospital das Clínicas, nossos políticos atualmente vão ao Sírio Libanês, ao Albert Einstein, nós também, tá?

Enfim, o meu recado é que eu acho que pra gente ter um crescimento do setor de saúde, da oferta pública, a saída não é meter só dinheiro no SUS (é lógico que é), mas é reduzir muito e muito, muito, muito, a oferta privada, muito mas não é pouco. Muito obrigado.

Anexos

TRANSCRIÇÕES DAS EXPOSIÇÕES

Mesa Temática: Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Pergunta disparadora: Como viabilizar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças?

Sulamis Dain

Professora titular aposentada do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Em primeiro lugar, eu queria dizer que eu acordei sistêmica. Então eu quero trabalhar três temas de uma forma razoavelmente integrada. O primeiro deles é a questão do marco regulatório, o segundo é a questão da reforma tributária e o terceiro é a questão das políticas sociais. E, obviamente, o meu foco é a questão da saúde.

Quando a gente começa com o marco regulatório - e aí eu queria um pouco reverberar o que eu ouvi hoje da presidente da Abrasco. Eu queria manifestar minha indignação por esse controle que está sendo exercido sobre o governo, esse policiamento inadequado que nos fez sair, digamos, de um engessamento total para um engessamento parcial, porque, na verdade, nós continuamos com travas, com limitações, com limitações ao gasto corrente, com limitações ao investimento (e isso, para mim, é a coisa mais negativa de todas) e com uma aprovação do marco

regulatório que leva em conta a necessidade de você fazer um ajuste baseado no equilíbrio fiscal, por um lado... E além do mais, a sua medida de equilíbrio fiscal ou de déficit ou superávit é abaixo da linha, ou seja, o resultado fiscal primário ainda é comprometido por efeito de juros, amortizações, e outras tais ligadas à dívida. Então, isso é um elemento nefasto que vem do marco regulatório. A única vantagem é que, a partir de agora, nós poderemos transformar as decisões do marco regulatório por projeto de lei e não mais por PEC - o que nos dá uma possibilidade futura de avançar nessa direção. Primeiro, é interessante você ter restaurado, recuperado, a ideia do FUNDEB fora desse espaço limitativo, mas não a saúde e a educação em geral. E, portanto, isso vai contra tudo que o mundo desenvolvido, as instituições internacionais estão decidindo em matéria do tratamento fiscal corrente. Você ouviu isso no FMI, no Banco Mundial, na OCDE, em todas as instituições. A União Europeia, por exemplo, aprovou, na crise, um orçamento de investimento. Ou seja, nós não estamos só falando de expansão de gasto na pandemia. Está se reconhecendo a importância do Estado e a volta da necessidade do investimento público. Isso é uma questão

fundamental, que vem lá de trás, porque já na aprovação do Plano Beveridge, houve a separação entre orçamento de gasto corrente e o orçamento de investimento. E, aqui no Brasil, nós conseguimos a proeza de limitar o gasto corrente e também a expansão do investimento, que estabelece um piso mínimo, mas a partir dali você só pode expandir um investimento se você tiver um superávit. Ora, se você está trabalhando numa situação de orçamento deficitário, nós vamos praticar um semi-austericídio, com ênfase, inclusive, na repressão do investimento. Esse é um elemento que nós devemos ter em conta quando a gente vai tratar a questão da reforma tributária, porque, e, também, o financiamento das políticas sociais e da saúde, porque esses elementos estão todos articulados.

A segunda questão que eu gostaria de tratar, é a questão da reforma tributária e a precedência da reforma da tributação indireta sobre a tributação direta. Se nós tomarmos, por exemplo, a participação das várias bases da tributação na carga tributária da OCDE, fizemos uma simulação e aplicamos esses percentuais do PIB sobre a carga tributária brasileira, ou seja, equilibrando, calibrando melhor renda e patrimônio de um lado, e tributação

sobre consumido do outro (eu não tenho nada contra a tributação do consumo, acho que como disse muito bem o Fernando ela é muito útil em muitos momentos, mas eu só gostaria que a gente tivesse um sistema tributário menos regressivo). Então, desse ponto de vista, eu fiz um exercício e esse exercício nos mostra que se nós tivéssemos uma arrecadação e a ela aplicássemos o mesmo percentual do PIB que existe nos países da OCDE, nós poderíamos ter uma tributação de consumo com uma alíquota efetiva de 19% e não os 25% que está calculado e causando escândalo de alíquota efetiva a partir da reforma tributária. O que que isso significa? Que o fato de você trabalhar de uma forma integrada numa reforma tributária entre tributação direta e tributação do consumo, sem enfatizar ou dar precedência, como nós fomos obrigados a dar, porque essa já era inclinação do Congresso... Já tinha ali dois projetos prontinhos e imagina se esse governo, que não tem maioria, entrasse com um pedido "para tudo e vamos fazer a precedência da tributação direta"... Mas isso nos leva a uma situação complexa, que é a seguinte: se nós aprovarmos o sistema como ele é hoje, com as alíquotas que existem, e sem a calibragem necessária da

tributação direta de renda ou patrimônio, isso vai dar um impacto federativo extremamente novo no Brasil, com ganhos, inclusive, de diminuição da regressividade, o Gini, um estudo recentíssimo que saiu no boletim de conjuntura do IPEA, mostra que você vai ter um ganho de equidade, uma diminuição da desigualdade federativa municipal de cerca de 20%. A minha pergunta primeira, que eu acho que é uma questão que nós temos que refletir - como esse descompasso, essa defasagem temporal entre o momento da reforma tributária direta e da indireta, como que nós vamos depois transformar aquilo que está começando a significar que começaria para os municípios com ganhos de arrecadação? E veja bem, o que está acontecendo nos critérios de partilha já estabelecidos e que serão certamente ratificados, é que cresceu a ênfase na população e isso significa que todos os municípios, grandes e pequenos, ganharão, inclusive aqueles que não arrecadavam ISS. Ou seja, quando você substitui pelo imposto sobre bens e serviços e cria um critério de partilha mais universal no total dos municípios, você quase como se criasse um segundo fundo de participação. E isso vai mudar a receita pública municipal disponível. E, portanto, se nós mantivermos as

vinculações municipais, vai aumentar também o gasto em saúde municipal, mantendo-se as determinações dos pisos municipais. Isso é um dado interessante, mas ele também é problemático no sentido de que ele não leva em conta o movimento federativo interno ao SUS, que é absolutamente decisivo e fundamental para toda a normatização de décadas, que vem sendo processadas no interior do SUS no sentido de organizar a distribuição de recursos, chegar à ponta do sistema, organizar um sistema que é fragmentado, diferenciado, com capacidades diferenciadas. E nós não vamos resolver uma questão absolutamente decisiva, que são os vazios tributários, que é central para a questão da equidade. Por que nós não vamos? Porque nós estamos usando um critério que é meramente populacional e nós não estamos levando em conta as diferenças significativas, tanto regionais como intraestaduais, entre os municípios em termos de acesso a serviços de saúde. Sem a materialidade do acesso à saúde não há equidade. Independentemente de como que você possa aumentar o gasto corrente, há uma necessidade absolutamente fundamental por mais equalização do investimento. E essa equalização do investimento, que do

meu ponto de vista essa reforma tributária dificulta, porque ela separa décadas de aproximação entre o federalismo fiscal e o federalismo da saúde, sem colocar nenhum dos critérios que são absolutamente essenciais à saúde fora o per capita. Não há nenhum indicador, e isso é uma chamada que eu deixo para o movimento social, para o Congresso, para a frente da Saúde, frente do SUS, para o governo, para que ele tome atenção nisso de que nós precisamos incorporar algum critério federativo que leve em conta a disponibilidade de serviço, algum indicador disso, não existe. Nós trabalhamos essencialmente com critério per capita. Então vai aumentar a fragmentação municipal, surgirão novos municípios, nós vamos mais uma vez promover a cissiparidade municipal, porque, obviamente, do ponto de vista político e da capilaridade dos pequenos acordos e das emendas, é fundamental que você tenha muitos, cada vez mais. Mas isso é absolutamente irracional do ponto de vista da organização do SUS. Eu queria deixar também essa observação geral. Claro que no meio disso pode haver um avanço também da tributação direta, como já foi dito antes existem várias propostas de mudança na tributação direta que elas independem da questão de uma

Emenda Constitucional, são infraconstitucionais, podem ser feitas hoje, como é o caso da tributação offshore, como é o caso da tributação dos muito ricos, como é o caso da divisão fiscal, como é o caso, inclusive, da revisão, concordo inteiramente com Fernando, da renúncia de arrecadação. Esses são temas, que do meu ponto de vista são absolutamente centrais, e que não estão sendo considerados, ainda não apareceram nesse debate. Está se preocupando muito com regras de partilha constitucional, fundos de compensação, as perdas, só que a gente está esquecendo que essas perdas ou esses ganhos vão se dar ao longo de, quem sabe, até 50 anos. Agora, se o amanhã é hoje, como é que a gente vai contrapor a isso, uma ideia de longuíssimo prazo em que todo esse cenário vai se desdobrar? A única coisa favorável que existe, que é como se tivéssemos um interregno de um ou dois anos para acelerar a tributação direta e promover o maior equilíbrio. E eventualmente repensar esses critérios. Por que esse critérios populacionais? Pelo critério populacional e pelo estudo do Gobetti, 70% da população brasileira ganha, mas o número de municípios que ganha e que perde se separa. Tem um número grande de municípios que perde e um

número grande, enorme, de municípios que ganha. Quem é que perde essencialmente? Muitos municípios ricos, todas as capitais provavelmente, muitos municípios ricos e porque você está adotando, além do mais, o princípio do destino. Quando você muda o princípio do destino, é por isso que você tem essa expansão do ganho municipal, porque os municípios que não arrecadam, mas que são consumidores, passam a poder tributar e há uma partilha que independe se você é consumidor ou produtor, que é uma regra federativa nova. Então, isso tudo vai desarrumar, todo universo federativo, todo horizonte federativo como nós o conhecemos.

Agora eu queria continuar dizendo o seguinte. Além disso, e me parece que é muito importante, passar para terceira ponta dessa discussão de financiamento, ainda como uma questão geral, que é a ideia do financiamento da Seguridade Social. Obviamente que nós já perdemos esse conceito de Seguridade Social como um orçamento, ele não existe mais. Mas o fato é que até hoje, nesse momento, a contribuição é da COFINS para o financiamento da saúde é 67%, o financiamento federal da saúde é feito através da COFINS.

E isso significa mais ou menos uns 20 e pouco por cento da arrecadação dessa contribuição. Essa contribuição, assim como o PIS – PASEP, será transformada numa nova contribuição sobre bens e serviços. Vai se acabar com a ideia de contribuição sobre faturamento e vai se substituir também por uma regra semelhante em matéria de técnica tributária, que vai reger o imposto sobre bens e serviços. Eu achei saudável essa separação, porque na verdade, como o Brasil é um país que tem um federalismo radical, no sentido de que os municípios têm autonomia, eu não poderia resolver tudo no interior de um único imposto. Então, a separação de imposto de contribuição eu achei muito louvável, mas por outro lado nós vamos perder uma coisa que até hoje foi vista como nefasta, que é a ideia de cumulatividade que está associada à contribuição sobre o faturamento. No caso da COFINS, isso vai significar que nós vamos perder arrecadação, a não ser que nós usemos uma alíquota que é bastante maior e isso também é problemático, não é? E por outro lado, queria também lembrar, do ponto de vista da Seguridade, que acabou de ser aprovada novamente (se eu pudesse protestar, estava na rua hoje) é a desoneração da folha de salários para

vários setores da economia. O que que isso significa? Que a Previdência Social é, por uma combinação de mudanças no mercado, no mundo do trabalho, mudanças no mercado de trabalho e desoneração da folha, vai ficar cada vez mais desfinanciado e independente do nosso horizonte demográfico, só pensando nesse aspecto das finanças públicas e da arrecadação tributária. O que vai acontecer? Vai ressurgir, com mais radicalidade, o conflito entre o direito individual e o direito coletivo, porque uma parte da Previdência Social é contratual, baseada no direito individual, a outra é coletiva, que é o direito da cidadania. Nesse caso, o governo federal vai ter de contribuir com mais recursos tributários para o financiamento da Previdência Social. E aí, a saúde vai ter uma vinculação a uma receita líquida, voltaremos a ela, e vai ser diminuída porque a gente vai trabalhar abaixo da linha. E por outro lado, no campo das contribuições sociais, certamente surgirá uma pressão maior por financiamento da Previdência Social. E não esqueçam, que nesse país absolutamente injusto, desigual, rentista, financeirizado e patrimonialista, o direito individual precede e predomina sobre o direito coletivo. Então, haverá certamente, se isso se configurar

sem um aumento da arrecadação, que depende da taxa de crescimento e de novas fontes tributárias, uma nova competição e uma necessidade de redefinir a Seguridade Social, a proteção social como um todo, mas também, esse conjunto emaranhado de regras que vão prejudicar ou vão encurralar, pelo menos, os direitos da cidadania mais uma vez.

Finalmente, eu gostaria de pensar um pouco, além dessas bases de tributação diretas que estão já sendo faladas, mas que estão obedecendo muito mais a necessidade de equilibrar o orçamento do que de propor um maior dinamismo na arrecadação. Essa que é a ideia, está todo mundo correndo atrás do prejuízo e querendo fechar as contas de uma maneira bem comportada. Eu acho que nós devíamos ser muito mal comportados, lutar contra o equilíbrio fiscal, reafirmar a ideia da dinâmica do investimento como uma lógica separada.

Eu passaria também, para não parecer simplesmente pessimista, porque eu não sou, a duas questões para finalizar a minha intervenção aqui.

A primeira delas é que acho interessante a gente pensar também em fontes alternativas ou novas fontes, fora a tributação direta. A gente tem lucros e dividendos, pode fazer por infraconstitucional, offshore - infraconstitucional, os fundos dos milionários, dos super ricos, pode fazer infraconstitucional. Mas além disso, será criado, no bojo da reforma tributária, um novo imposto seletivo e esse imposto seletivo será federal e ele incidirá sobre bebidas, fumo... Deveria incidir também sobre prejuízos ao meio ambiente, prejuízos à saúde em geral. Então a questão dos transgênicos deveria ser considerada, mas nós já colocamos agricultura com o tratamento favorecido, sem considerar nada disso. Nós já tiramos a questão dos alimentos ultraprocessados, mas eu acho que esse imposto seletivo deveria ser reivindicado para saúde, porque é da natureza dos bens tributados serem prejudiciais à saúde e ao meio ambiente. Então, essa é uma proposta, nós devemos acompanhar com muito cuidado a criação desse imposto. A revisão da questão do pré-sal que também e da tributação do petróleo, que é outro elemento que deve ser penalizado na transição energética e que pode eventualmente contribuir para que nós tenhamos mais recursos.

E aí eu vou simplesmente finalizar dizendo que eu também acho que é fundamental, que nós façamos uma revisão da renúncia de arrecadação, porque, veja bem, o que a gente está conseguindo com essa reforma, é que ao mesmo tempo em que você distribui de uma maneira bastante aleatória, mais universal, mas sem levar em conta as necessidades da oferta de serviços (o que está faltando, onde estão os vazios, como que a gente vai resolver?), tem uma outra questão que é a questão da desoneração fiscal. Ela vai aparecer de várias formas, porque você tem ao mesmo tempo setores que já foram considerados como merecendo um tratamento tributário privilegiado, favorecido, entre os quais medicamentos (aí você tem listas positivas, listas negativas), mas ao mesmo tempo que você tem isso, você tem renúncia de arrecadação e você tem o cashback. Por isso é que eu insisti no início, que se você tivesse um sistema mais equilibrado a priori entre a tributação direta e tributação indireta, provavelmente você poderia fazer como na OCDE, ter uma alíquota efetiva de 20% e algumas alíquotas mais seletivas, mais baixas, de acordo com a essencialidade dos bens e não precisaria de nada disso. Esse excesso de isenções, desonerações,

efetivamente leva a um caos no sentido de que nós vamos favorecer, concordo plenamente com o Fernando, os setores mais favorecidos.

Só que eu não vejo, a não ser que haja, uma mudança muito radical no pensamento sobre a relação público-privado e na ação, um aumento da capacidade regulatória, que obviamente é essencial. Então, queria dizer o seguinte: primeiro, que para mim está na hora de voltar a ir para a rua, está na hora de convocar os movimentos sociais, está na hora de policiar esse conjunto decisório que é extremamente complexo, que se dá em múltiplas frentes, muito marcado por um conservadorismo, muito marcado por proteger os já privilegiados. E isso não se pode fazer nem na academia, nem no conjunto das nossas instituições, a Abrasco tem um papel fundamental nisso, todas as instituições da saúde, o Ministério da Saúde tem que acompanhar muito de perto. Mas eu acho que... Estou sentindo falta nos últimos tempos do movimento social. Se de alguma maneira nós pudéssemos extravasar os nossos universos, mesmo ampliados, isso seria um recado fundamental para participação popular, para voltar a dar

força aos conselhos, aos movimentos de participação. E a outra coisa que eu acho é a seguinte: sem o fundo público não há política pública. Toda política, por exemplo, do Ministério da Saúde, não só de garantia dos direitos universais. E neste ponto, eu gostaria de deixar uma reflexão, que obviamente, o fato de os municípios terem mais dinheiro é bom para universalização, por exemplo, da atenção primária. Mas isso tem que ser monitorado pelo Ministério da Saúde, através de uma nova normatização, que leva em conta as transformações federativas. E mesmo complexo, ele depende, no seu poder de comando, do tamanho e da potência do fundo público. Então eu volto como eu comecei, acordei sistêmica e vou embora sistêmica. Muito obrigado.

Anexos

TRANSCRIÇÕES DAS EXPOSIÇÕES

Mesa Temática: A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Pergunta disparadora: Como viabilizar estratégias e mecanismos de alocação para induzir a reorientação do modelo assistencial visando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população?

Claudia Pescetto

Economista Sênior da OPAS

¡Muy buenos días! Un placer estar aquí con ustedes y de participar en esta importante conferencia sobre el fortalecimiento del enfoque de APS, organizada por los colegas de Abrasco.

En esta oportunidad, nuestra participación está referida específicamente a tratar los temas de financiamiento y quisiéramos empezar con algunas reflexiones iniciales. La estrategia de APS, como todos sabemos, se encuentra en el centro de los principios de la salud universal, sean estos: equidad y eficiencia. Y cuando hablamos de equidad y eficiencia, no solamente se trata de hablar del primer nivel de atención aisladamente, sino sobre cómo fortalecer la capacidad de los sistemas de salud en su conjunto para proveer servicios de salud integrados, de calidad y centrados en las personas y comunidades, para poder responder a las necesidades diferenciadas de la población.

Esto, definitivamente, a nivel territorial, se traduce en el diseño de diferentes políticas, en las cuales una parte de ellas está relacionada con los temas de financiamiento. Sabemos que la APS se identifica como una herramienta de política eficaz para mejorar los resultados de salud, reducir la mortalidad, los costos y, también, lo que nosotros denominamos, el gasto evitable. Está referido, por ejemplo, a limitar las hospitalizaciones innecesarias y las visitas a las unidades de emergencia, por ejemplo. Y en este marco, es importante que consideremos que la integración de los servicios y el cuidado también son importantes. Es decir: ¿Cómo poder hacer esa relación de integración entre el primer nivel de atención y los niveles especializados?

La OMS recientemente lanzó un nuevo marco de “Financiamiento y APS” y de cómo hacer el seguimiento a través de los indicadores más importantes de la atención primaria en la salud. Y en términos específicos del financiamiento trata dos temas: uno el “¿Cómo poder financiar y además asignar los recursos financieros?” y “¿Cómo poder hacer un énfasis guiado en base de incentivos en las prácticas de compra y de los sistemas de pago?”. Establece determinados indicadores relacionados

con el financiamiento y la asignación de recursos, como por ejemplo, los porcentajes de gasto en función al Producto Interno Bruto, el gasto per cápita, las fuentes de financiamiento, los fondos contingentes para emergencias. Y en términos de la compra, de los mecanismos de pago, ¿Cómo va a poder incluir los servicios y también los beneficios, los paquetes de beneficios, incluyendo los servicios de primer nivel de atención, como el financiamiento puede seguir determinados lineamientos para poder favorecer y facilitar que se logre mejores resultados de salud, desde una visión integral y no solamente desde la visión del financiamiento?

Para hacer una pequeña introducción sobre cómo se encuentran los indicadores macroeconómicos en la región relacionados al gasto en salud, tenemos este gráfico que nos muestra la distribución entre el gasto público, el gasto privado, así como también el gasto de fuentes externas, financiado con fuentes externas. Y podemos ver, por ejemplo, casi al final sobre la mano derecha, el caso de Brasil, en el cual existe un importante participación del gasto privado aún y un gasto público relativamente a niveles inferiores de otros países, como por ejemplo,

Uruguay, Colombia, Cuba e, incluso, Chile. Si lo vemos de alguna manera como una tendencia del gasto público en salud y del gasto de bolsillo desde el año 2000, podemos apreciar que a nivel de la región, la tendencia precisamente sigue lo que nosotros llamaríamos, el camino óptimo, es decir una reducción del gasto de bolsillo que en el gráfico de la izquierda está graficado con las líneas azul, y un incremento del gasto público promedio que al 2020 se encontraba en niveles de 4,4%, manteniendo siempre la perspectiva de que la propuesta de salud universal plantea 6% como porcentaje del Producto Interno Bruto. Esta misma tendencia en términos per cápita, por ejemplo, se mantiene, como podemos observar en el gráfico de la derecha, con una disminución del gasto de bolsillo pero que en los últimos años se mantiene en una línea prácticamente recta, mientras que el gasto público per cápita tiende a incrementarse drásticamente a partir, más o menos, del año 2002. Si hacemos una especie de mirada a nivel de país, en el primer gráfico, de la mano izquierda, en la parte superior, podemos ver la evolución del gasto, tanto público como privado, en el caso de Brasil, que a 2020 presentaba un nivel de 4,6% del Producto Interno

Bruto, el gasto público. Y una ligera reducción, en el 2020, del gasto de bolsillo en relación con el gasto corriente total en salud, equivalente al 22%, muy cercana a la línea del 20% que mantenemos como recomendación óptima para que el gasto de bolsillo no se traduzca en un incremento en el gasto catastrófico y en el gasto empobrecedor. Si comparamos esta tendencia con otros países podemos ver resultados de alguna manera, que en el caso de Colombia, por ejemplo, resultan ser más óptimos, que sobrepasa el 6% del Producto Interno Bruto y con una disminución del gasto de bolsillo, incluso inferior a los niveles de 20%. Y de otros países, como en el caso de Costa Rica y de Chile, que gastan en términos públicos más que Brasil, pero que en términos del gasto de bolsillo existen diferencias.

