



NOTA DE POLÍTICA ECONÔMICA

••• Setembro 2022 •••

Nova Política de Financiamento do SUS

Texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)



Coordenação

Francisco R. Funcia

Equipe

Bruno Moretti

Carlos Octávio Ocké-Reis

Erika Aragão

Esther Dweck

Maria Fernanda Cardoso de Melo

Mariana Melo

Rodrigo Benevides

● Nova Política de Financiamento do SUS

- Texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)¹
-

Sumário

●●● Sumário Executivo	2
●●● Introdução	4
1. Evolução Recente do Orçamento da Saúde	5
2. Diretrizes da nova política de financiamento do SUS	9
3. Uma visão geral das mudanças fiscais propostas	13
4. Proposta setorial: novo piso de aplicação de saúde e outras medidas	15
5. Proposta fiscal	23
6. Proposta tributária	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
Referências bibliográficas	29
ANEXO	31
APÊNDICE (Simulações proposta de nova regra setorial)	32

1 Este texto foi elaborado a partir do convite feito pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) aos autores para subsidiar o debate sobre uma nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto do orçamento da Seguridade Social trazido pela Constituição de 1988, com as entidades ligadas à Reforma Sanitária Brasileira, movimentos sociais e populares de saúde, Conselho Nacional de Saúde, universidades e no Seminário da ABrES (realizado em Salvador em 22/07/2022). As contribuições oriundas desses debates realizados desde abril estão sendo sistematizadas para posterior publicação, de modo a evidenciar os consensos e diferenças em relação às propostas apresentadas no presente texto.

●●● Sumário Executivo

A presente nota de política econômica propõe **uma nova regra de financiamento federal de saúde**, articulada à **modernização do arcabouço fiscal brasileiro**.

As **mudanças propostas** estão em linha com a **evolução da literatura e das práticas internacionais** após a crise financeira de 2008, quando diversos autores, mesmo dentro da economia convencional, passaram a admitir que **a política fiscal pode ter um papel relevante para a estabilização da economia**.

Sob essa chave, destaca-se a **defesa de gastos estratégicos com fortes efeitos multiplicadores**, como os de saúde.

Ademais, a Pandemia de Covid-19 reforçou a importância dos **sistemas públicos de saúde, da soberania sanitária e da autonomia produtiva dos países**, requerendo-se crescentes capacidades estatais para atender às demandas da população por serviços de saúde.

Na contramão dos desenvolvimentos recentes, o texto aponta para **o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde – SUS**, destacando a singularidade do caso brasileiro, em que o gasto privado de saúde é maior do que o público, mesmo ante a existência de um sistema universal.

A nota salienta a **piora recente das condições de financiamento federal do SUS**, sob os impactos do atual regime fiscal, estimando a **retirada de quase R\$ 60 bilhões do setor**.

O diagnóstico formulado mostra que a **perda de recursos ocorre em meio a crescentes pressões sobre o sistema**, associadas, por exemplo, ao crescimento das filas para exames e cirurgias e à transição demográfica e epidemiológica experimentada pelo país.

Destaca-se o **agravamento do quadro de financiamento federal da saúde previsto no projeto de lei orçamentária para 2023**, com comprometimento do piso de saúde pelas emendas parlamentares, especialmente as de relator.

Procura-se demonstrar que a combinação de austeridade fiscal e absorção das emendas de relator no projeto orçamentário **afeta fortemente despesas discricionárias da saúde como o Farmácia Popular e os programas de provisão de médicos** no âmbito da atenção primária.

É neste contexto – que conjuga aperto nos gastos de saúde e captura do orçamento do setor por despesas de natureza clientelista – que se propõe **aumento extraordinário dos gastos em 2023 e, a partir de 2024, nova regra de financiamento federal para a saúde.**

A regra objetiva **reverter a maior participação do gasto privado no gasto total de saúde**, mas também a participação decrescente do gasto da União no total das despesas públicas de saúde.

O mínimo federal da saúde passaria a ser definido pela **aplicação obrigatória de um valor per capita**, calculado a partir de três fatores: a) **inflação** do período anterior; b) taxa de **crescimento da população idosa**; e) fator de **correção de iniquidades**, viabilizando a redução das disparidades entre financiamento público e privado de saúde.