En este siguiente gráfico, les mostramos otra característica del financiamiento de nuestros sistemas en la región. Y es el tema de la segmentación por tipo de fuente de financiamiento. Las barras azules presentan, por ejemplo, las fuentes públicas que incluyen las transferencias domésticas del gobierno y también las contribuciones de seguridad social. Podemos ver que Brasil se encuentra casi en el primer cuadrante del hacia la izquierda, entre

el Bolivia y Canadá, en el cual se pueden apreciar que las transferencias domésticas del gobierno representan un componente importante, obviamente donde no existen contribuciones de seguridad social, que están representadas con un color azul un poco más claro como en otros países, y con niveles de gasto de bolsillo y de gasto privado en general, incluyendo el prepago voluntario, significativa. El mensaje aquí es que en la región existe esta diversidad que expresa una segmentación de las fuentes de financiamiento y que definitivamente esto también se traslada en una, al momento de trasladarlo hacia los servicios, a la asignación de recursos en un, también, nivel de fragmentación que se condice con esta segmentación desde el financiamiento.

Algunos otros indicadores más específicos, relacionados al gasto en atención primaria, los presentamos en este gráfico. Y podemos ver el caso de Brasil al lado izquierdo, que es la primera barra en el lado izquierdo, Uruguay que se encuentra al final del lado derecho. Y podemos apreciar que utilizando la metodología de la OMS, el gasto en atención primaria como porcentaje del gasto corriente en salud, niveles de 2019, que es el último dato disponible, se

encuentra alrededor de niveles del 40%, bastante cercano al caso de Uruguay y de otros países para los cuales tenemos información, incluyendo Costa Rica, Canadá, México y Paraguay. Sí ofrecemos una visión en términos de valores per cápita, podemos apreciar que en la región, tanto Costa Rica, como Uruguay, son aquellos países que presentan un mayor nivel de priorización, o de inversión, utilizando esta metodología de OMS sobre los niveles de gasto en atención primaria de salud, mientras que Brasil, podríamos decir, se encuentra en un punto medio, si consideramos los niveles bastante superiores en el caso de Costa Rica y de Uruguay.

Algunos retos. Si bien esta información resulta de utilidad para poder hacer comparaciones, es que en la medición del gasto en atención primaria, debemos considerar que existe una escasa información disponible y en lo cual nos hace difícil, por ejemplo, poder construir gráficos de tendencia, de la evolución de este indicador en el tiempo, que solamente se limita a algunos países y, por lo tanto, limitan la capacidad de análisis de la información.

El “¿Cómo medir el gasto en atención primaria de salud considerando su complejidad y la diversidad de

la configuración a nivel país?” es otro de los retos que tenemos, porque las definiciones a nivel país y los niveles de resolutivez diferentes que se encuentran en cada uno de los países genera una especie de sesgo en poder comparar cuánto realmente es lo que estamos pudiendo explicar con este indicador. Sabemos también que los sistemas de información, en la mayoría de los países, en el caso de Brasil no es así porque existe cierto nivel de interoperabilidad, pero en la mayoría de los países de la región no es el caso. Y también la diferencia en los niveles de desagregación que nos puedan otorgar la información necesaria, como para poder hacer un análisis mucho más detallado, minucioso, de lo que realmente se ofrece como niveles de inversión en la atención primaria de la salud en los diferentes países de la región.

Y si consideramos, por otro lado, el tema del acceso con un riesgo y la medición de los niveles del riesgo financiero, podemos ver que en los últimos datos disponibles que se utilizan para medir el indicador 3.8.2 de los indicadores de desarrollo sostenible hacia el 2030, en el caso de Brasil la población que tiene gastos, que presenta gastos, de los hogares en salud mayores al 10% del gasto total

presupuestario de los hogares. se encuentra en un nivel muy muy inferior, por ejemplo, al caso de países como el de Argentina o el de Ecuador, el de Perú y de algunos países del Caribe. Pero, por encima del riesgo financiero que presentan países como, por ejemplo, Colombia y Costa Rica, considerando la diferencia que existe en el tipo de organización del sistema de salud y las diferencias que existen en los diferentes sistemas de salud de la región, que se encuentran representados en este gráfico.

Nosotros realizamos un estudio de gasto en APS con la intención de medir la priorización, que se dio al primer nivel de atención durante los años de pandemia, durante 2020 y 2021, principalmente, y comparándolos con los niveles de 2019 en algunos países seleccionados de la región. Y lo que aparece como resultado es, que si bien es cierto, la pandemia reforzó la necesidad de priorizar la inversión en atención primaria de salud y principalmente en lo que se refiere a intervenciones de prevención y promoción, como una condición necesaria para construir sistemas de salud resilientes junto con el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública y los determinantes sociales de la salud, hubo diferentes tendencias. Estos dos gráficos

representan a Panamá y República Dominicana y se puede apreciar que incluyendo los gastos para la Covid 19, el porcentaje de participación presupuestal para el primer nivel de atención disminuyó si lo comparamos en función al año 2019.

En esta diapositiva presentamos el resto de los países en los cuales se muestra una reducción, en la mayoría de ellos, en la prioridad de la inversión en el primer nivel. Pese a que el primer nivel jugó un rol fundamental, cuando se excluye lo relacionado con los gastos Covid-19, si lo vemos por países, por ejemplo, en el caso de Chile tenemos en el lado izquierdo, el gasto en atención primaria, en el primer nivel de atención incluyendo los gastos en Covid. Y en el caso de la derecha, las tres barras representan el gasto excluyendo los gastos en Covid, y podemos ver que el gasto en nivel en el 2021 resulta inferior a los niveles de inversión en el 2019. La única excepción, la representa Perú, con una mínima variación positiva cuando se compara los datos de los gastos del 2021 con relación al 2019, y ustedes lo pueden observar en el gráfico de la derecha.

¿Qué se requiere, entonces, para fortalecer la inversión en atención primaria de salud y en la operacionalización

del primer nivel de atención, como la representación de la concentración de las actividades en promoción y prevención? La propuesta desde OPS y de la propuesta desde salud universal y de los sistemas resilientes, es el tener una mirada holística desde el financiamiento a través de las tres funciones - tanto de la recaudación, como de la mancomunación y de cómo los recursos se asignan y cómo esto se derivan y se instrumentalizan en la compra. Porque no se trata solamente de tener más recursos, sino de cómo se administran, y cómo esto se asignan, y cómo luego esto se ejecuta en la relación con los proveedores. La propuesta desde OPS es también que se incluyan recursos suficientes, que estos sean sostenibles, que sean mayormente de fuentes públicas, y que se priorice el primer nivel de atención. Que exista y se garantice el acceso a servicios sin riesgo financiero, de manera que se garantice la gratuidad, pero también con una mayor disponibilidad de los recursos. El considerar que la distribución territorial refleja necesidades, pero que el rol del nivel central requiere acciones para corregir las inequidades que la territorialidad define, sobre todo ello, en aquellos ambientes o entornos descentralizados. Que

existan incentivos alineados con una visión integral de los servicios y del cuidado, combinando indexadores de capitación, por ejemplo, en la asignación de recursos con indicadores de resolutivez, que nos permitan ir midiendo no solamente cuanto se asigna, pero también como los recursos son utilizados y ejecutados desde la visión de los servicios. Una manera de verlo es incorporar en el análisis, por ejemplo, el indicador de hospitalizaciones evitables que nos dan una especie de medida de los niveles de resolutivez del primer nivel de atención. Y finalmente y no menos importante, la necesidad de abordar desafíos de la gestión financiera pública y los que esta regulación impone para que puedan tener un efecto contra la equidad y la eficiencia en la forma en que se permite la asignación y la ejecución de los recursos.

Algunos desafíos que se nos ponen en el medio, en función a estas intervenciones que se recomienda desde la visión de OPS, es el tener claridad en que los números macro generalmente esconden la complejidad del financiamiento de la atención primaria de salud cuando la consideramos como una estrategia. En los casos en que existe una visión de atención primaria de salud descentralizada, a cargo

de los gobiernos subnacionales, existe la persistencia de inequidades entre los municipios entre los niveles locales con respecto a la disponibilidad y a la capacidad de brindar servicios de una calidad homogénea dentro de esta visión integrada de APS. En algunos países, como por ejemplo el caso de Brasil en particular, el reto podría ser el “¿Cómo coordinar el financiamiento de la atención primaria de la salud y de la estrategia de salud familiar a través de los diferentes componentes de esta con la atención especializada?” Poder lograr esa integración y el intercambio, así como las acciones de referencia y contrarreferencia, que permitan que la atención siga al usuario y que no sea el usuario que tenga que seguir a la atención. El tema de la descentralización político-administrativa en algunos países presenta desafíos en la gestión de los recursos públicos y en cómo esto se evalúan, se monitorean y se ejecutan en los niveles locales. El tema de la regulación y el monitoreo de la participación del sector privado, la diversidad en los sistemas de pago, que no necesariamente se encuentran o mantienen unos niveles de integración entre la forma en cómo se paga el primer nivel de atención versus en cómo se pagan a los hospitales y que no mantienen necesariamente

una visión de red. Y la necesidad, finalmente, de proveer a incentivos adecuados para lograr esa integración de los servicios y del cuidado, incluyendo las limitaciones que generan las regulaciones laborales y las regulaciones de los recursos humanos en salud, teniendo en consideración que, por ejemplo, el primer nivel de atención es altamente intensivo en recursos humanos en salud.

Con esta diapositiva les dejo los principales mensajes y deseando que tengan una muy buena reunión. Estamos dispuestos y quedamos a su disponibilidad para seguir conversando sobre cómo desde el financiamiento podemos fortalecer esta visión integrada de la atención primaria en salud. Muy buenos días. Muchas gracias.

Anexos

TRANSCRIÇÕES DAS EXPOSIÇÕES

Mesa Temática: A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Pergunta disparadora: Como viabilizar estratégias e mecanismos de alocação para induzir a reorientação do modelo assistencial visando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população?

Fabiola Sulpino Vieira

Coordenadora de Saúde (Disoc/Ipea)

Bom, já é boa tarde. É um prazer enorme estar aqui com vocês e eu gostaria inicialmente de parabenizar pela iniciativa. Eu acho que essa discussão sobre os problemas estruturais do SUS, é algo que a gente está há muito tempo devendo. A gente tem que colocar isso na agenda. A gente tem que avançar nessa discussão. E essa iniciativa casa muito com uma iniciativa que o IPEA está conduzindo agora, o projeto Prioriza SUS. Nós teremos um seminário no próximo dia 14, vai ser transmitido pelas plataformas do IPEA e, nesse seminário, nesse primeiro debate (eu vou precisar fazer uma propaganda, usar um tiquinho do tempo para poder fazer isso), nós estamos discutindo justamente duas questões principais: a gestão estratégica, com foco no planejamento, monitoramento e avaliação do sistema, e coordenação federativa, que contou com a colaboração da Luciana, e que vai estar no debate sobre esse tema. Agradeço muito. E a gente, enfim, tem que

avançar bastante nessa discussão de como solucionar os problemas estruturais do sistema. E eu também tenho que dizer que na discussão de financiamento, a gente já vem cooperando, IPEA e Fiocruz, a Ensp, no debate sobre financiamento. Começou com a discussão sobre um projeto sobre financiamento da Atenção Primária. Os nossos laços estão se estreitando e a gente está fazendo agora uma cooperação, em fase de formalização, entre a nossa Coordenação e a Ensp, para avançar na agenda, no debate, sobre discussões envolvendo o financiamento do SUS. E a gente quer realmente fortalecer ainda mais essa discussão, porque pretende partir de um debate sobre necessidades de financiamento. Quanto recurso a gente precisa para financiar “que” atenção primária, “que” média e alta complexidade, de forma adequada. Então a gente precisa de um reforço muito grande das equipes e essa sinergia do trabalho de vários pesquisadores é fundamental. Enfim, eu não poderia deixar de parabenizar a Fiocruz por essa iniciativa, que acho fundamental, e de dizer que estamos em sintonia. Acho que isso é extremamente importante.

Eu sou meio disciplinada, então procurei fazer a lição

de casa que era de tentar responder à pergunta que foi proposta para a mesa. Eu não trouxe slides, eu costumo trazer muitos números, dessa vez eu não trouxe. Mas eu gostaria de falar, de iniciar minha fala destacando (acho que) três problemas em relação à questão da alocação de recursos. E, ao mesmo tempo, já pensar um pouco no que a gente poderia fazer.

O primeiro problema, que já foi posto na mesa da manhã, é a discussão sobre financiamento. Se a gente não tiver estabilidade no financiamento, se a gente não tiver sustentabilidade, a gente não vai conseguir fazer uma alocação de recursos para dentro do sistema, que possa promover equidade, garantir qualidade do serviço. Então esse é o primeiro ponto. E aí vem as questões que já foram apontadas, a Grazielle tocou nisso. Os outros pesquisadores também. Embora o Fernando, meu colega de IPEA, tenha dito “olha, não fique muito nesse debate sobre o financiamento – ‘mais recursos para o SUS’”, eu tendo a discordar um pouco dele. Eu acho que a gente precisa sim alocar mais recursos, fazer o debate sobre público-privado sim. Mas a gente precisa alocar mais recursos para o SUS, só que tem que fazer isso de uma forma

planejada. Não adianta simplesmente alocar o dinheiro e não fazer um planejamento sobre como se pretende que esse recurso seja alocado para dentro do sistema. Nesse primeiro aspecto, que é o do financiamento, é aquilo que a Grazielle colocou. A gente tem um novo arcabouço fiscal que revoga o teto de gastos, mas isso não nos deixa em uma situação confortável. A gente volta para, no caso da União, uma aplicação mínima de 15% da receita corrente líquida, que pode ser bom se a Economia estiver indo bem. Com 15%, se a receita cresce a gente ganha um dinheirinho a mais. Mas se a gente tiver crise econômica, como ela apontou, a gente pode ter uma redução desse valor da aplicação mínima federal. Então, acho que a nossa luta, o debate sobre o financiamento do SUS continua. Desde que o SUS foi criado a gente não pára de discutir isso. E a trajetória mostra que as vinculações orçamentárias foram fundamentais para proteger esse gasto. Mesmo com as vinculações, a luta foi grande. A gente teve problemas com a União, que não cumpriu as aplicações, que questionou a regra. Naquela regra do valor de aplicação mínima baseado no valor empenhado corrigido pela variação nominal do PIB, a gente teve vários problemas numa discussão sobre

regras. A gente teve muitos restos a pagar, no caso da União, cancelados depois. Depois vem a lei complementar para tentar regular isso e tentar determinar que em caso de cancelamento de restos a pagar que comprometa aplicação mínima, esses recursos têm que ser repostos.

No caso dos estados, sem a lei complementar 141, muitos estados não cumpriam a aplicação mínima, discutiam o que que era a despesa com ação e serviços públicos de saúde, colocavam na conta recursos, despesas, que não poderiam ser consideradas, mesmo tendo orientação do Conselho Nacional de Saúde, por uma resolução, do que que poderia ser considerado ou não. A trajetória inteira da discussão de financiamento público em saúde do Brasil nos mostra que não dá para a gente prescindir de vinculação - tem que ter aplicação mínima regulada, obrigatória. E a gente precisa lutar, nesse momento, por uma regra que proteja o gasto no caso de crises econômicas, porque 15%, se a gente tiver uma crise, uma receita que caía, nós vamos ter problema em relação ao financiamento da saúde. Então, assim, a gente continua na luta, continua em um debate sobre a questão da aplicação. Sem recursos adicionais, a gente permanece com o mesmo impasse. Se não tem dinheiro

a mais, aquela regra de discutir metodologia do rateio dos recursos federais permanece no impasse, ela não ocorre. Por que até hoje não foi pactuada a metodologia na tripartite como determina a lei complementar 141? Porque não tem dinheiro extra. Se eu vou tentar realocar, conforme aqueles critérios, os recursos existentes, para alguém ganhar, outro vai ter que perder. E aí nenhum estado e nenhum município vai aceitar perder em um contexto em que os municípios já estão fazendo um esforço muito grande para alocar recursos, e no caso do estados, que passaram a cumprir as suas aplicações mínimas a partir de 2012 com a lei. Então, um grande problema é: sem recurso adicional, não se consegue fazer a discussão sobre os critérios de rateio e operacionalizar aqueles critérios de rateio que foram colocados na lei, no artigo 17 da lei complementar 141.

O segundo problema é o da ausência de planejamento estratégico do SUS. Acho que o debate do financiamento, como a Grazielle apontou, a gente permanece na luta. Agora tem um detalhe: não pode ser somente colocar mais recursos. Aí o Fernando tem razão, você tem que discutir outras questões. E quais são as outras questões, gente? A gente não discute gestão no Brasil, é muito difícil. A gente

não discute planejamento. Planejamento governamental no Brasil parece que é uma coisa, é um tema, que todo mundo foge. E sem planejamento, sem fazer planejamento do recurso e sem olhar para o SUS como um sistema, como uma organização em rede, a gente não vai superar isso. Não tem planejamento dos investimentos. O governo federal acabou de anunciar um novo PAC e recursos para a saúde. Claro, isso é extremamente importante, mas veja bem, o recurso foi anunciado, recurso de alocação do governo federal. Ao mesmo tempo, você tem município fazendo investimento, você tem estado definindo investimento, você tem governo federal fazendo investimento, com esses recursos escassos existentes. Mas ninguém está pensando em um plano do sistema de saúde, do SUS, para pensar como é que a gente cria sinergia com esse(s) dinheiro(s) que estão sendo alocados pelas três esferas de governo. Se não tem planejamento, cada um trabalha de um jeito, olhando de uma forma diferente, sem criar sinergias necessárias para alocação desses recursos. E aí a gente tem uma dificuldade muito grande, porque o planejamento ascendente - que é muito difícil de pensar, operacionalizar, que está previsto na lei 8080, ele não se concretizou até hoje. Um planejamento que começa

com uma discussão das necessidades de saúde nos municípios. Que esse planejamento municipal seja considerado em uma discussão de planejamento estadual, que seja olhado pelo Ministério da Saúde. Porque cada um vai olhar o seu território, o município olha o seu território, o estado olha o seu território. Quem tem obrigação de olhar para o todo é o Ministério da Saúde, é o governo federal que vai olhar. E qual é o papel principal do governo federal nessa história toda? Reduzir desigualdades, olhar para essas diferentes necessidades. Os números que a gente tem, embora a gente tenha melhorado muito, ainda mostram grandes desigualdades. (A gente tem um capítulo em que a gente faz acompanhamento da política de saúde, a gente publica pelo IPEA, no boletim de políticas sociais.) A gente fez uma análise mostrando que ao longo dos anos a alocação federal de recursos melhorou muito as diferenças de aplicação per capita entre as regiões. Mas qual o problema? Essas diferenças ainda existem e são muito grandes. Ainda há uma desvantagem muito grande em relação à aplicação per capita do todo, considerando todos os recursos das três esferas nas regiões Norte e Nordeste, onde você tem vazios assistenciais muito grandes. Então, essa questão da alocação de recursos e

desse papel do governo federal é fundamental, e sem planejamento não é possível criar as sinergias necessárias para que esse recurso seja alocado da melhor forma possível. Acho que esse é um aspecto extremamente importante dessa discussão. Como fazer isso? Não é simples, mas eu acho que a gente colocou de pé o Sistema Único de Saúde. Eu falo 'a gente', porque cada um de nós aqui contribuiu de onde está. Eu passei pela gestão também, eu fui técnica de secretaria, agora estou lá no IPEA e continuo trabalhando pelo SUS. Cada um de nós contribuiu, à sua maneira, para construir esse sistema. Quem imaginaria nos anos 70, construir um sistema universal, integral, igualitário? Quantas vezes muitos países devem ter questionado como é que o Brasil, país de renda média, vai se atrever a fazer algo desse jeito? E acho que muitos de nós fomos ousados, aqueles que pensaram foram muito ousados, os que desenharam o sistema foram muito ousados, e nós que estamos no dia a dia do sistema também. Por que que a gente não consegue dar conta de pensar um método para discutir planejamento ascendente de fato, para tratar o SUS como uma organização em rede, que é o que ele é? Se não tem essa visão do todo, como é que a gente vai fazer? A gente vai continuar trabalhando

de forma extremamente isolada, fragmentada, que é o que acontece hoje. E tem que ter transparência, tem que ter sistemas que nos mostrem os compromissos de cada ente governamental no seu plano de saúde, quais são suas metas. Essas metas foram alcançadas? Quais as metas dos estados? Quais as metas do Ministério da Saúde? A gente precisa disso. Para ter uma gestão estratégica de verdade: para onde a gente quer ir? Para onde o sistema vai? É para reduzir desigualdade? De que forma? Quais são as prioridades? Que ações serão implementadas, olhando para esse sistema como um todo? Acho que um grande desafio para todos nós, envolve a questão do planejamento, envolve gestão. Não adianta apenas discutir recurso. Se a gente tem 15% da receita corrente líquida hoje, e se a receita crescer, a gente tem um dinheirinho a mais. Não dá para simplesmente pegar o dinheirinho a mais e sair alocando sem planejar. A gente precisa, mesmo com o pouco que tenha, pensar como usar bem e alocar bem esses recursos. Aí a gente tem o terceiro problema, que foge um pouco da nossa governabilidade, mas que impacta muito, que é a questão da alocação do recurso sem considerar necessidades, mas que envolve outros atores políticos, envolve o legislativo. Então aí você vê as emendas

parlamentares. E as emendas parlamentares, elas têm feito coisas que são extremamente complicadas para a gestão do Sistema Único de Saúde. Tenho aqui alguns números, eu acho até que a Kalu talvez tenha números mais atualizados, mas para vocês terem uma ideia, entre 2015 e 2020, dos recursos federais, a gente passou do valor de despesa empenhada de dois bilhões em 2015, para 12,3 bilhões em 2020. Subiu de dois para 12 bilhões de reais essa despesa empenhada por emendas parlamentares. Isso chega, se a gente tirar os recursos da Covid, porque a Covid foi um excepcionalidade, a questão da Covid acaba dificultando as nossas análises por uma série de fatores... Mas a gente chega em 2019, por exemplo, a 10% das despesas empenhadas do Ministério da Saúde por emenda parlamentar. Então, essa é uma questão extremamente importante. Falta transparência. Quando a gente vai olhar, nesse período, para onde que foi esse recurso, quem é o parlamentar que está alocando esses valores? A gente vai verificar que uma parte do recurso, não se consegue identificar, emenda de relator, a gente não sabe que município, por exemplo, recebeu o recurso, e quem foi o parlamentar. Por isso gerou toda aquela polêmica no Supremo Tribunal, com a determinação da

Ministra Rosa Weber para publicização dos valores. Mas nos sistemas de informação do orçamento, a gente não tem a informação para parte desse recurso, de como é que esse dinheiro foi alocado e para quais áreas prioritárias. No caso da transferência para municípios, as áreas prioritárias são: primeiro a atenção básica, a atenção primária. Para vocês terem uma ideia, dos 10 bilhões que foram de transferência, em 2019, 10 bilhões de transferência para municípios, 6 bilhões foram para atenção primária. Depois, em segundo lugar, vem a média e alta complexidade com 3,8 bilhões e, residual, para vigilância epidemiológica, isso por subfunções, a vigilância epidemiológica e para saneamento. Então, uma grande parte do recurso hoje, e isso é um grande problema, está sendo alocada por emenda parlamentar. Qual é a principal dificuldade? Não é que não seja legítimo que o parlamentar determine a alocação e beneficie a população de sua região. O grande problema é que no contexto de recursos muito escassos, e nesse período nós estávamos sob a vigência do teto de gastos para a União, esse recurso limitado, em grande parte foi alocado tendo como critério principal o critério político, ao invés daqueles critérios que determinam a lei 8080, que vê as necessidades de saúde, indicadores epidemiológicos,

enfim, sanitário, capacidade de oferta de serviços, que são os elementos que constam lá.

Com isso, a gente tem nesse período, com essa alocação de recursos, uma série de problemas são criados. Quais são os municípios que estão sendo mais favorecidos por essas emendas parlamentares? São os de pequeno porte que estão recebendo um valor per capita para atenção primária muito superior aos demais municípios de médio e grande portes. Isso acaba gerando uma série de distorções. No período de 2015 a 2019, a Luciana e eu, a gente acabou fazendo um estudo e mostrando nesse trabalho que ao alocar esse recurso por emenda parlamentar (vocês lembram do modelo anterior que a gente tinha de alocação de recursos para atenção primária, que tinha critério de equidade e que não dava tanta diferença no valor per capita alocado por grupos de municípios - quatro grupos de maior vulnerabilidade para menor vulnerabilidade social), você distorce completamente esse modelo. O modelo do Ministério para de existir. A questão do critério de equidade para a alocação desses recursos. Então as emendas acabam fazendo isso. Nessa análise do capítulo de saúde do IPEA que a gente fez, a gente resolveu fazer uma

análise calculando a curva de Lorenz para o recurso APS sem a emenda, sem incremento para custeio por emenda parlamentar e a gente verifica que quando você adiciona o recurso, o incremento para atenção primária à saúde, você aumenta a desigualdade na alocação desse recurso. Será que isso é bom? A gente não sabe. Mais estudos são necessários para averiguar se realmente quem recebeu são aqueles municípios que necessitam, têm maiores necessidades de saúde. Parece que não. Quando a gente olha municípios de 5 mil habitantes recebendo volume enorme de recursos para atenção primária, a questão que fica é: como é que esse gasto está sendo realizado? Em que que ele está sendo realizado? Uma parte das emendas não pode ser usada para pagamento de despesa com pessoal. Então, se não é pessoal, que é o principal item de despesa na atenção primária, está financiando exatamente o quê? Existem várias questões abertas em relação à alocação de recursos envolvendo as emendas e a gente ainda precisa realizar uma série de estudos para tentar entender um pouco mais esse contexto.

Mas o recado é, é difícil, nós temos esse problema para ser enfrentado, que é esse tipo de alocação dessa forma.

Mas se nós não temos um plano de investimentos do sistema, se nós não temos um planejamento claro feito pelo sistema, fica muito mais difícil induzir a alocação do recurso por estes parlamentares para as áreas que são realmente prioritárias. Eu acho que se a gente tem um plano, se a gente consegue ter de fato um plano de investimentos - e agora é um problema, porque esse é um outro detalhe que eu esqueci de mencionar. Por causa da emenda do teto de gastos, de você ter uma aplicação mínima congelada no governo federal até recentemente, qual é o problema? O Ministério teve que reorientar essa alocação para custeio. Não é mais para investimento. Não dava para ser investimento, porque se você investe, você vai ter que financiar o custeio depois desse serviço. A maior parte foi para custeio. Acho que agora que caiu o teto de gastos, já se tem anunciado que para o ano que vem, a gente terá recursos adicionais para o Ministério da Saúde. Eu vi 22 bilhões, agora eu li uma matéria com 30, acho que talvez o Funcia possa dizer com segurança quanto que a gente terá a mais para o ano que vem. Esse recurso adicional para o ano que vem, ele precisa ser bem pensado. Por que não operacionalizar os critérios

de rateio, já iniciar um processo de discussão? Então, eu acho que falta para a gente a questão de uma gestão mais estratégica do sistema. A gente tem os planos de saúde, tem os planos das secretarias, mas a gente precisa pensar o sistema. E para pensar o sistema, tem que ter um plano de investimentos para o sistema. E aí eu acho que a gente consegue ter recursos e mecanismos para tentar induzir melhor uma atuação parlamentar que vá no sentido de ser aquele do interesse de fato, das necessidades da população na alocação desse recurso.

Enfim, gente.. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a oportunidade e dizer que nós estamos em uma parceria bastante frutífera, já há algum tempo, com a equipe da Fiocruz e eu espero que a gente possa contribuir cada vez mais para esse debate. Muito obrigada.

Anexos

TRANSCRIÇÕES DAS EXPOSIÇÕES

Mesa Temática: A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Pergunta disparadora: Como viabilizar estratégias e mecanismos de alocação para induzir a reorientação do modelo assistencial visando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população?

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES)

Boa tarde.

Eu vou procurar fazer a minha apresentação contando com o rigor da nossa coordenadora da mesa para me avisar, porque eu só vou procurar estourar um minuto essa discussão da alocação de recursos, puxando, fazendo, a interface com a questão do financiamento.

Eu vou fazer uma abordagem um pouco diferente das apresentações que até aqui tivemos na mesa. Queria parabenizar a Kalu e todos aqui que estão participando da organização desse evento na Ensp/Fiocruz, porque eu acho que essa possibilidade da troca, dos diferentes olhares, é fundamental. Eu acho que isso é inclusive o que diferencia o SUS das demais políticas sociais. Ele é um processo de construção coletiva desde o início. E essa construção coletiva, ela se dá desde a ponta, daquilo que quem está tocando o sistema, de quem está pesquisando o sistema,

de quem está gerindo o sistema. Enfim, acho que é essa riqueza que o SUS tem e que em outras áreas não aparece com tanta força.

Eu vou focar em três grandes blocos nessa minha discussão, lembrando que são 20 minutos, então a gente vai ter que ter coisas que nós vamos correr e vão ter coisas que depois, talvez à tarde, a gente aprofunde nos grupos.

Então, vamos lá. O primeiro bloco é olhar a questão da alocação de recursos e do financiamento, a relação dessas coisas, à luz da diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS, no processo de planejamento e fiscalização da aplicação dos recursos ASPS - ações e serviços públicos de saúde. Como disse, é só lembrar que o SUS tem um desenho legalmente definido, institucionalmente definido, no que tange à questão do planejamento e da fiscalização dos recursos à luz das diretrizes da participação da comunidade no SUS. Essas várias frentes que a gente atua e a lei 8.142 é a base legal de 1990. Então nós temos as conferências de saúde, que são quadrienais, e que propõem as diretrizes para a formulação das políticas de saúde. E os Conselhos que são de caráter permanente, instâncias deliberativas

de caráter permanente, que discutem a formulação e a fiscalização da execução da política de saúde, abrangendo os aspectos econômicos e financeiros. Parece: “puxa, de novo isso?”, mas isso está aplicado? Essa é a pergunta que eu faço. Isso é aplicado na prática? As diretrizes tiradas nas conferências, sejam elas nacionais, estaduais e municipais de saúde, são efetivamente assumidas? Essa é uma primeira pergunta que tem que estar colocada. É daqui que saem as diretrizes para a formulação do planejamento, que muito bem colocou a Fabiola. Então, essa é uma primeira questão que eu queria colocar. Em que medida isso está sendo seguido? Posso dizer sem medo de errar, até porque uma parte da minha tese de doutorado foi ouvir conselheiros de saúde que se sentem desrespeitados pelo gestor federal do SUS, na medida que apontam coisas, fiscalizam coisas quando analisam o relatório de gestão e estas coisas não são seguidas pelo gestor. Os apontamentos são recorrentes. Podem fazer uma pesquisa, eu fiz até 2013, mas eu depois vou atualizar isso. Desde 2008, a maior parte dos apontamentos se repete até hoje. Até o último RAG que foi analisado, que foi de 2022. E aí, quais são os instrumentos específicos?

Do lado do SUS, é o plano de saúde, a programação anual de saúde, que dialoga com quais instrumentos do chamado ciclo orçamentário das finanças públicas? O plano plurianual, a lei de diretrizes orçamentárias e a lei orçamentária anual. O que acontece aqui, como é que esse processo está desenhado na Lei Complementar 141? Qual é? O gestor tem que submeter os planos de saúde e a programação de saúde para aprovação do Conselho Nacional de Saúde, no caso federal, do Conselho Estadual de Saúde, no caso estadual, e do Conselho Municipal de Saúde, no caso municipal. Isso acontece? Acontece com regularidade, com frequência? É submetido previamente? É feita a discussão? Essa é uma pergunta, que eu posso dizer da experiência que a gente acumula no acompanhamento do Plano Nacional de Saúde. E da mesma forma, aquilo que vai para o PPA - teria que pegar parte daquilo que está no plano de saúde, tem que estar espelhado no PPA - e aquilo que vai depois, na lei de diretrizes orçamentárias, em termos de prioridades e diretrizes, e o que vai de despesas orçamentárias anualmente. Tem que estar onde? Também o gestor tem que submeter previamente ao Conselho. Essa também é uma questão que precisa aparecer. Aparece?

Isso tem sido feito? Ou os Conselhos recebem depois que a coisa foi encaminhada para o legislativo, para, de certa forma, homologar o que já foi encaminhado. Essa é uma outra questão, que na discussão da alocação, nós temos que discutir. Porque não tem como discutir alocação, do ponto de vista... Porque o orçamento é efetivamente onde vai se alocar o recurso... Aliás, no setor público, financiamento e orçamento são duas faces da mesma moeda. O orçamento é uma peça que tem receita e despesa. Então, se não se discute previamente isso junto com a chamada “participação da comunidade”, “controle social” etc. Essas coisas, depois... Não se respeitou uma parte do processo de planejamento definido onde? Na Constituição e na legislação. Isso é uma questão importante de a gente colocar. E aí, o exemplo importante tem que vir de cima, digamos, do governo federal. Porque se o governo federal implanta isso, ele cria um efeito “demonstração” para os estados e municípios. Mas se não implanta, “ah, mas o governo federal não faz, porque que eu vou fazer?”. Mesma coisa, “se o estado não faz, porque que o município vai fazer”. E aí, fica aquela coisa de que “um não faz, o outro não faz, muita gente não faz”. Essa é uma questão importante.

Esse bloco já vou emendar com o segundo. Vamos olhar essa questão da alocação dos recursos do financiamento a partir - um olhar resumido, porque dado tempo... a partir do relatório de gestão de 2022 do Ministério da Saúde, que o Conselho Nacional de Saúde analisou. Veja só, o relatório anual de gestão diz respeito a quê? Uma gestão de algo que foi planejado. Planejado em 2022, onde? No Plano Nacional de Saúde, de quando? De 2020 a 2023, revisado. De 2020, quando foi feito, ainda não tinha pandemia em 2019. Mas foi revisado em 2021 – e, simplesmente, foi reprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, porque não atendeu às diretrizes da 16a Conferência Nacional de Saúde. Não tinha nenhuma meta para ação de saúde para enfrentar Covid. Não tinha nenhuma meta para demanda reprimida decorrente, agravada, pela questão da Covid. Não atendeu às diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2020, para 2021 e 2022, que a lei 141 determina, que é o Conselho que aprova e encaminha para o gestor. Não contemplou um valor compatível com aquilo que foi definido no eixo 3 da 16a Conferência Nacional de Saúde. Não teve readequação de metas físicas. E metas de cobertura populacional abaixo do teto do SISAB. Ou

seja, maquiaram a apresentação para poder justificar depois. Reduziram na revisão o que tinham apresentado inicialmente em 2019.

Tem uma série de outras metas que foram reduzidas dos vários objetivos. Uma série. E algumas foram aumentadas, mas foram aumentadas sem dizer. Espera aí, “eu estou aumentando e tirando de outro lugar? Ou por que que eu estou aumentando?”. Isso também não está claro. E no planejamento estratégico, pasmem, quando está colocado lá, dentro do plano, não tinha na missão as diretrizes constitucionais da descentralização das ações e da participação da comunidade. Nos valores, não tinham respeito ao controle social. Não tinham envolvimento preliminar durante a elaboração e aprovação prévia dos objetivos e metas pelo Conselho Nacional de Saúde. E não estava explicitada a pactuação das metas, porque dois terços do orçamento do Ministério da Saúde são transferências para estados e municípios. Não estava explicitada se aquelas metas foram pactuadas com os estados e municípios, na lógica do planejamento tripartite. São coisas que ensejaram a reprovação por parte do Conselho e que mostram a fragilidade desse processo.

Teve uma execução de despesa à revelia da reprovação que o Conselho fez ao plano. Esse é um caso concreto do desrespeito à decisão do Conselho, portanto, do controle social.

Olhando agora um pouco essa questão ao longo do tempo, a gente teve per capita... Esse aqui é um estudo da ABrES, eu queria reforçar, teve até algumas perguntas sobre o que poderia ser feito para uma nova regra etc, que a Grazielle colocou logo no começo... Eu diria o seguinte, nós temos a Associação Brasileira de Economia da Saúde, teve a oportunidade de reunir vários especialistas e a gente produziu um documento, que se chama Nova Política de Financiamento do SUS, que tem lá uma proposta de nova regra que fique fora dessas variáveis que sofrem os efeitos da dinâmica econômica. Discutimos na Frente Pela Vida, discutimos também com a Abrasco, discutimos no Conselho Nacional de Saúde. Enfim, fizemos uma ampla discussão, foram seis meses de discussão, e tem esse documento. Assim como, para desdobramento desse documento saiu também, com a participação aqui da Abrasco e de outras, redes de médicos populares etc. Saiu também um para o financiamento para atenção primária também, algumas

propostas de financiamento para a atenção primária, saiu agora, na metade deste ano. Aquele primeiro saiu na metade de 2022 e esse da atenção primária, na metade de 2023. Então, esse aqui é um gráfico que está no primeiro estudo lá da ABrES de 2022. O que que mostra? Até 2012, o gasto per capita federal vinha crescendo - isso aqui a preços de 2021, portanto, nós estamos comparando coisas comparáveis. Depois, a partir de 2000 até 2012, aí começa a cair. Fica mais ou menos estagnado no patamar em torno de 650, mais ou menos. E depois, a partir de 2017 cai mais. 2020-2021 sofre o efeito da pandemia. Aí a gente - por isso na barra, o azul é o da pandemia, o amarelinho é o que? É o que seria sem pandemia, porque a pandemia era despesa extraordinária. Então, não dá para comparar mesmo, como já foi colocado aqui. Agora, o pontilhado aqui mostra o que? O crescimento da participação das emendas parlamentares no total do orçamento da saúde, do orçamento ASPS. E ela chegou a atingir, em 2021, 8,8%, em 2022, 9,4-9,7% do total do orçamento da saúde. Então, qual é o problema? O problema é a emenda? Não. O problema é que a emenda não se condiciona a nenhuma regra da questão de planejamento. Ela pode ser colocada

do jeito que o parlamentar quiser. Na prática, é isso. Temos aqui, essa é uma questão alocativa complicada: quem define 10% do orçamento do Ministério da Saúde é o parlamentar.

Aqui, é a última linha que interessa: a participação, fazendo uma divisão entre o gasto em saúde com atenção básica e a assistência hospitalar e ambulatorial, seria a média alta complexidade... Essa estava estacionada em torno de 40-41%, começa a crescer em 2019 e 2020 - mas percebam que, coincidentemente, ela cresce na medida que a emenda parlamentar começa a ganhar mais força. Então, na verdade, cresceu a participação do gasto com atenção primária, mas junto com o crescimento da participação das emendas parlamentares. Ou seja, não tem autonomia - a ideia da pactuação na CIT está colocada em segundo plano, porque aqui não tem pactuação, tem o que? Ou emenda de bancada ou emenda individual, que são as duas obrigatórias, que surgiram nesse período mais recente. Essa é uma questão, também, importante, de a gente alertar quando a gente analisa esses diferentes gastos por subfunção.

Esse é o mesmo, mas na forma de gráfico. O vermelho é a

assistência ambulatorial, que mostra que é a maior parte do gasto.

Aqui, quando eu falo em alocação - vou dar um exemplo, na análise do relatório de 2021, olha só, o que a gente teve de gastos realizados pelo Ministério da Defesa. Esse foi o estudo que foi realizado lá pela COFIN, no boletim que a COFIN publicava. O Rodrigo Benevides, que está aqui, eu e o Carlos Ocké, a gente publicou esses boletins para a COFIN por dois anos consecutivos. E quem define o uso desse recurso? O recurso é do Ministério da Saúde, mas o Ministério da Defesa é que usa.

A mesma coisa, agora vai vir o do MEC. Ainda que seja a transferência, talvez do bloco de média e alta complexidade etc, mas também você tem um valor significativo de recursos, que como o professor Noronha tenha alertado bastante na COFIN, olha, não importa que esses gastos sejam vinculados ao Ministério da Educação, ainda que com recursos da saúde. Se tem recursos da saúde, tem que ser analisado por quem? Pelo Conselho Nacional de Saúde para saber como é que está sendo aplicado isso aqui. Então, nós começamos, por estímulo do professor

Noronha na última reunião da COFIN, nós começamos a discutir a questão da EBSEH, oito bilhões, o dado mais recente, porque tem recursos que são do próprio Ministério, tem recursos que vêm transferidos da saúde, mas se é uma unidade de atenção à saúde, nós temos que olhar e verificar como é que está sendo alocado.

Outra coisa que faz parte da alocação é o que vão fazer com os restos a pagar. Veja, os restos a pagar... O que que é o restos a pagar? Valor empenhado no ano que não se transforma em despesa, digamos, efetiva no mesmo ano. Porque no caso da União, a maior parte dos restos a pagar é despesa não liquidada. Aí, o que que acontece? Ele vinha crescendo até 2009, chegou a ser 15% de tudo que empenhou. Depois, vinha numa queda crescente, uma queda, digamos, constante, até 2015. E aí, em 2016, quando entra a emenda constitucional 95, ele tem uma inflexão para cima. E não voltou mais aos patamares menores, que nós tínhamos, de percentual do quanto que estava se inscrevendo de restos a pagar em relação ao que foi empenhado. E tem uma resolução do Conselho que diz que seria 5% o limite. É mais uma prova, uma evidência, de algo que o Conselho determina e que não se cumpre. Não

é só que não se cumpre, não chega o gestor e fala “olha, não é possível cumprir isso por causa disso, então vamos fazer uma proposta alternativa”. Não. Simplesmente, fica uma metade dizendo que é uma coisa, fica outra metade não ouvindo e fazendo o que quer fazer, completamente. É isso que essa história está mostrando ao longo do tempo. Nós temos restos a pagar desde 2004, desde 2004. Podem ser valores pequenos, mas desde 2004, inclusive, esses mais antigos estão processados. O que é restos a pagar processado? É despesa que já foi liquidada, portanto, deveria já ter sido executada. Temos um problema aqui. Ninguém sabe o que é isso, o que que ficou sem... Isso entrou na aplicação do piso, do comprimento do piso, mas não se efetivou para a população, em serviço para a população. Também a gente vai vendo aqui desde 2004 até 2021, são 28 bilhões de restos a pagar processados e não processados, então a gente tem aqui esse dado. Não processados são 25 desse total.

E aqui, outra questão alocativa que diz respeito ao que? Olha, às transferências para estados e municípios. A gente tem uma parte dos recursos - como eu já falei, dois terços do orçamento do Ministério da Saúde, mais ou menos,

são transferências aos estados e municípios. Veja o que aconteceu em 2022 comparativamente à 2021, teve uma queda de 7% de dotação, 7% (estou arredondando) de despesa empenhada, 5% de liquidada e 5% de paga. 2021 em relação a 2020 também tinha tido queda. Ou seja, na medida que a emenda 95 estava tirando, desfinanciando o SUS, ela também gerava um efeito negativo para o financiamento das políticas pelos estados e municípios, também se transferia menos proporcionalmente. Então, a emenda 95, apesar de ela dizer respeito diretamente ao financiamento federal, ela, sim, impactou também o financiamento de estados e municípios.

A maior parte dessas transferências vai para os municípios e a maior parte é alta e média complexidade. Do total transferido, 61% foi para alta e média complexidade e 33% para a atenção primária, no bloco “manutenção”.

Aqui temos o bloco de estruturação, que o valor é menor, e, também, a maior parte está indo para os municípios.

Outra coisa, e o papel da Auditoria do SUS nessa história? Como é que fica? Não fica, porque também desmontaram a Auditoria do SUS ao longo dos anos. Isso aqui é um

exemplo, comparando 2022 com 2017, as atividades de controle, elas caíram todas. Todas foram menores. E se você for analisar ano a ano, exceto uma ou outra coisa, veio caindo 2017 para 2019, para 2020-2021. Agora em 2022 teve uma retomada de algumas coisas, mas mesmo assim ainda não voltou ao nível de 2017. Esse é outro exemplo claro - Auditoria do SUS, ela teria que ser o olhar, o controle interno do SUS, antes que Tribunal de Contas... Se ela não tem gente, não funciona, não pega os problemas.

Destaque dos apontamentos do Conselho Nacional de Saúde sobre o RAG 2022. Eu vou ser bem rápido aqui. Não comprovou a alocação de recursos suficientes em 2022 para promover a mudança do modelo de atenção à saúde para priorizar a atenção básica em desacordo com as deliberações do Conselho. Os valores empenhados em 2022 com emendas representaram 9,7%, deu quase 15 bilhões. A execução das despesas de 2022 foi baseada no Plano Nacional de Saúde que foi reprovado. Houve a reincidência de baixa execução orçamentária, portanto aqui estou falando de alocação de recursos de várias coisas que você todo ano é apontado que é baixa e continua sendo baixa. Não houve apresentação dos resultados

pelo Ministério da Saúde de monitoramento e avaliação dos impactos dos recursos transferidos para estados e municípios sobre as condições de saúde da população. O Ministério da Saúde não é um banco, ele não transfere o recurso e “virem-se”, não. Tem que monitorar. E é gestão tripartite. O monitoramento faz parte desse processo de gestão tripartite. Não é interferir nos estados e municípios, mas é monitorar o que está sendo transferido. E não houve atendimento à solicitação do Conselho Nacional de Saúde para análise de viabilidade daquele monte de restos a pagar, que eu mencionei aqui, especialmente os mais antigos, os que têm mais de dois anos de vigência.

Aqui é para mostrar que a aplicação foi cumprida especialmente em 2020. Se não tivesse tido Covid, o Ministério da Saúde não teria cumprido o piso em 2020, o gasto com Covid, parte dele, ajudou a cumprir o piso. Tem algum problema? Não. Estava na lei, estava na Constituição. Mas ela não substituiu nenhuma outra doença, ela se sobrepôs a tudo que já existia.

E aqui, para mostrar, o SUS perdeu R\$ 70 bilhões com a emenda constitucional 95, em termos nominais, não está em termos reais, e tirando os gastos Covid, porque gasto

Covid é extraordinário. Na nossa metodologia a gente comparou o quanto que empenhou sem Covid, isso está no estudo da ABrES. (...) E olhando o empenho ASPS em relação ao PIB federal, veja o quanto que caiu. 1,74% em 2017 - 2017 foi, digamos, o primeiro ano da nova regra que definia que era 15% da receita com a gente líquida - mas depois foi 1,56%, 1,48% e 1,43%, abaixo da média histórica, inclusive, da época que a gente falava que o piso tinha virado teto, na época da emenda 29, que ficava sempre gravitando entre 1,6 e 1,7% do PIB. Está abaixo da média histórica do começo da década de 2000. E, em relação à receita corrente líquida, também 15,77%; 2020 foi 18,22% (mas aqui tem Covid); 12,4% e 11,31%.

O olhar a partir dos riscos do novo arcabouço fiscal. Essa aqui é uma tabela que eu fiz usando várias regras que vigoraram entre 2000 e 2022 para mostrar que a emenda 95 - olha quanto é o valor dela, é a terceira linha - quanto que o per capita e o próprio valor total de 2022 é muito mais baixo que qualquer outra regra. As três últimas linhas são três cenários que aquele estudo da ABrES fez para se chegar numa proposta que partisse de um ponto de partida inicial do que empenhou em 2020-2021. E a partir dali,

que a gente chegasse num valor per capita que tentasse, ao longo de 10 anos na proposta original - aí o tempo é outra discussão, mas que se chegasse a primeiro, que introduzindo fatores de correção, que levasse em conta o que? A maior proporção da população idosa em relação à população total, porque esse fator de envelhecimento tem um peso na questão das despesas do SUS. Segundo, a questão daquilo que a gente chamava uma proxy da iniquidade, de resolver iniquidade, que é o que? O quanto foi a mais de renúncia de receita, quanto cresceu renúncia de receita para saúde proporcionalmente àquilo que foi colocado no SUS. Então, esses dois primeiros estão ligados a isso. E o terceiro cenário é, bom, se 50% do gasto público tem que ser federal, então quanto seria? 3% do PIB na lógica do 6%, quanto seria o gasto em saúde dentro desse cenário mais otimista.

E aqui, para mostrar o seguinte também: se a gente observar porque essa regra que a gente está propondo, também está no estudo, porque que essa regra seria mais viável? A linha do meio, que é a linha roxa, está fininha, mas ela termina lá em 689, é uma linha de crescimento constante, que seria o que? Ela seria a regra, essa que eu

mencionei. IPCA, a população idosa e um percentual que era a projeção mais conservadora. A linha vermelha é os 15% da receita corrente líquida, são valores per capita, a preços de 2016, é contra factual, porque a gente falou "olha, se começasse a valer em 2000, o que que teria acontecido até 2016?" Aí a gente vê aqui. Depois, a linha azul é o que gastou efetivamente, também com altos e baixos. E a linha verde é o piso da EC 95, a última de baixo, que é de queda. Eu não sei se a Grazielle participou daquele estudo, mas era o tal do piso deslizante que o Pedro Rossi e a Esther Dweck tinham escrito um texto sobre isso.

E aí para terminar, agora é para terminar mesmo. A alocação de recursos tem como pressuposto básico a disponibilidade de recursos. Quando a gente discute a alocação, precisa ter recurso para poder alocar. Agora, só que a disponibilidade adicional de recursos tem que vir acompanhada na mudança do modelo de atenção, porque se não eu vou botar mais recurso para fazer aquilo que nós estamos criticando, que não funciona no SUS. Ou seja, qual é a mudança do modelo de atenção? Tem que ser priorizada a atenção primária. Depois, eu já falei que a disponibilidade de recursos foi reduzida de 2018 a 2022, por

conta da emenda 95. Cerca de dois terços do orçamento do Ministério da Saúde são transferências para estados e municípios, e eu já falei que trouxe problemas negativos. O gasto público federal em saúde representa 42% do gasto total, mas quando a gente olha, a competência de tributar 69% é da União. Depois que a União transfere seus tributos para estados e municípios - aquelas transferências constitucionais do Imposto de Renda, IPI, etc sob a forma de fundo de participação municipal e estadual, ainda a receita disponível, ainda 57%, é a União que tem que aumentar a sua participação no financiamento nesse momento. Até porque ela tem instrumentos de política econômica para fazer isso. Estados e municípios não têm. Especialmente os municípios, já estão aplicando muito acima do piso. A revogação da emenda 95 foi importante - não é que ela foi importante, era indispensável. Agora, eu não posso transformar a emenda constitucional 95 no bode na sala. Aquela figura que a gente discute do bode na sala - tirou o bode, dizia aquela propaganda, todos os seus problemas se acabaram. Não, não se acabaram, por que? Porque, na verdade, a gente tem os 15% da receita corrente líquida, nós já vínhamos questionando lá atrás que era insuficiente

à luz das comparações internacionais. Os recursos do SUS são insuficientes. Eu acrescentaria, digamos, uma frase mais enfática ao que o Fernando Gaiger colocou - nós precisamos, simultaneamente, ao mesmo tempo, reduzir a participação do setor privado no SUS e alocar mais recursos para o SUS. Uma coisa não vai excluir a outra, está certo? Então, as duas coisas têm que caminhar juntas. Depois, e aí entra a questão do arcabouço, qual é o problema? A Fabíola perguntou para 2024, pela estimativa da receita corrente líquida são 218 bilhões o piso da saúde. Isso representa, em relação ao que tem hoje, 48 bilhões a mais. Em relação ao que deveria ter hoje, 46 bilhões a mais. Porque, veja, existem interpretações que dizem o seguinte: "ah, mas a emenda 95 ainda está valendo até a aprovação do arcabouço. Não. A emenda 95 está com seus efeitos suspensos. Então, suspendeu o efeito da emenda 95, estava valendo os 15% da receita corrente líquida. Não tem agora que discutir o seguinte, como saiu em uma matéria aí de jornal ("vamos fazer assim, 8 meses calcula o piso pro rata com base na emenda 95 e 4 meses os 15%"). Isso não pode acontecer. Isso não pode acontecer. Nós temos que lutar contra isso. E, além disso, qual é o problema do arcabouço

nesse contexto? Como o gasto saúde não ficou fora, não ficou nas exceções, o que que acontece? Os 2,5% que está limitado o crescimento da despesa, e uma parte grande dele vai ser comido por quem? Pelo piso da saúde e pelo piso da educação Por isso que começa agora a gente ouvir, vem saindo matéria na imprensa - "ah, precisamos rever o piso, precisamos rever - quem sabe colocando também que o piso da saúde, por exemplo, deve crescer 2,5% a cada ano? É isso que está se construindo, é esse balão de ensaio que está sendo construído por algumas pessoas. Então, eu acho que é importante a gente estar atento a isso. Isso compromete o que? A alocação do recurso, em última instância. Diminui o bolo daquilo que você tem que alocar. Por fim, é isso. As questões alocativas e de financiamento têm que ser priorizadas conjuntamente. As duas coisas têm que caminhar juntas. Não adianta colocar mais recurso, sem a gente definir para onde vai o recurso e para quê está se usando esse recurso. Era isso aí. Obrigado.

Anexos

TEXTOS-BASE

Mesa Temática II: A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Pergunta disparadora: Como viabilizar estratégias e mecanismos de alocação para induzir a reorientação do modelo assistencial visando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população?

Fabiola Sulpino Vieira

Coordenadora de Saúde (Disoc/Ipea)

Financiamento e Gestão do SUS: Necessidade de Ampliação dos Recursos e de Planejamento Estratégico do Sistema

Contextualização

Neste documento, busca-se responder à questão proposta pelos organizadores do seminário “Financiamento do SUS: equidade, acesso e qualidade”, qual seja: como viabilizar estratégias e mecanismos de alocação para induzir a reorientação do modelo assistencial visando à equidade no acesso, à integralidade do cuidado e à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população?

Principais problemas a serem enfrentados

São destacados, a seguir, três problemas relevantes a serem enfrentados para uma alocação de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS) voltada à promoção da equidade no acesso, da integralidade do cuidado e da melhoria da qualidade dos serviços.

O primeiro problema é o do financiamento insuficiente e de suas consequências. Ainda que tenham sido ampliados os recursos alocados ao SUS após a instituição da vinculação orçamentária do gasto em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000, o montante atual ainda está aquém do necessário para a garantia pelo Estado do acesso universal, igualitário e integral aos bens e serviços de saúde no Brasil.

As lutas em torno da ampliação dos recursos alocados ao SUS demonstram uma trajetória de marchas e contramarchas, ficando esse sistema sob risco de grande retrocesso com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, em 2016, Emenda do Teto de Gastos, que estabeleceu o congelamento, em termos reais, da aplicação mínima federal em ASPS no patamar de 2017. Mesmo agora, na iminência da revogação do Teto de Gastos pelo Arcabouço

Fiscal, o que fará com que o piso federal em ASPS volte a ser vinculado à receita corrente líquida (RCL) da União (15% dessa receita), tem-se no país mais uma vez o questionamento das vinculações orçamentárias para a saúde e a educação, que são tratadas como ameaças à efetividade desse arcabouço. Assim, permanece a necessidade de se defender aplicações mínimas de recursos para o SUS pelos entes da Federação e o grande desafio de ampliar o aporte de recursos pela União, além do seu piso em ASPS.

Sem recursos adicionais, permanece o impasse sobre a pactuação, pelo Ministério da Saúde na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de metodologia para definição dos montantes a serem transferidos aos estados, municípios e Distrito Federal para custeio das ASPS, como estabelecido no art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 2012. Com um esforço maior dos municípios para financiamento do SUS nas últimas décadas, continua sendo difícil definir método de rateio com abordagem equitativa, que implique perda de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para um conjunto de municípios ou de estados.

O segundo problema é o da ausência de planejamento estratégico do SUS, associado a processos de monitoramento e avaliação da ação governamental efetivos. O planejamento ascendente, previsto na Lei nº 8.080, de 1990, não foi implementado. Existem, é claro, os planos de saúde elaborados pelos entes em cada esfera de governo e com certeza planos estratégicos de secretarias de saúde e do Ministério da Saúde. Contudo, não há um plano estratégico do sistema, fruto de um planejamento integrado no SUS. Se não definimos claramente aonde queremos chegar e não estabelecemos ações para atingir esse objetivo, somando os esforços dos entes da Federação, navegamos sem rumo e os resultados podem se distanciar do que se espera do SUS constitucional, ou seja, um sistema de saúde que assegure à população brasileira acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde. Um dos resultados disso é ausência de um plano nacional de investimentos no SUS, articulado entre as três esferas de governo.

Por fim, destaca-se o problema da alocação de recursos descolada de uma análise sobre as necessidades de saúde da população e sobre a oferta local e regional de serviços de saúde, o que pode gerar ineficiências. Por exemplo,

no caso dos recursos federais, cuja alocação deveria buscar reduzir as desigualdades regionais na oferta e no acesso aos serviços de saúde, os elevados repasses, especialmente aos municípios, por meio de emendas parlamentares, podem contribuir para que os recursos escassos do SUS sejam usados de forma ineficiente. Os parlamentares têm priorizado a destinação de recursos para a atenção primária à saúde (APS) e para municípios de pequeno porte, que estão recebendo elevados valores per capita em comparação com os municípios maiores. Embora a APS seja uma prioridade do SUS, em um contexto de restrição orçamentária e de grandes gargalos na oferta de serviços especializados, pode-se comprometer ainda mais a capacidade de o sistema garantir o cuidado integral à população no momento oportuno e de forma equitativa.

Propostas e alternativas

Os desafios para enfrentamento dos problemas apontados são grandes, especialmente em um sistema público de saúde, federativo, complexo e singular em todo o mundo, e em um contexto de segmentação do setor saúde, com um mercado lucrativo de assistência médica e com

grande influência política. Mas, a despeito dos problemas existentes, gestores e profissionais implementaram e vêm mantendo vivo e funcional o nosso valioso SUS.

Quanto ao financiamento, a luta já começa com a defesa da manutenção das regras atuais de aplicação mínima em ASPS, considerando a revogação do Teto de Gastos, ou seja, a defesa do piso federal de 15% da RCL da União. A partir daí, é preciso, pelo menos, discutir mecanismos que protejam o gasto público de saúde em momentos de recessão econômica e de queda da arrecadação. Uma vinculação de despesas em ASPS às receitas sem tais mecanismos, pode levar à redução do gasto em saúde em momentos de crise econômica, nos quais a demanda pelos serviços de saúde tende a aumentar. Se o contexto econômico for mais favorável, e espera-se que seja, é preciso buscar a ampliação do aporte de recursos pela União, com definição de regra de aplicação que proteja o gasto em ASPS. A trajetória do financiamento do SUS nos mostra que as vinculações orçamentárias são necessárias.

Ainda que com a regra de aplicação mínima federal de 15% da RCL, se as receitas aumentarem, o Ministério da Saúde terá mais recursos para alocar ao SUS. É nesse momento

que se abre uma brecha para discutir o método para o rateio dos recursos e para planejar os investimentos no sistema. Iniciativas como o Novo Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC) são muito relevantes. Podem ser dinamizadas e terem maior alcance se forem somadas aos esforços dos estados e dos municípios. Para que isso aconteça, é preciso construir um processo de planejamento estratégico do SUS.

Faz falta a implementação efetiva do planejamento ascendente, para criar sinergias nos investimentos feitos pelos entes da Federação nas três esferas de governo e otimizar a alocação de recursos, visando à redução das desigualdades de oferta de serviços. É preciso elaborar um plano nacional de investimentos no SUS, que parta de um diagnóstico das necessidades de saúde da população e dos vazios assistenciais, tendo por base territorial as macrorregiões e regiões de saúde, para definir a alocação de recursos e, para tanto, esse planejamento é fundamental. Ainda que seja muito desafiador instituir o planejamento ascendente, dispõe-se no Brasil de profissionais capazes, sejam gestores e técnicos do SUS ou pesquisadores do campo da saúde coletiva, para pensar métodos e formas para concretizá-lo. Mas para isso a vontade política para

mobilizar atores relevantes é essencial.

A construção de um plano estratégico do SUS de forma ascendente, mas também descendente, dado o papel da União de analisar o território nacional e de implementar ações para reduzir desigualdades regionais de oferta e de acesso aos serviços de saúde, poderia contribuir para orientar a alocação de recursos por emendas parlamentares. Com uma definição clara das prioridades, em termos de áreas de atuação do SUS e de territórios, além de parâmetros para a alocação de recursos de custeio e de capital, ter-se-ia um instrumento mais potente para induzir o aporte de recursos por emendas parlamentares.

Estratégias políticas e meios de implementação

A implementação das medidas sugeridas não é fácil. O fato de não terem sido implementadas até o momento mostra isso, dado que não constituem nenhuma novidade. Essa agenda não se concretizou porque faltou decisão por parte dos governantes e de atores relevantes do SUS, além de coalizões de apoio, em um contexto de baixa valorização do planejamento governamental e de uma visão de curtíssimo

prazo da maioria dos políticos brasileiros.

A mobilização da sociedade a favor do SUS é fundamental para criar a pressão necessária em prol da agenda de fortalecimento da gestão e do financiamento suficiente desse sistema. Mas como fazer isso? Uma boa estratégia de comunicação por parte das organizações que atuam em defesa do SUS, articulando as mídias sociais pode ser um começo.

Também é preciso abrir espaço nas instituições de ensino e pesquisa para a discussão sobre gestão e planejamento estratégico do SUS. Assim como é preciso discutir a programação em saúde, é essencial discutir o planejamento do sistema como um todo, para tratá-lo como único, como um corpo articulado. O SUS é uma organização em rede. Qual é a sua missão? Qual é a sua visão? Quais são os objetivos de curto, médio e longo prazos do sistema? Quais ações serão implementadas pelos entes federados para que esses objetivos sejam alcançados?

Por mais que a construção de um plano estratégico do SUS pareça difícil, é preciso lembrar que um pouco de ousadia é fundamental para os que desejam transformar realidades. Nos anos 1970 e 1980, no Brasil, pode ter parecido loucura

para muita gente a ideia de implementar um sistema de saúde como o SUS em nosso país. Também pode ter parecido loucura aos olhos do mundo implementar um sistema dessa natureza em uma Federação como a nossa. Mas a ousadia daqueles que sonharam com esse sistema e que o constroem e o mantêm vivo todos os dias mostra que a ideia e o sonho constituem os primeiros passos para a construção de qualquer coisa e para as grandes realizações. Então, coloquemos nossas ideias na mesa e vamos discuti-las, a fim de estabelecer estratégias para fortalecimento e aperfeiçoamento do nosso SUS.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Grazielle Custódio David

Doutoranda do Instituto de Economia da Unicamp

Mesa Temática II: Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Pergunta disparadora: Como viabilizar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças?



Financiamento



Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar despesas com ASPS

Grazielle Custodio David
Doutoranda IE/Unicamp

SEMINÁRIO
Financiamento do SUS:
equidade, acesso e qualidade

1º Set / 2023
8h30

Local:
Fiocruz
Rio de Janeiro

Como garantir direitos e promover uma sociedade menos desigual e mais justa por meio do financiamento público da saúde?

Transmissão:
<http://www.youtube.com/user/tvabrasco>

ABRASCO
OBSERVATÓRIO DO SUS | 1702
ENSP
FIOCRUZ

Anexos

APRESENTAÇÕES

Grazielle Custódio David

Doutoranda do Instituto de Economia
da Unicamp

Dilemas

- O teto de gastos era um pesadelo - impediu crescimento real de gastos primários e alterou regra de mínimo para saúde.
- O novo arcabouço fiscal não é um sonho:
 - Gastos sociais seguirão pressionados e dependentes de novas receitas para expandir
 - Saúde e educação correm risco de perderem seus pisos

Anexos

APRESENTAÇÕES

Grazielle Custódio David

Doutoranda do Instituto de Economia da Unicamp

Perspectivas – nacional e regional LAC

- **Defender a Constituição** e resistir às tentativas de acabar com o piso de gastos com saúde educação
- Promover **novas receitas** para novo arcabouço fiscal não esmagar gastos sociais –
 - Nacional – **reforma tributária**: tributar: dividendos, fundos exclusivos, e outras rentas de capital; tributar riqueza; tornar IRPF e impostos sobre patrimônio mais progressivo; adotar impostos sobre riqueza
 - **Cúpula e Plataforma Tributária LAC** - progressividade tributaria; cooperação regional e global para tributação de grandes corporações multinacionais; revisão de benefícios tributários; tributação ambiental
- Promover a **saúde como motor do desenvolvimento econômico** e redutora de desigualdades – complexo econômico industrial da saúde no Brasil e **cooperação LAC para o desenvolvimento industrial sanitário**
- Promover **novo modelo de cálculo do piso da saúde mais estável** frente aos ciclo econômicos e progressivo, para atender necessidades de financiamento decorrentes de demandas sociais, ambientais e para preparar para futuros desafios como uma pandemia.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Grazielle Custódio David

Doutoranda do Instituto de Economia da Unicamp



Algumas receitas potenciais com justiça tributária

- Tributação de fundos exclusivos
- Combate ao abuso fiscal: No caso do Brasil, o relatório Estado da Justiça Fiscal, da Tax Justice Network, estima que pelo menos 8 bilhões de dólares por ano são perdidos para o abuso fiscal de multinacionais, o que está perto de 10% do que o país gasta com saúde.
- Mobilizar novos recursos está alinhando com o princípio de direitos humanos de uso máximo de recursos disponíveis para a realização de direitos. O Brasil é signatário de diversos acordos nesse sentido (ex: PIDESC).

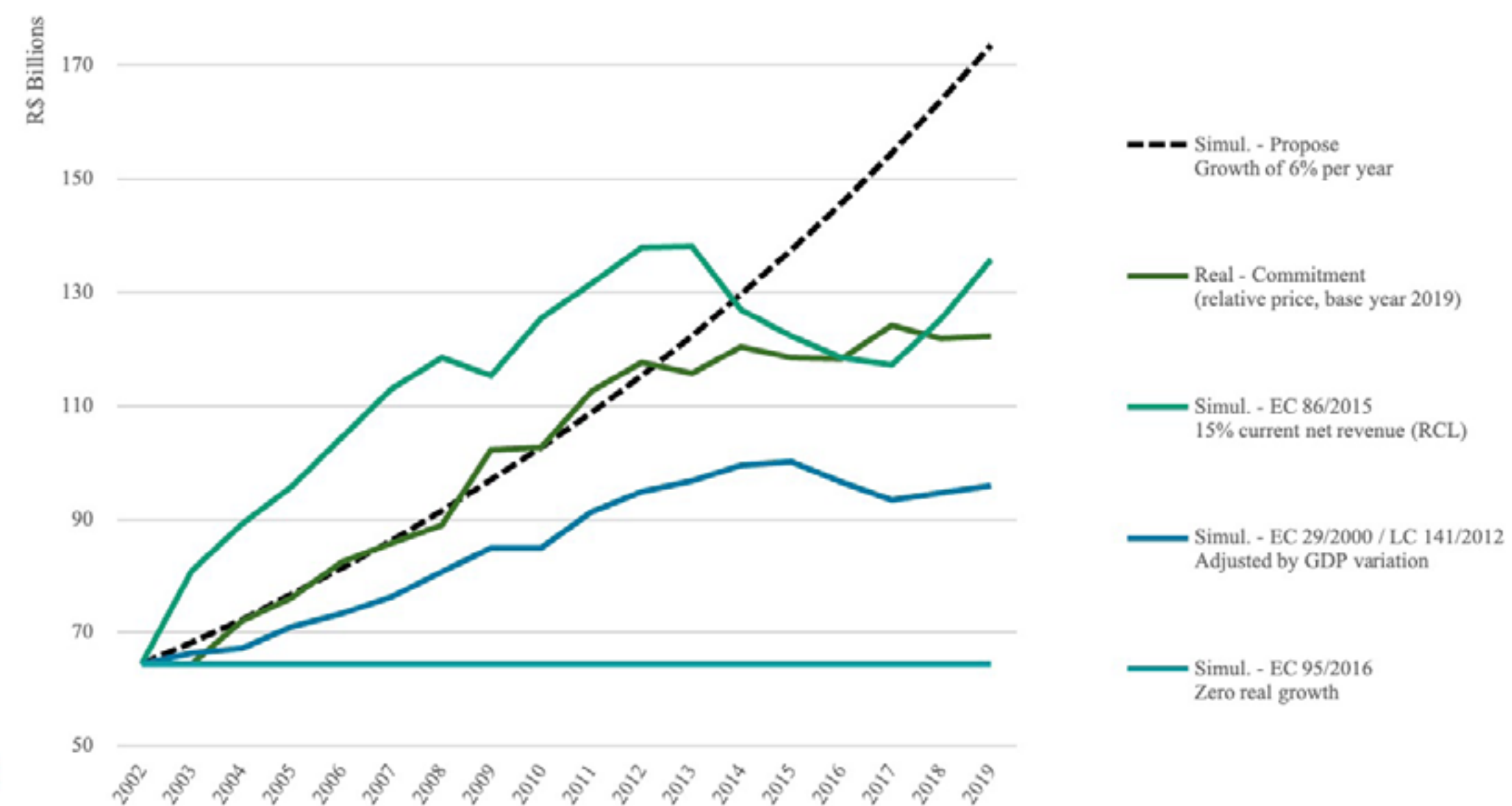
Anexos

APRESENTAÇÕES

Grazielle Custódio David

Doutoranda do Instituto de Economia
da Unicamp

Piso de gasto com ASPS – simulação retroativa



Guidolin, AP; David, GC, Rossi, PL.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Grazielle Custódio David

Doutoranda do Instituto de Economia da Unicamp

Perguntas para o diálogo em grupos à tarde

- Com uma regra de crescimento real da despesa, qual deveria a ser % anual?
- Quais deveriam ser os critérios? Crescimento, envelhecimento populacional? Demanda em saúde? Custos em saúde? Preparação para futuras pandemias e outras emergências sanitárias? Fortalecimento da capacidade produtiva e soberania nacional sanitária?
- Cresceria "para sempre"? % deveria ser reduzida em algum momento?

Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA

Mesa Temática II: Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Pergunta disparadora: Como viabilizar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças?

Seminário Financiamento do SUS: equidade e qualidade

Mesa 1

Dilemas e perspectivas para viabilizar receitas e ampliar a despesa com ações e serviços públicos de saúde

Questão norteadora

Como avaliar um financiamento adequado, equitativo e sustentável para o SUS considerando limites do cenário atual e perspectivas de mudanças

*Fernando Gaiger Silveira
Ipea-DF*

Título: Desmercadorizar a saúde: caminho do fortalecimento da oferta pública

1º setembro 2023 - Fiocruz - RJ

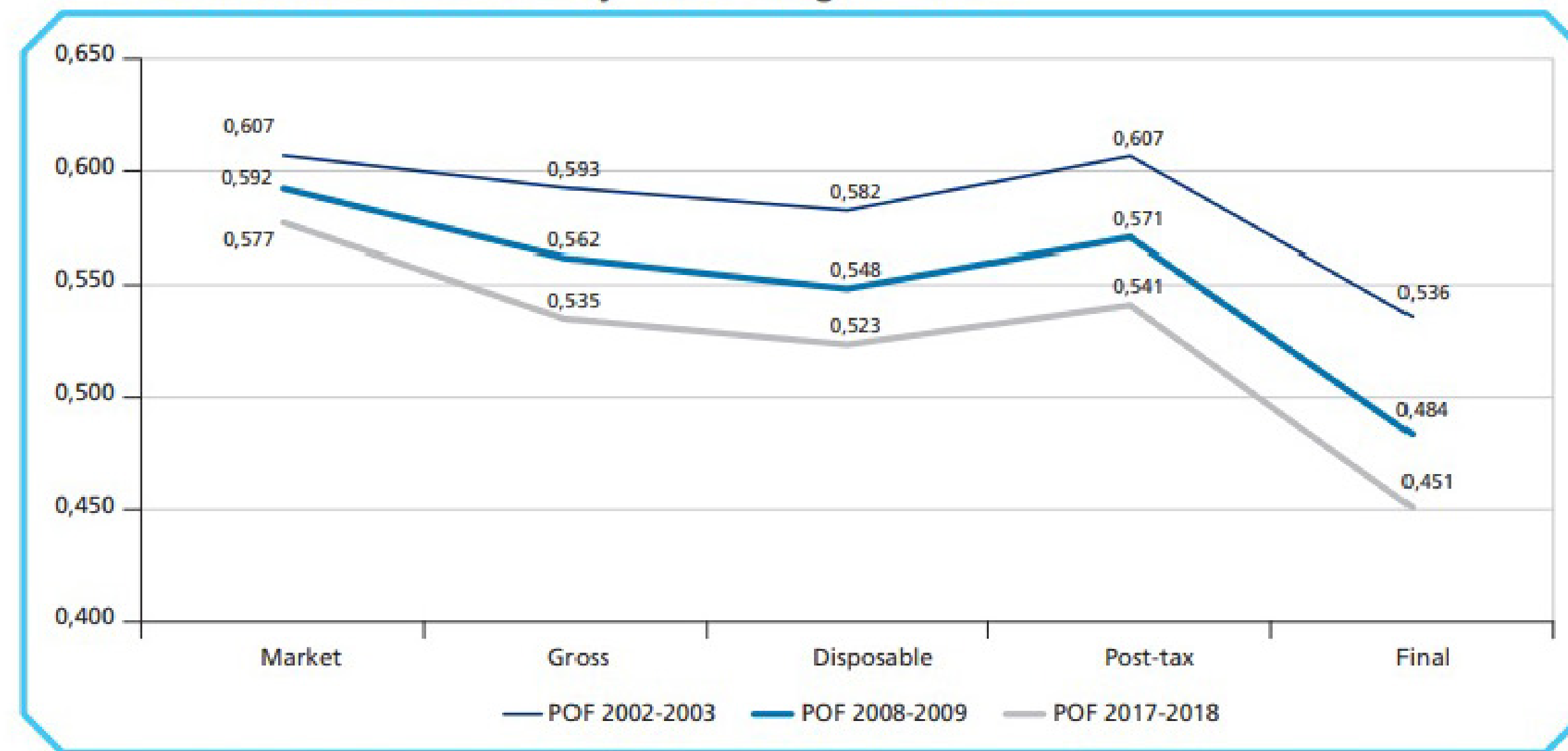
Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Evolution of the Gini index by income stages – Brazil



Sources: For cash transfers and direct taxes, POFs 2002-2003, 2008-2009, and 2017-2018 microdata/IBGE; for indirect taxes, Silveira (2012) and Silveira et al. (2022); for public education expenses, Inep; and, for public health expenditures, PNS, SHA, Siops and other administrative records of the Ministry of Health.

Authors' elaboration.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Decomposition of final income Gini index, concentration coefficients, and marginal effects by income components – Brazil

Income, cash transfers, taxes, public education and health	Final income (%)			Concentration coefficients			Marginal effects		
	2002-2003	2008-2009	2017-2018	2002-2003	2008-2009	2017-2018	2002-2003	2008-2009	2017-2018
Total market income	100.0	91.8	86.9	0.578	0.550	0.527	0.042	0.061	0.066
Cash transfers	13.2	17.8	20.2	0.555	0.526	0.494	0.003	0.008	0.009
Direct taxes	-9.1	-9.4	-8.8	0.649	0.662	0.614	-0.010	-0.017	-0.014
Indirect taxes	-16.6	-14.8	-12.0	0.402	0.374	0.359	0.022	0.016	0.011
Education	7.5	8.3	7.9	0.136	0.055	-0.033	-0.030	-0.036	-0.038
Health	4.9	6.2	5.8	0.001	-0.032	-0.114	-0.026	-0.032	-0.033
Total final income	100.0	100.0	100.0	0.536	0.484	0.451			

Sources: For cash transfers and direct taxes, POFs 2002-2003, 2008-2009 and 2017-2018 microdata/IBGE; for indirect taxes, Silveira (2012) and Silveira et al. (2022); for public education expenses, Inep; and, for public health expenditures, PNS, SHA, Siops and other administrative records of the Ministry of Health.

Authors' elaboration.

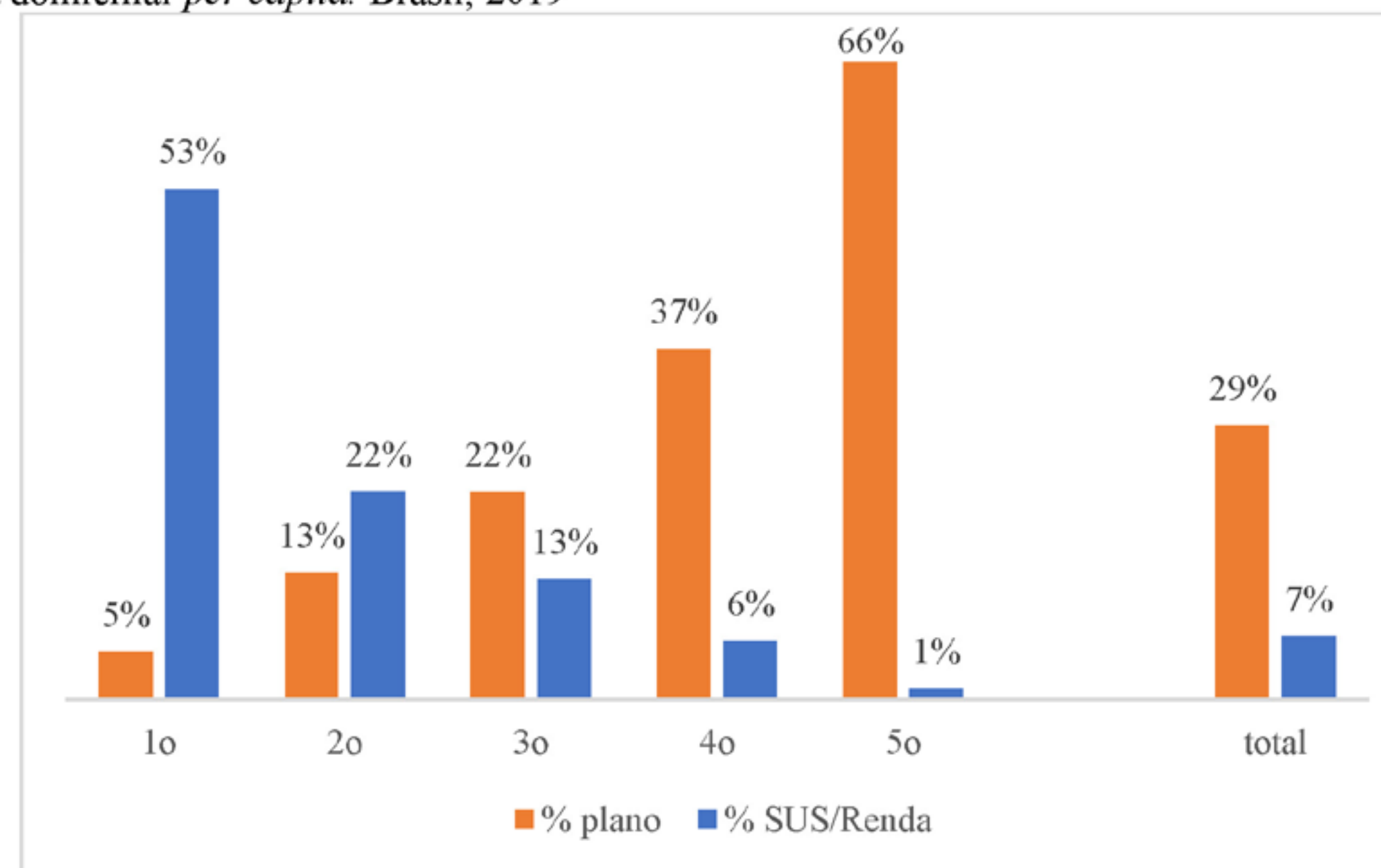
Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Participação da população afiliada à planos de saúde e do gasto SUS (imputado) na renda, segundos quintos de renda domiciliar *per capita*. Brasil, 2019



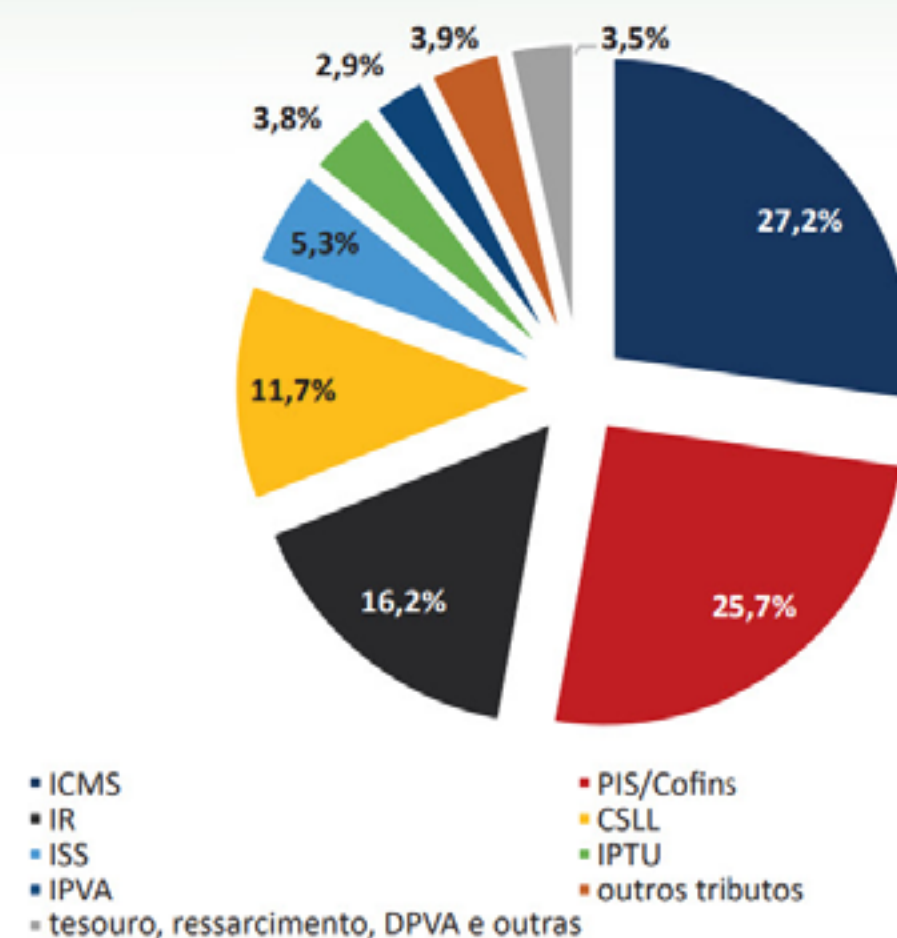
Fonte: Conta SHA; PNS 2019.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira
 Técnico de Planejamento e Pesquisa
 do IPEA

Distribuição dos impostos e fontes no gasto público em saúde. Brasil, 2017



Gastos públicos diretos em saúde e fontes de receitas, segundo entes da federação. Brasil, 2017

gasto direto/fonte	valor	participação
gasto direto/fonte		
Federal	41.311	16%
Tributos e fontes federais		
Estadual	87.726	33%
Tributos estaduais	56.380	21%
FPE (IR e IPI)	11.959	4%
União → Estados (SUS)	19.387	7%
Municipal	137.099	52%
Tributos municipais	30.043	11%
FPM (IR e IPI)	21.872	8%
União → Municípios (SUS)	54.562	21%
Cota Parte ICMS IPVA	30.621	12%
fontes		
federais	149.092	56%
estaduais	86.276	32%
municipais	30.043	11%

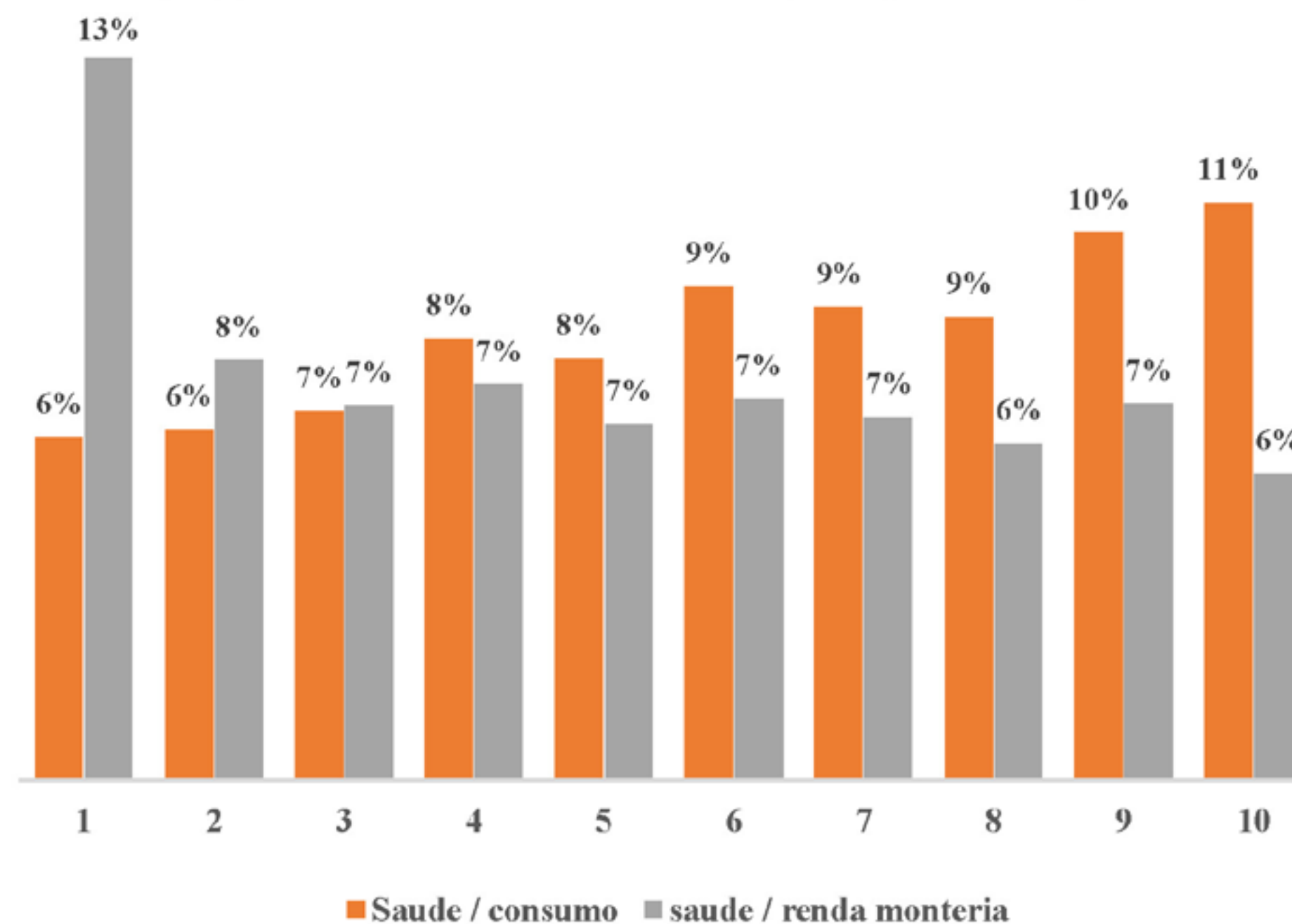
Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Gráfico 4 - Participação dos gastos monetários em saúde nas despesas monetárias de consumo e na renda monetária, segundo décimos de renda familiar *per capita*. Brasil, 2017/18



Fonte: microdados da POF 2017/18

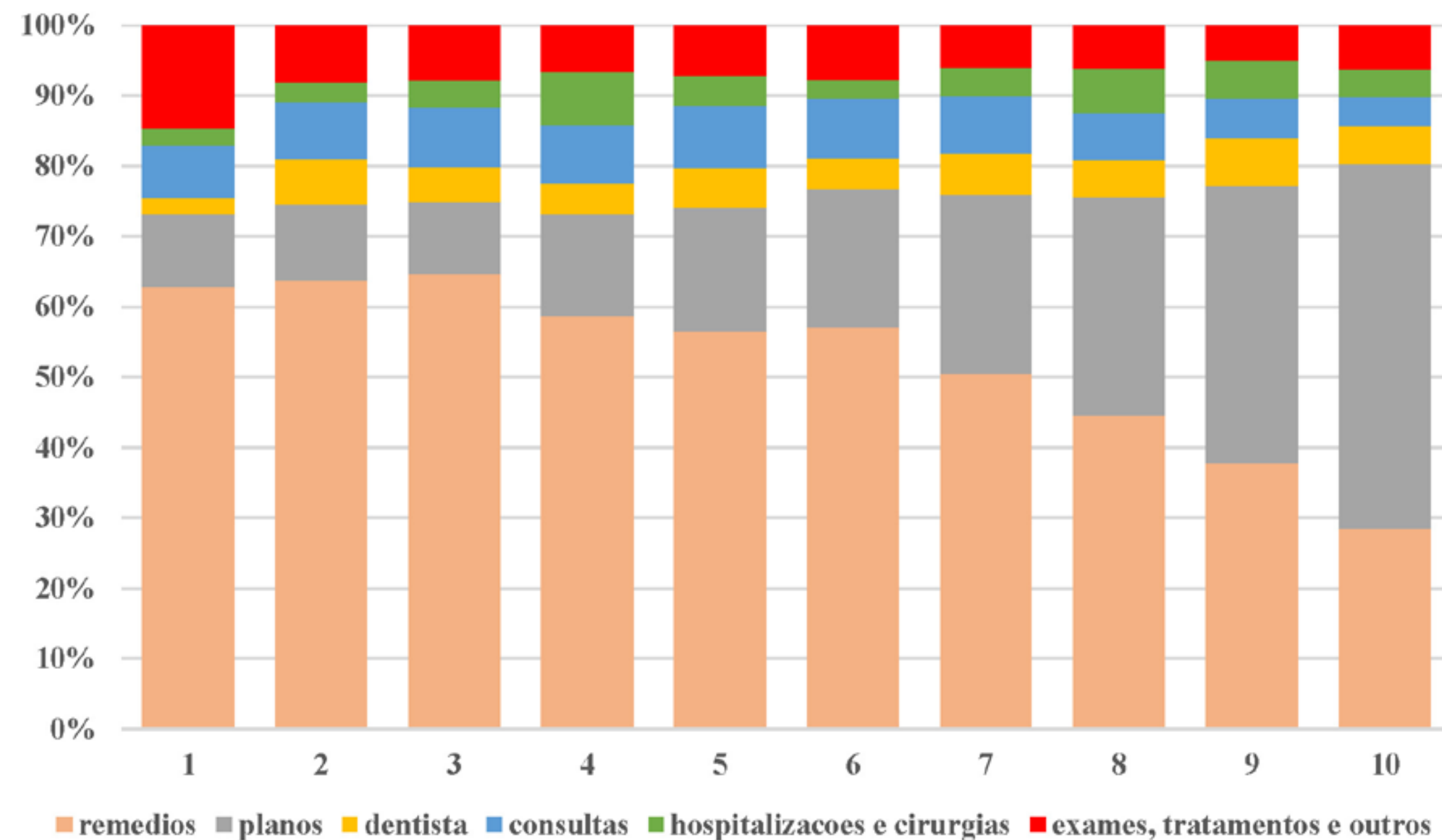
Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Gráfico 5 - Composição do gasto monetário em saúde, segundo as principais rubricas de despesa, por décimo de renda monetária familiar *per capita*. Brasil, 2017/18.



Fonte: microdados da POF 2017/18

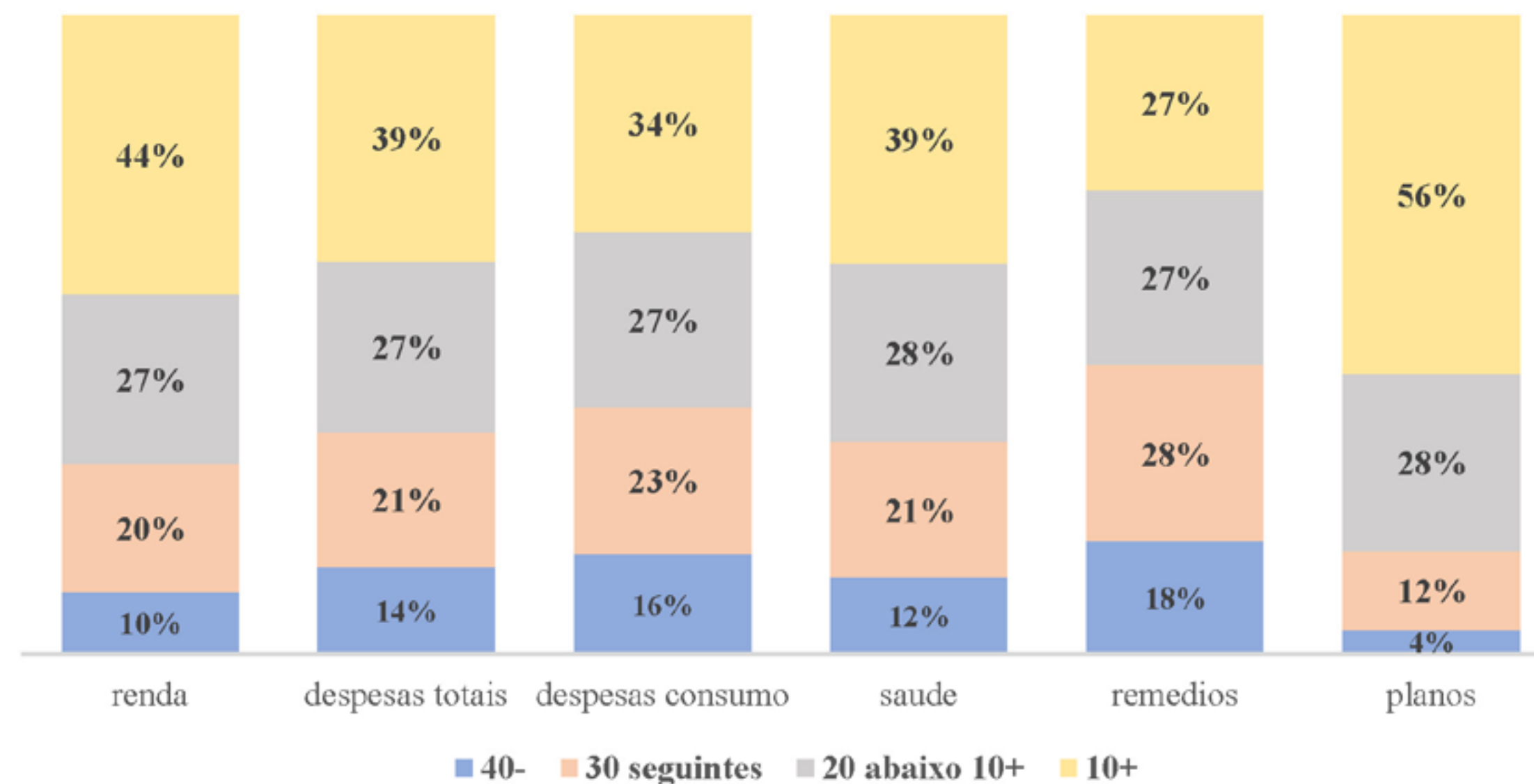
Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Gráfico 6 - Estrutura de distribuição da renda, das despesas totais e em consumo e dos gastos com saúde, medicamentos e planos de saúde monetários, segundo estratos selecionados de renda familiar *per capita*. Brasil, 2017/18.



Fonte: microdados da POF 2017/18

Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Tabela 4 – Renda monetária e gasto SUS – total, ambulatorial e internações – mensais familiar per capita, por décimos de renda domiciliar per capita. Brasil, 2019.

R\$ mensais domiciliar per capita (2019)

décimos de renda domiciliar per capita	renda monetária	gasto total SUS	gasto ambulatorial	gasto internações
1o	139,16	127,98	85,75	37,67
2o	328,98	121,39	80,47	35,80
3o	476,70	120,85	79,61	35,53
4o	627,73	118,34	79,36	32,97
5o	803,38	101,14	66,83	29,29
6o	992,06	123,63	74,86	40,84
7o	1.210,68	89,25	59,31	24,42
8o	1.588,47	80,78	54,39	22,02
9o	2.299,59	66,11	46,19	15,42
10o	6.377,40	30,81	21,66	6,62
média	1.484,49	98,03	64,84	28,06

Fonte: Conta SHA; PNS 2019.

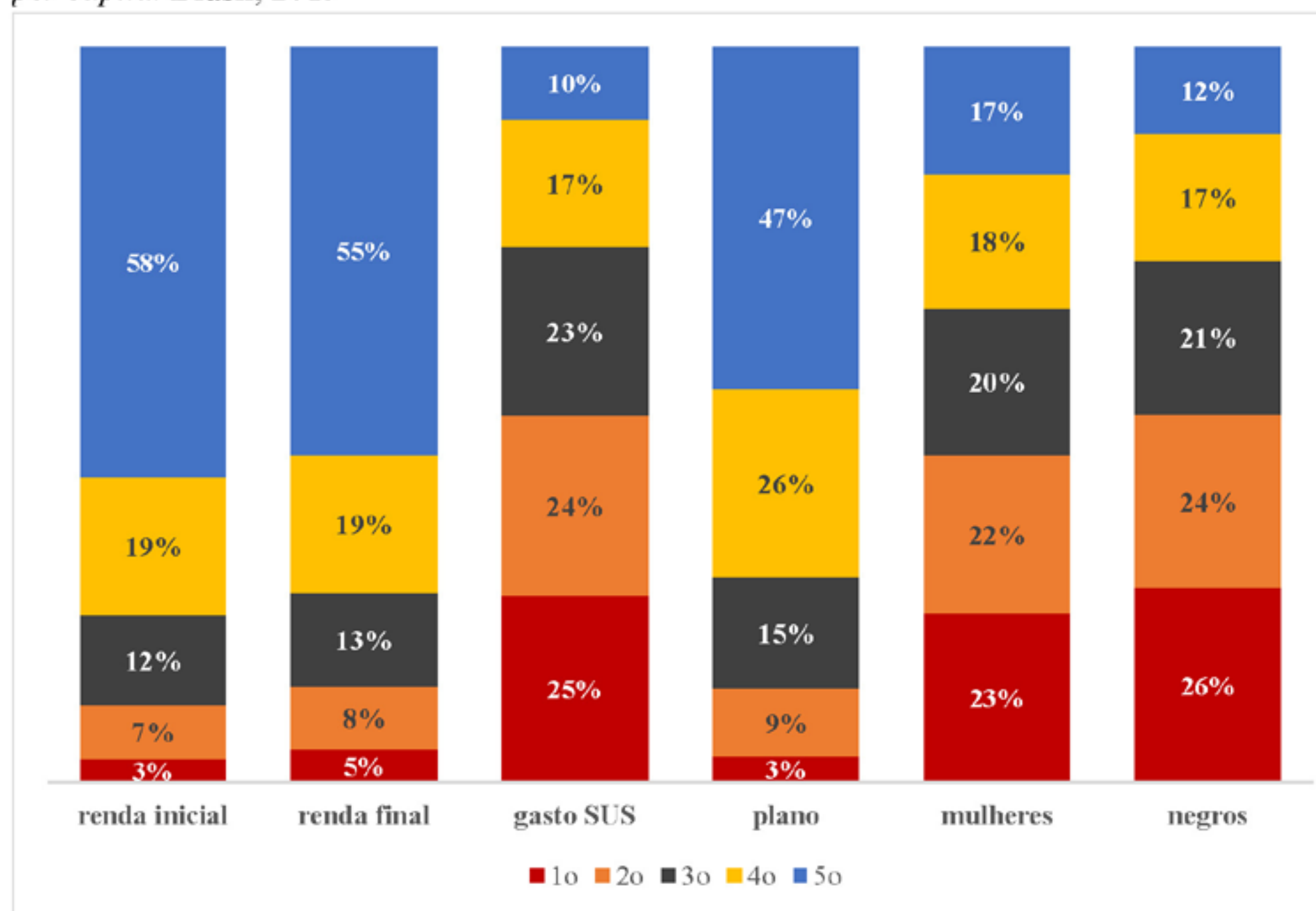
Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Gráfico 7 – Estrutura de distribuição da renda inicial, final, do gasto SUS e das populações afiliada à planos de saúde e, chefiadas por mulheres e negros, segundo quintos de renda domiciliar *per capita*. Brasil, 2019



Fonte: Conta SHA; PNS 2019.

Anexos

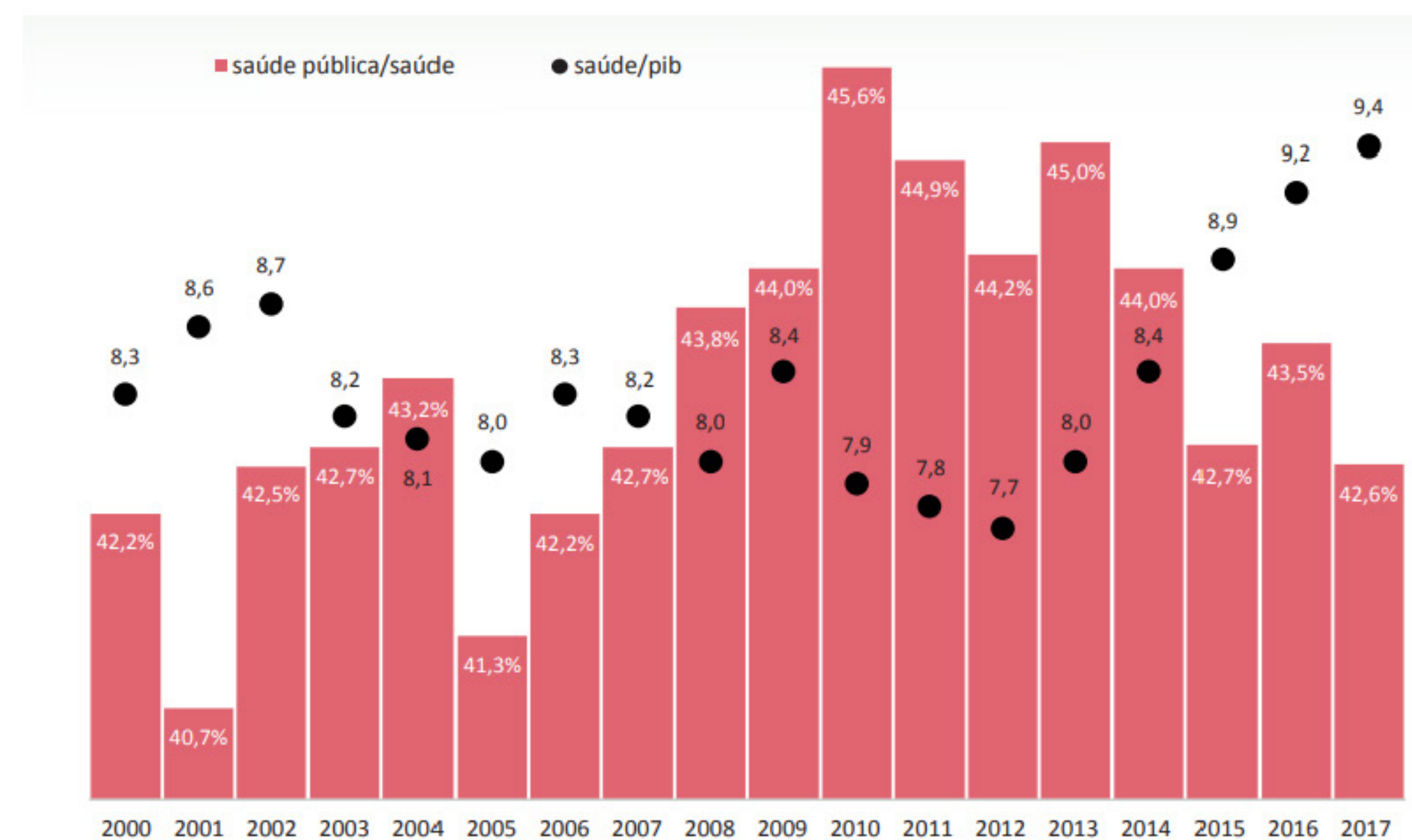
APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Gráfico 8

Evolução da participação da saúde no PIB e da saúde pública no gasto total em saúde – Brasil, 2000 a 2017



Fonte: IBGE (Conta Satélite da Saúde); OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

Anexos

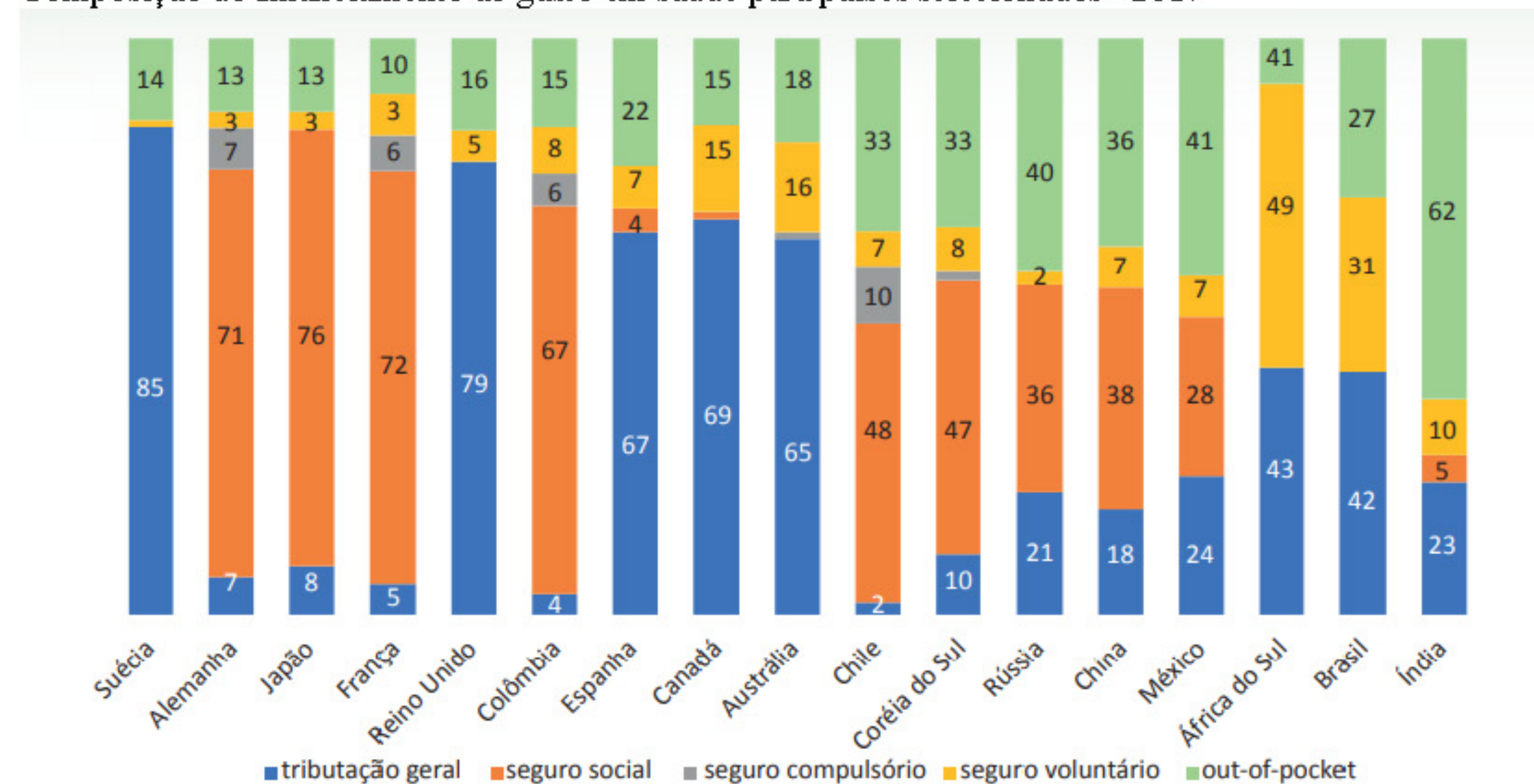
APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Gráfico 9

Composição do financiamento ao gasto em saúde para países selecionados– 2017



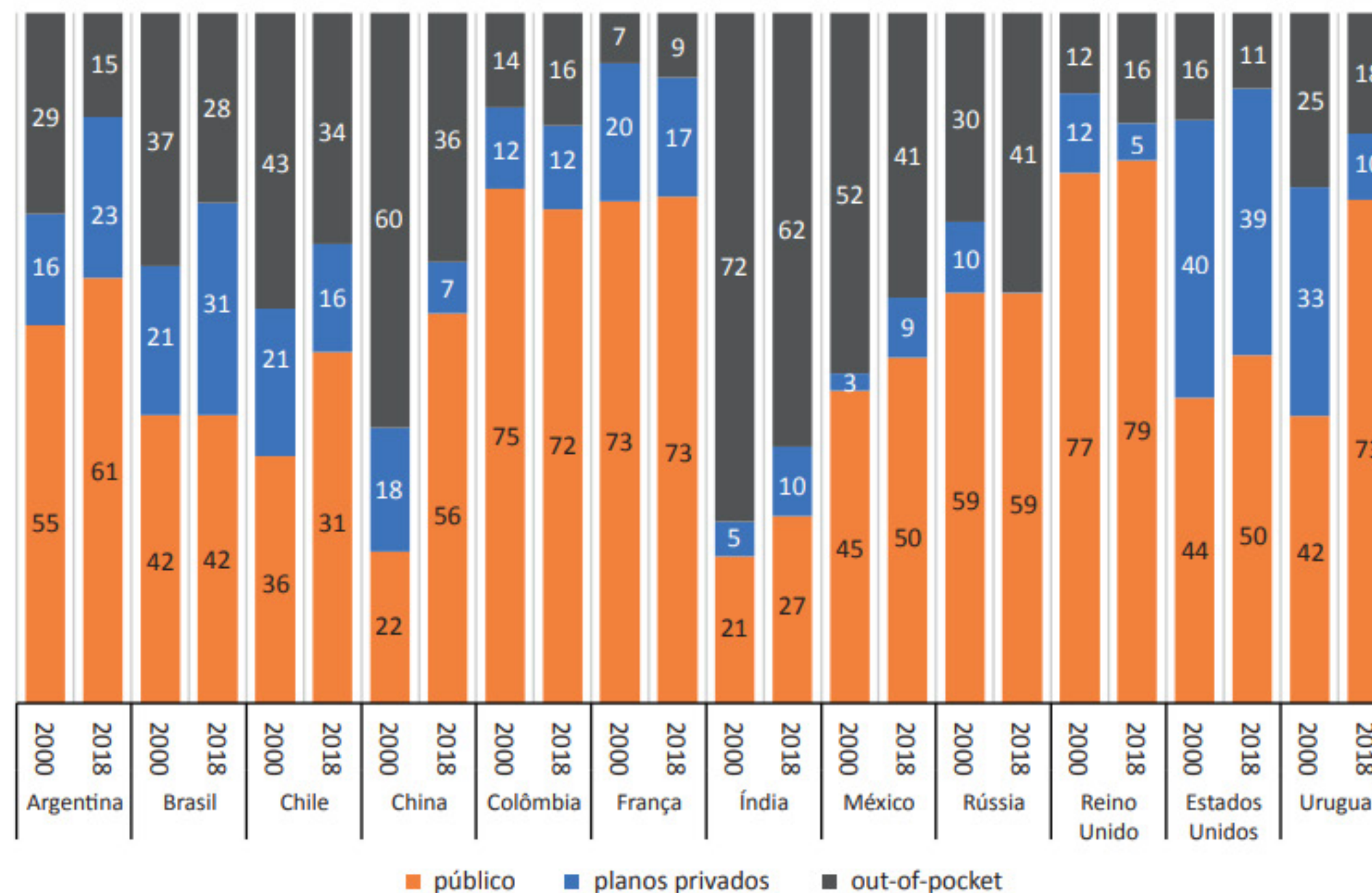
Fonte: OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira
 Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA

Gráfico 12
 Evolução da composição das fontes de financiamento do gasto em saúde para países selecionados - 2000 e 2018



Fonte: WHO (World Health Organization) - Global Health Expenditure Database (GHED), disponível em <https://apps.who.int/nha/database>.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Tabela 5 – Estrutura de distribuição dos tributos diretos e indiretos e estimativa de distribuição do ônus do financiamento de R\$ 100, por décimos de renda familiar *per capita* – Brasil, 2017/18

décimos	composição		financiamento saúde (R\$) (1)		
	indiretos	diretos	indiretos	diretos	total
1	2,40%	0,40%	17,4	1,1	18,5
2	3,50%	1,10%	25,3	3,0	28,4
3	4,50%	1,60%	32,5	4,4	37,0
4	5,40%	2,30%	39,0	6,4	45,4
5	6,60%	3,30%	47,7	9,1	56,9
6	7,70%	4,20%	55,7	11,6	67,3
7	9,30%	5,80%	67,2	16,1	83,3
8	11,90%	9,10%	86,0	25,2	111,2
9	16,00%	15,90%	115,7	44,0	159,7
10	32,70%	56,30%	236,4	156,0	392,4
Composição/média	72,30%	27,70%	72,3	27,7	100,0

Fonte: Silveira et al (2020a) e Silveira et al (2022); Conta SHA; PNS 2019.

(1) Para um gasto médio *per capita* em saúde de R\$ 100 mensais, valor passível de alocação. Esse valor representa um gasto de R\$ 120 per capita mensal, considerando as fontes não passíveis de imputação.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Fernando Gaiger Silveira

Técnico de Planejamento e Pesquisa
do IPEA

Tabela 6 – Participação na renda do gasto privado em saúde, do financiamento à saúde pública e do gasto público de saúde por décimos de renda domiciliar/familiar *per capita*. Brasil, 2017/18-2019.

décimos da renda domiciliar <i>per</i> <i>capita</i>	participação na renda		
	gasto privado	financiamento gasto público	gasto público
1o	13,3%	13,0%	92,0%
2o	7,7%	8,2%	36,9%
3o	6,9%	7,1%	25,4%
4o	7,3%	6,5%	18,9%
5o	6,6%	6,3%	12,6%
6o	7,0%	5,8%	12,5%
7o	6,7%	5,8%	7,4%
8o	6,2%	5,9%	5,1%
9o	6,9%	5,7%	2,9%
10o	5,6%	5,1%	0,5%
<i>total</i>	6,3%	5,7%	6,6%

Fonte: Microdados POF 2017/18; Conta SHA; PNS 2019; Silveira et al (2022);
Silveira et al (2020^a)

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)

Mesa Temática II: A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS

Pergunta disparadora: Como viabilizar estratégias e mecanismos de alocação para induzir a reorientação do modelo assistencial visando a equidade no acesso, a integralidade do cuidado e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população?

ABrES
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE

12h30

Mesa 2
“A alocação de recursos como estratégia indutora da reorientação do modelo assistencial do SUS”

Alocação de recursos e financiamento do SUS

Palestrantes:
Claudia Pesceto
Economista Sênior (Opas)
Fabíola Sulpino Vieira
Coordenadora de Estudos e Pesquisas de Saúde (Disoc/Ipea)
Francisco R. Funcia
Presidente (ABrES)

Coordenadora:
Luciana Dias de Lima
Vice-diretora de Pesquisa e Inovação (VDPI/ENSP/Fiocruz)

1º Set

Francisco R. Funcia

- Economista e Mestre em Economia Política (PUC-SP) e Doutor em Administração pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)
- Professor dos Cursos de Economia e Medicina da USCS
- Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)

1º de Setembro de 2023

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)

ABrES
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ECONOMIA DA SAÚDE

Conferências



QUADRIENAIS OU EM CARÁTER
EXTRAORDINÁRIO



Propor as diretrizes para a
formulação das políticas de saúde

Conselhos



INSTÂNCIAS DE CARÁTER
PERMANENTE E DELIBERATIVO



Formular e fiscalizar a execução da
política de saúde, abrangendo os
aspectos econômicos e financeiros

LEI 8142/90 (ARTIGO 1º, INCISOS I E II, PARÁGRAFOS 1º E 2º)

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Apontamentos da Cofin/CNS sobre o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023 (revisado) e sobre a PAS 2021

1. Não atendimento pleno das diretrizes aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (conforme Resolução 617/2019)
2. Não existir nenhuma meta para o conjunto das ações de saúde de enfrentamento da Covid-19.
3. Não existir nenhuma meta específica para “Demanda Reprimida” de ações de saúde agravada e decorrente da Covid-19.
4. Não atendimento pleno das diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2020 (conforme Resolução 614/2019)
5. Não atendimento pleno das diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2021 (conforme Resolução 640/2020)
6. Não atendimento pleno das diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2022 (conforme Resolução 655/2021)
7. Não contemplado os R\$ 168,7 bilhões no Orçamento de 2021, valor compatível com as cinco diretrizes aprovadas da 16ª Conferência nacional de Saúde para o Eixo 3 de financiamento adequado e suficiente e conforme petição pública do CNS iniciada em agosto de 2020 (hoje com aproximadamente 600 mil assinaturas)
8. Readequação com redução da meta na cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde, inclusive abaixo do teto do SISAB do Ministério da Saúde.

FUNCIA - 2022/12

7

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Apontamentos da Cofin/CNS sobre o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023 (revisado) e sobre a PAS 2021

9. Readequações com reduções em outras metas dos sete objetivos, sem uma justificativa plausível e sem demonstração do impacto negativo dessa redução para o atendimento da necessidade de saúde da população:
 - ✓ no Objetivo 1 – Metas 1, 7, 10, 15, 17 e 18;
 - ✓ no Objetivo 2 - Meta 10;
 - ✓ no Objetivo 3 – Metas 17 e 18;
 - ✓ Objetivo 6 – Metas 7, 8, 11 e 12;
 - ✓ Objetivo 7 – Meta 10.
10. Em que medida as metas aumentadas foram em decorrência de redução de outras metas e qual é o impacto dessas escolhas para a atenção integral à saúde da população?
11. O Planejamento Estratégico citado para a formulação do PNS 2020-2023 (revisado) não contemplou:
 - ✓ Na missão: as diretrizes constitucionais da descentralização das ações e da participação da comunidade no SUS.
 - ✓ Nos valores: o respeito ao controle social.
 - ✓ O envolvimento preliminar durante a elaboração e a aprovação prévia dos objetivos e metas pelo Conselho Nacional de Saúde.
 - ✓ A pactuação das metas com Estados e Municípios na lógica do planejamento tripartite.

8

Anexos

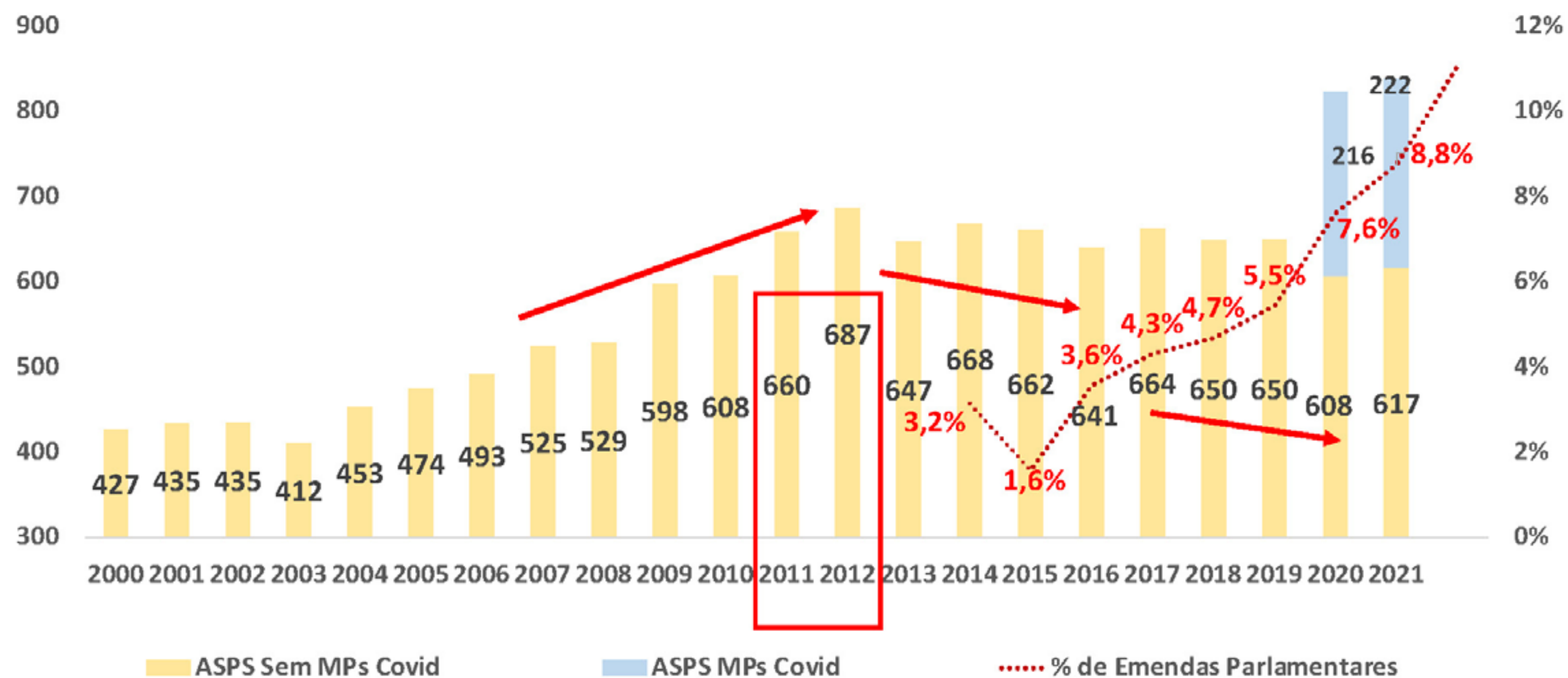
APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



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



* Fonte: Adaptado de ABrES e UFRJ/IE/GESP (2022)

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Execução Orçamentária da Função Saúde - Valores Empenhados pela Função 10 Saúde e Subfunção – Participação em relação ao total (2012 a 2022)

SUBFUNÇÃO	DESPESAS EMPENHADAS											DESPESA EMPENHADA (média anual do período)		
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2012-16	2017-18	2019-22
301 ATENÇÃO BÁSICA	18,10%	18,20%	20,26%	18,86%	19,03%	18,37%	17,91%	21,87%	16,38%	19,62%	23,16%	18,89%	18,14%	20,26%
302 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	49,17%	47,03%	47,32%	47,34%	45,41%	45,18%	43,44%	47,70%	34,98%	41,15%	42,19%	47,25%	44,31%	41,51%
303 SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	10,82%	11,57%	10,85%	12,73%	13,36%	11,77%	12,14%	11,07%	9,22%	8,45%	11,18%	11,87%	11,95%	9,98%
304 VIGILÂNCIA SANITÁRIA	0,42%	0,39%	0,37%	0,31%	0,30%	0,28%	0,27%	0,26%	0,18%	0,17%	0,21%	0,36%	0,28%	0,21%
305 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	4,66%	5,12%	4,52%	5,36%	5,89%	5,98%	6,22%	6,75%	4,67%	10,71%	13,12%	5,11%	6,10%	8,81%
306 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	0,48%	0,56%	0,02%	0,03%	0,03%	0,06%	0,04%	0,05%	0,04%	0,04%	0,04%	0,22%	0,05%	0,04%
OUTRAS SUBFUNÇÕES	16,36%	17,12%	16,66%	15,36%	15,98%	18,35%	19,98%	12,30%	34,53%	19,85%	10,10%	16,30%	19,16%	19,19%
TOTAIS	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Razão AB/AHA	36,80%	38,70%	42,82%	39,84%	41,90%	40,67%	41,23%	45,86%	46,82%	47,68%	54,90%	40,01%	40,95%	48,81%

Elaboração de Francisco R. Funcia. Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/RAG2022/MS

Anexos

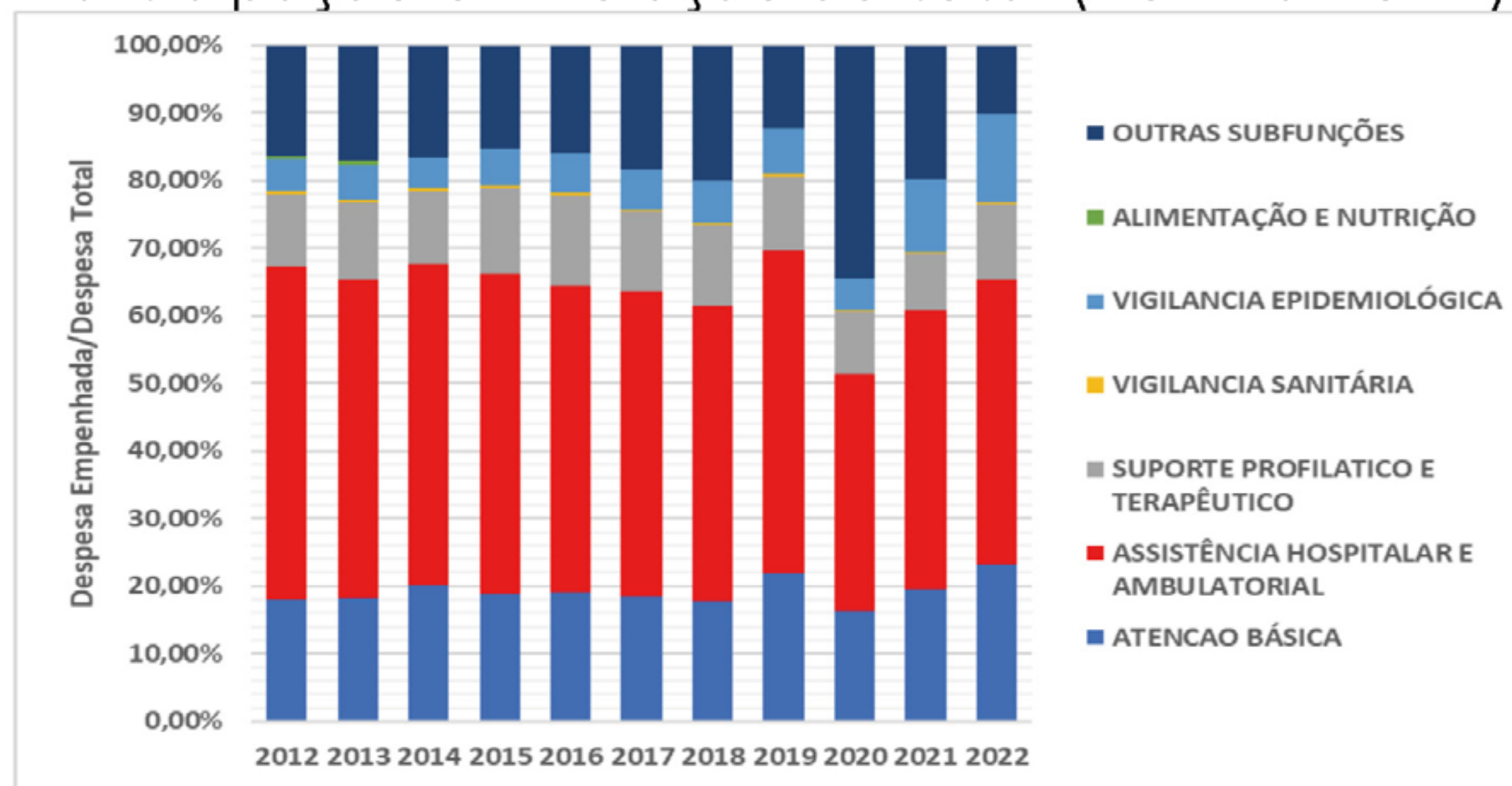
APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Execução Orçamentária da Função Saúde - Valores Empenhados pela Função 10 Saúde e Subfunção – Participação em relação ao total (2012 a 2022)



Elaboração de Francisco R. Funcia. Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/RAG2022/MS

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)

ABrES
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ECONOMIA DA SAÚDE

Gráfico 5.A

Evolução da Execução das Despesas ASPS com recursos do MS pelo Ministério da Defesa

Ministério da Defesa (em R\$ milhões de 2021)



12

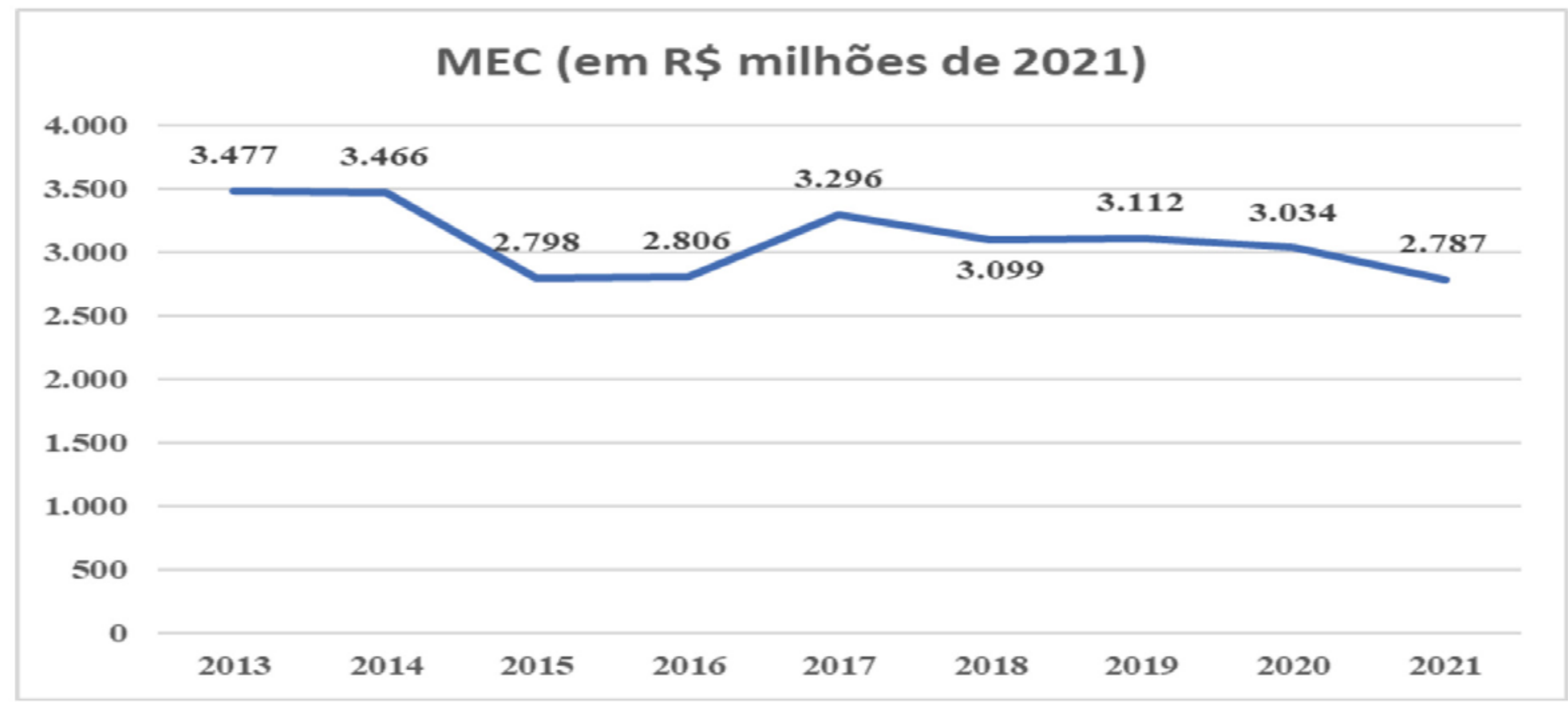
Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia
Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Gráfico 5.A
Evolução da Execução das Despesas ASPS com recursos do MS pelo MEC



Anexos

APRESENTAÇÕES

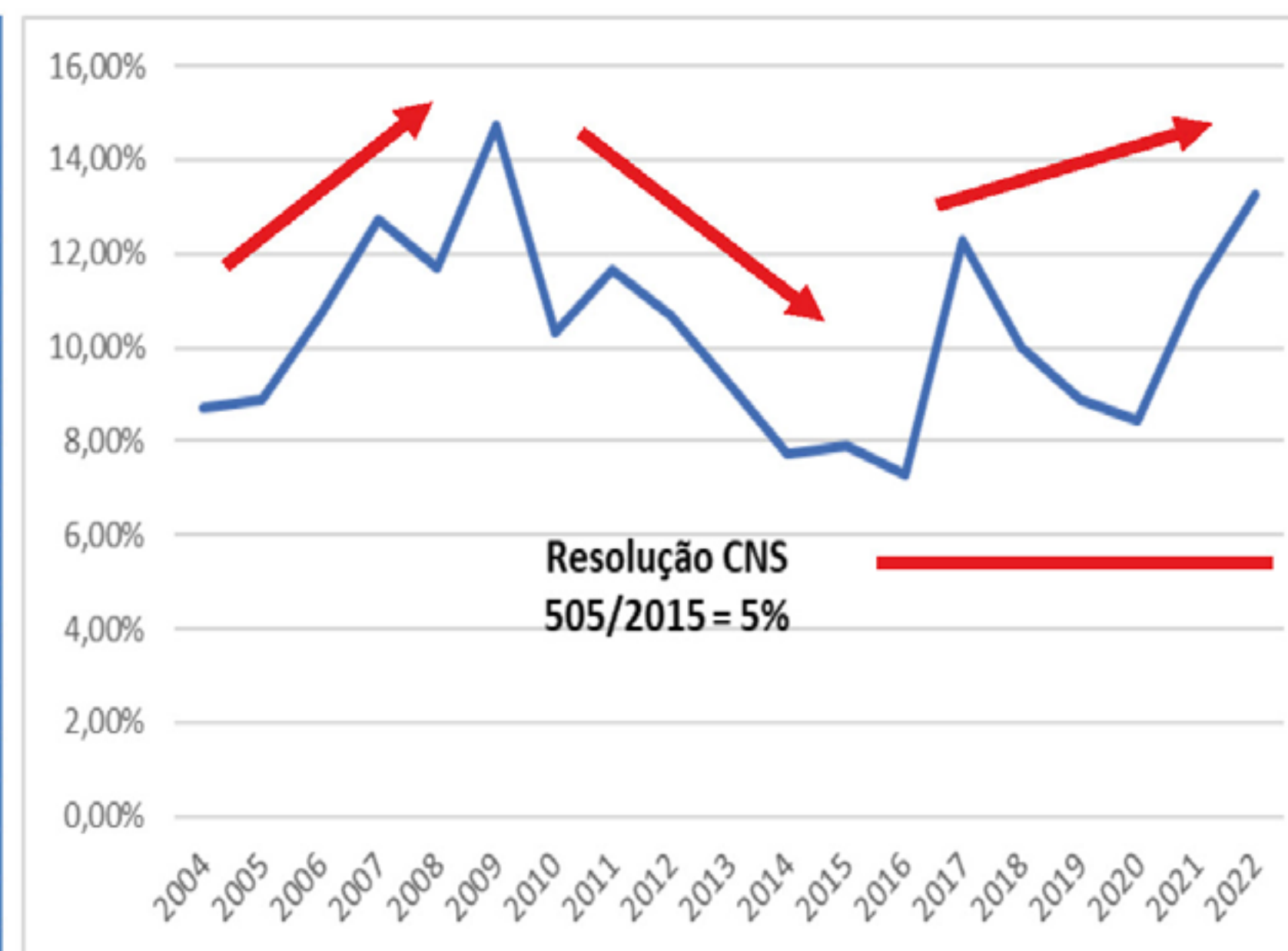
Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Valores ASPS empenhados e de restos a pagar (ASPS) inscritos de 2004 a 2022

ANO	EMPENHADO ASPS	RP ASPS INSCRITO	PROPORCAO %
	(A)	(B)	C = (B / A)
2004	32.703	2.849	8,71%
2005	37.146	3.296	8,87%
2006	40.751	4.361	10,70%
2007	44.303	5.642	12,74%
2008	48.670	5.702	11,72%
2009	58.270	8.590	14,74%
2010	61.965	6.402	10,33%
2011	72.332	8.416	11,64%
2012	80.063	8.534	10,66%
2013	83.053	7.642	9,20%
2014	92.243	7.135	7,74%
2015	100.460	7.935	7,90%
2016	106.718	7.786	7,30%
2017	115.259	14.125	12,26%
2018	117.460	11.768	10,02%
2019	124.084	11.022	8,88%
2020	162.420	13.720	8,45%
2021	180.106	20.282	11,26%
2022	153.174	17.519	13,24%



Elaboração de Francisco R. Funcia. Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, RAG2022/MS (Quadro 18).

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)

ABrES

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE ECONOMIA DA SAÚDE

Consolidado
geral com a
inscrição e
reinscrição de
Restos a
Pagar de
2004 a 2021

ANO	RESTOS A PAGAR				
	PROCESSADOS A PAGAR	NÃO PROCESSADOS A LIQUIDAR	PROCESSADOS E NÃO INSCRITOS E REINSCRITOS	PROCES- SADOS A PAGAR	NÃO PRO- CESSADOS A LIQUIDAR
2004	160.505,84	0	160.505,84	100,0%	0,0%
2005	1.019.546,80	0	1.019.546,80	100,0%	0,0%
2006	950.567,16	0	950.567,16	100,0%	0,0%
2007	11.798.617,34	0	11.798.617,34	100,0%	0,0%
2008	23.427.722,69	0	23.427.722,69	100,0%	0,0%
2009	51.823.497,08	26.231.644,92	78.055.142,00	66,4%	33,6%
2010	15.421.313,49	99.002.804,99	114.424.118,48	13,5%	86,5%
2011	66.007.983,18	55.986.078,51	121.994.061,69	54,1%	45,9%
2012	46.676.836,43	101.427.228,07	148.104.064,50	31,5%	68,5%
2013	152.733.348,08	141.559.763,03	294.293.111,11	51,9%	48,1%
2014	60.118.469,24	113.098.173,03	173.216.642,27	34,7%	65,3%
2015	83.113.215,16	91.727.781,52	174.840.996,68	47,5%	52,5%
2016	370.539.059,87	226.947.086,82	597.486.146,69	62,0%	38,0%
2017	78.539.665,88	891.355.459,63	969.895.125,51	8,1%	91,9%
2018	33.981.851,99	1.014.508.373,66	1.048.490.225,65	3,2%	96,8%
2019	26.019.840,34	1.430.026.921,96	1.456.046.762,30	1,8%	98,2%
2020	68.630.464,46	1.734.517.511,02	1.803.147.975,48	3,8%	96,2%
2021	2.563.083.265,45	19.279.143.158,05	21.842.226.423,50	11,7%	88,3%
Total Geral	3.654.045.770,48	25.205.531.985,21	28.859.577.755,69	12,7%	87,3%

Elaboração de Francisco R. Funcia. Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde: RAG2022/MS (Quadro 17).

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Transferências Estados e Municípios – Quadro Geral/MS - 3º Quadrimestre de 2021 e 2022

ANO	DOTACAO ATUALIZADA	DESPESAS EMPENHADAS	DESPESAS LIQUIDADAS	DESPESAS PAGAS
TOTAL GERAL 2022	98.174.464.965,15	97.966.823.243,75	94.749.751.606,76	94.749.420.463,93
TOTAL GERAL 2021	105.728.164.187,13	105.264.675.469,98	100.030.583.787,12	99.934.129.428,81
TOTAL GERAL 2022 X 2021	-7,14%	-6,93%	-5,28%	-5,19%
TOTAL GERAL 2020	114.471.383.925,40	114.279.107.709,66	111.684.967.851,42	110.605.480.588,34
TOTAL GERAL 2021 X 2020	-7,64%	-7,89%	-10,44%	-9,65%

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Transferências Fundo a Fundo – Bloco Manutenção: Componente e Esfera de Governo – Valores Brutos - 2022

TOTAL BLOCO MANUTENÇÃO								
MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL
76.726.147.471,78	23.011.683.064,73	99.737.830.536,51	76,9%	23,1%	100,0%			
100,0%	100,0%	100,0%						
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE			GESTÃO DO SUS			ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL
39.649.280.478,51	21.553.027.899,75	61.202.308.378,34	22.953.025,34	176.943,20	23.129.968,54	1.340.752.978,56	644.685.688,56	1.985.438.667,12
51,7%	93,7%	61,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	2,8%	2,0%
VIGILÂNCIA			ATENÇÃO ESPECIALIZADA			ATENÇÃO PRIMÁRIA		
MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL
2.986.346.295,05	536.213.432,54	3.522.559.727,59	205.000,00	0	205.000,00	32.726.609.694,24	277.579.100,68	33.004.188.794,92
3,9%	2,3%	3,5%	0,0%	0,0%	0,0%	42,7%	1,2%	33,1%

Elaboração: Francisco Funcia. Fonte: Adaptado de RAG 2022 (Quadros 13 e 14)

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Transferências Fundo a Fundo – Bloco Estruturação: Componente e Esfera de Governo – Valores Brutos - 2022

TOTAL BLOCO ESTRUTURAÇÃO					
MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL
1.162.205.267,19	206.408.174,00	1.368.613.441,19	84,9%	15,1%	100%
100,0%	100,0%	100,0%			

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			VIGILÂNCIA		
MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL
10.367.608,00	0	10.367.608,00	643.948,00	0	643.948,00
0,9%	0,0%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%

ATENÇÃO ESPECIALIZADA			ATENÇÃO PRIMÁRIA		
MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL	MUNICIPAL	ESTADUAL	TOTAL
418.740.493,00	181.053.373,00	599.793.866,00	732.453.218,19	25.354.801,00	757.808.019,19
36,0%	87,7%	43,8%	63,0%	12,3%	55,4%

Elaboração: Francisco Funcia. Fonte: Adaptado de RAG 2022 (Quadros 15)

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Atividades de controle encerradas em 2022 – Por objeto

Objeto	Total 2022	Total 2021	Total 2020	Total 2019	Total 2017	Variação 2022/2021	Variação 2022/2020	Variação 2022/2019	Variação 2022/2017
Assistência farmacêutica	355	96	98	27	375	269,8%	262,2%	1214,8%	-5,3%
Atenção básica	30	10	30	167	185	200,0%	0,0%	-82,0%	-83,8%
Média e Alta Complexidade	106	28	46	98	201	278,6%	130,4%	8,2%	-47,3%
Vigilância em Saúde	1	1	2	3	9	0,0%	-50,0%	-66,7%	-88,9%
Fora de bloco de financiamento	53	15	26	39	535	253,3%	103,8%	35,9%	-90,1%
Outros	14	1	3	16	51	1300,0%	366,7%	-12,5%	-72,5%
Total Geral	559	151	205	350	1356	270,2%	172,7%	59,7%	-58,8%

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Destaques dos apontamentos do Conselho Nacional de Saúde sobre o RAG 2022 do MS relacionados à alocação de recursos (Resolução 713/2023)

- **Não houve a demonstração, nem comprovação, pelo Ministério da Saúde, da alocação de recursos suficientes em 2022 para promover a mudança de modelo de atenção à saúde (para priorizar a atenção básica), em desacordo às deliberações do Conselho Nacional de Saúde, especialmente nas diretrizes para o estabelecimento de prioridades para 2022, em desacordo com o marco legal-normativo do SUS;**
- **Os valores empenhados em 2022 das emendas parlamentares no valor de R\$ 14,9 bilhões representaram 9,7% do Valor Empenhado ASPS Bruto (no caso das transferências para Atenção Básica, mais de 20% dos recursos foram emendas parlamentares) - não são submetidas necessariamente às diretrizes da Conferência Nacional de Saúde, nem ao processo de planejamento ascendente do SUS, em desacordo com o marco legal-normativo do SUS**
- **A execução das despesas de 2022 foi baseada no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023 (revisado em 2021), que foi reprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em maio de 2021, sendo que a apresentação de um substitutivo ocorreu no último quadrimestre de 2022, em desacordo com o marco legal-normativo do SUS**
- **Houve reincidência em 2022 da baixa execução (pelo nível de liquidação – “inadequado”, “intolerável” e “inaceitável”) de vários itens de despesas, em desacordo com os apontamentos do CNS;**
- **Não houve apresentação pelo Ministério da Saúde dos resultados do monitoramento e avaliação dos impactos dos recursos transferidos para estados e municípios sobre as condições de saúde da população;**
- **Não houve atendimento à solicitação do Conselho Nacional de Saúde de apresentação da análise de viabilidade técnica e financeira de execução dos restos a pagar pelas Unidades Orçamentárias do Ministério da Saúde, nem dos efeitos para o atendimento às necessidades de saúde da população decorrentes dessas despesas reinscritas em restos a pagar;**

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



MS – APLICAÇÃO ASPs 2022 (em R\$ bilhões a preços correntes)

ITEM	Piso Apurado	Aplicação em ASPs (Valor Empenhado)	Aplicação = ACIMA (+) ou ABAIXO (-) do Piso
Piso 2017 (15% da RCL de 2017)	109,1	114,7	5,6
Piso 2018 (Piso 2017 + IPCA 3,0%)	112,4	116,8	4,4
Piso 2019 (Piso 2018 + IPCA 4,39%)	117,3	122,3	5,0
Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37%)	121,2	161,0	39,7
Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37%) APLICAÇÃO EXCLUÍDA A AÇÃO 21C0	121,3	120,7	-0,4
Piso 2021 (Piso 2020 + IPCA 4,52%)	127,0	179,1	52,1
Piso 2021 (Piso 2020 + IPCA 4,52%) APLICAÇÃO EXCLUÍDA COVID-19	127,0	128,6	1,6
Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA 10,06%)	139,8	151,9	12,0
Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA 10,06%) APLICAÇÃO EXCLUÍDA COVID-19	139,8	141,8	2,0

Elaboração: Francisco Funcia. Fonte: Adaptado de MS/RAG-2022 e Boletim Cofin 2022/12/31 e Parecer Conclusivo CNS sobre o RAG 2021 (Resolução 701, de 14/09/2022)

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS): estimativa das perdas da aplicação federal do SUS a partir da EC 95/2016

Ano	Despesa ASPS (Exceto Despesas COVID-19) (A)	Piso EC 86 (15% RCL) (B)	Diferença Aplicação (C=A-B)
2018	116,8	120,8	-4,0
2019	122,3	135,8	-13,6
2020	118,8	97,8	21,0
2021	131,7	159,4	-27,7
2022	141,8	188,0	-46,2
Total	631,4	701,8	-70,4

Elaboração: Francisco R. Funcia (15/05/2023 - 1ª versão preliminar, sujeita à revisão)

Fonte: Adaptado de ABrES (Nova Política de Financiamento para Saúde, setembro/2022) para o período 2018-2021; Adaptado de Boletim Cofin/CNS (31/12/2022), de RAG 2022 MS e de STN (RCL de 2022) para 2022.

Indicadores	2017	2020	2021	2022
EMPENHO ASPS*/PIB	1,74%	1,56%	1,48%	1,43%
EMPENHO ASPS*/RCL	15,77%	18,22%	12,40%	11,31%

Elaboração: Francisco R. Funcia
 Fonte: Adaptado de RAG (vários anos), IBGE e STN
 Nota: (*) Exclui Despesas Covid

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Estimativa de Pisos Federais do SUS conforme as últimas regras que vigoraram entre 2000 e 2022

MARCO CONSTITUCIONAL-LEGAL OU PROPOSTAS	RESUMO DA REGRA DE CÁLCULO	VALORES DOS PISOS FEDERAIS DO SUS SEGUNDO AS DIFERENTES REGRAS (em R\$ a preços correntes)	
			2022
Emenda Constitucional 29/2000 e Lei Complementar 141/2012	Despesa Empenhada no ano anterior (x) variação nominal do PIB do ano anterior	Anual	209.415
		Per Capita	974,88
Emenda Constitucional 86/2015	15% da RCL	Anual	188.014
		Per Capita	875,25
Emenda Constitucional 95/2016	15% da RCL de 2017 atualizado pela variação anual do IPCA	Anual	139.813
		Per Capita	650,87
PEC 01-D de 2015 (aprovada em 2016/1º Turno CD-equivalente aos 10% das RCB do Saúde+10)	19,4% da RCL	Anual	243.165
		Per Capita	1.132,00
Proposta do Cenário 1 da ABrES	Valor per capita do Estudo ABrES em dez anos - cálculo de R\$ 1.080,00 a preços de 2021 atualizado para preços de 2022 segundo a variação do Ipca	Anual	245.428
		Per Capita	1.142,53
Proposta do Cenário 2 da ABrES	Valor per capita do Estudo ABrES em dez anos - cálculo de R\$ 1.207,00 a preços de 2021 atualizado para preços de 2022 segundo a variação do Ipca	Anual	274.289
		Per Capita	1.276,88
Proposta do Cenário 3 da ABrES	Referência: 3% do PIB em dez anos para o gasto público federal	Anual	297.459
		Per Capita	1.384,75

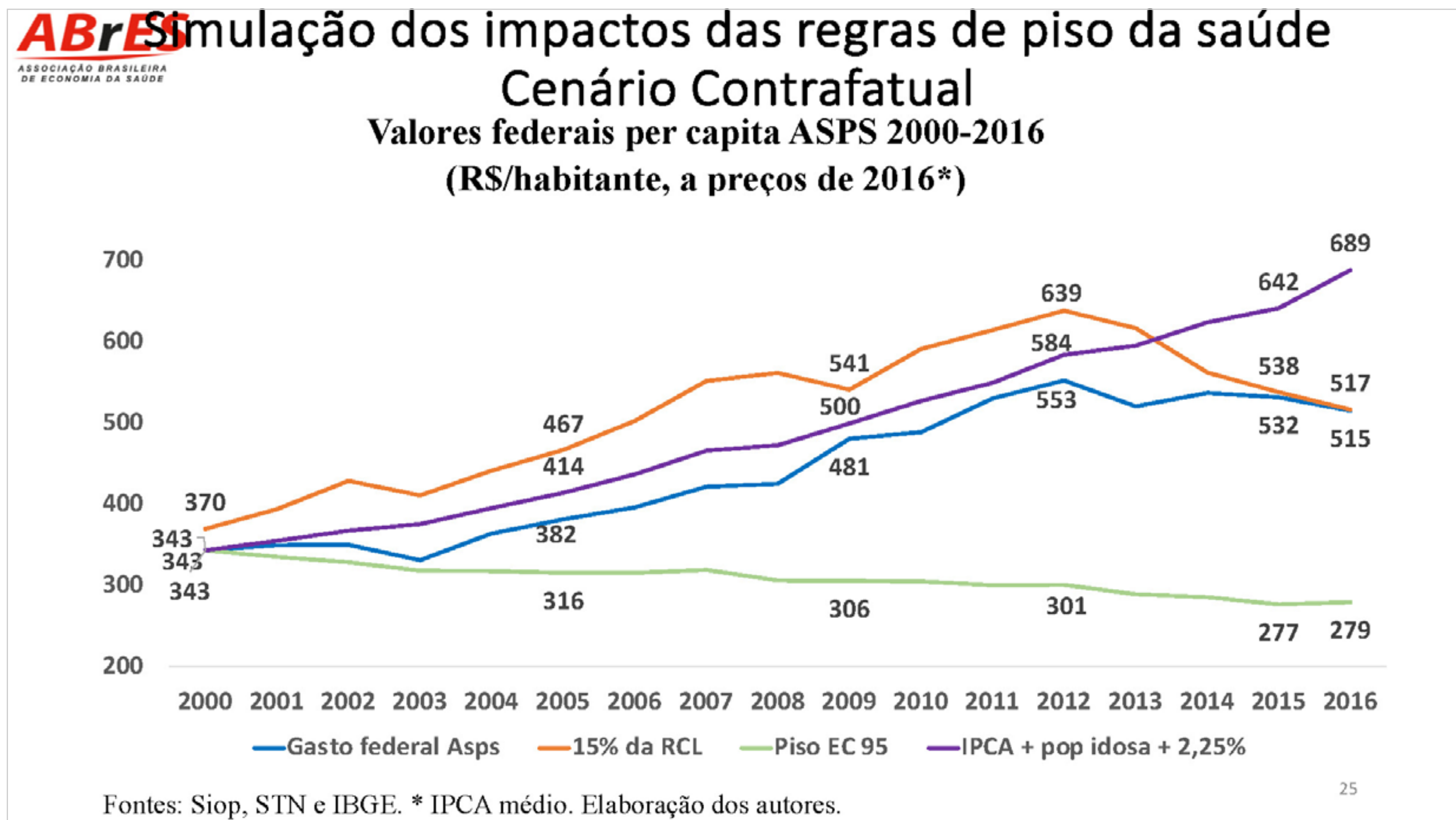
Elaboração: Francisco R. Funcia (14/04/2023 - 2ª versão preliminar, sujeita à revisão)

Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Anexos

APRESENTAÇÕES

Francisco R Funcia

Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Alocação de recursos e financiamento do SUS: é preciso priorizar a discussão do piso federal do SUS

- **A alocação de recursos tem como um dos pressupostos básicos a disponibilidade de recursos para o SUS.** Mas, a disponibilidade adicional de recursos precisa ser discutida conjuntamente com a alocação de recursos - **mudar o modelo de atenção para priorizar a atenção básica em saúde e mudar o modelo de gestão baseado na crescente participação de OS.**
- **A disponibilidade de recursos federais para o SUS foi reduzida no período 2018-2022** em decorrência do teto geral de despesas primárias do governo federal (no valor de 2016) e do congelamento do piso federal do SUS no período 2018 a 2022 (no valor do piso de 2017) conforme disposto pela EC 95/2016
- **Cerca de 2/3 do Orçamento do Ministério da Saúde são transferências para Estados e Municípios**, portanto a EC 95/2016 trouxe efeitos negativos para o financiamento estadual e municipal do SUS, o que contradiz a diretriz constitucional da descentralização
- **O gasto público federal em saúde representa cerca de 42% do gasto público total**, enquanto a competência de tributar e a receita disponível da União após as transferências constitucionais são respectivamente 69% e 57% - portanto, a União precisa aumentar a sua participação no financiamento do SUS, inclusive porque é o único Ente da Federação que tem instrumentos de política econômica para esse fim
- **A revogação da EC 95/2016 a partir da aprovação do novo arcabouço fiscal é uma condição necessária, mas não suficiente para garantir recursos estáveis e adequados para o SUS** - a retomada da regra da EC 86/2015 (15% da RCL) pode ser considerada um ponto de partida a partir de 2023, **mas a possibilidade de rebaixamento piso federal do SUS é um risco concreto**, diante do limite máximo de 2,5% para o crescimento da despesa fixado pelo novo arcabouço fiscal
- **As questões alocativas e de financiamento do SUS devem ser priorizadas conjuntamente** - no caso do financiamento, é preciso definir novas regras de cálculo do piso sem variáveis condicionadas à dinâmica econômica (como receita e PIB), chegando a valores per capita a partir das necessidades de saúde da população e que considerem fatores como equidade e envelhecimento da população.