O trabalho realiza **simulações de três cenários** com a aplicação da regra proposta entre 2023 e 2032, considerando variações no fator de correção de iniquidades.

O cenário com fator de correção de iniquidades mais elevado **levaria o gasto público de saúde, sob determinadas hipóteses, a 6% do PIB.**

A proposta tem o objetivo de estabelecer um **gasto de saúde compatível com a universalidade do SUS**, mas também pretende **conferir estabilidade às despesas**, mediante uma regra menos dependente do ciclo econômico.

Na prática, o crescimento dos gastos de saúde seria financiado pela **arrecadação em momentos de alta do ciclo. Na reversão do ciclo**, a estabilidade do gasto em termos per capita exigiria **emissão de dívida**, de modo que a saúde, com seus elevados efeitos multiplicadores e redistributivos, passaria a funcionar como **um estabilizador automático da economia**, mitigando os impactos da crise.

Propõe-se **um conjunto de medidas pelo lado da receita** como a realização de uma **reforma tributária progressiva**, a efetiva canalização de recursos do pré-sal para a saúde e a revisão dos gastos tributários de saúde no Imposto de Renda.

Também se propõe a **revisão de diversas medidas que afetam a qualidade dos gastos de saúde**, estabelecendo-se, por exemplo, a proibição das emendas de relator.

O financiamento adequado do SUS é condição necessária para a **garantia do direito universal à saúde**, mas também permite inscrever o setor, que representa 9% do PIB brasileiro, **no centro de um modelo de desenvolvimento** marcado pelo crescimento econômico inclusivo e sustentável.

●●● Introdução

Desde 2020, a partir da crise sanitária provocada pela Covid-19, economistas de todos os matizes são obrigados a examinar como a política econômica e a política de saúde podem sobredeterminar as causas de morbimortalidade de uma sociedade.

Nesse sentido, David Stuckler e Sanjay Basu deram uma contribuição importante. Em 2013, publicaram um livro intitulado *The body economic: Why austerity kills*, no qual criticam e demonstram os efeitos negativos das políticas de austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde das populações.

Ora, se antes da pandemia esse quadro já era preocupante, quando assistimos no Brasil à morte de mais de 660 mil pessoas, não deixa de ser chocante constatar o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), agravado pelo conjunto das regras fiscais, em especial o teto de gastos definido pela Emenda Constitucional n.º 95 – EC 95 em 2016 (Dweck, Moretti e Melo, 2021).

De modo geral, a política macroeconômica adotada pelo Brasil apenas reforça os problemas sociais e econômicos atuais. O ciclo de aperto monetário, via aumento da Selic, é pouco efetivo para controlar a inflação, que se origina de choques de oferta relacionados a problemas externos, ao câmbio e à política de preços de combustíveis, e não ao excesso de demanda. A atual inflação afeta especialmente os mais pobres e determinou a queda do rendimento real habitual de quase 8% entre 2021 e 2022, considerando o trimestre encerrado em abril, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC). Ademais, o aumento dos encargos financeiros com a dívida pública tem elevado custo distributivo, em um contexto em que os gastos primários estão sujeitos a regras de austeridade. A combinação de política monetária e fiscal restritivas (neste último caso, flexibilizada apenas para 2022) será decisiva para desacelerar a atividade econômica no segundo semestre de 2022 e, especialmente, em 2023, afetando a determinação social do processo saúde/doença.

Neste contexto de restrição orçamentária, parece plausível conceber que boa parte dos problemas de gestão do SUS, como as dificuldades com a aquisição de insumos e com a alocação de profissionais em determinadas regiões, guarda forte relação com essa crise de financiamento, e, portanto, a adoção de medidas para melhorar a eficiência do sistema não deveria servir como argumento para cortar seus recursos financeiros e/ou organizacionais.

Se verificamos, de um lado, o aumento da pobreza e da desigualdade e o desemprego em patamares elevados (determinação social do processo saúde/doença) e, de outro, a presença da tripla carga de doença (infecções, doenças crônicas e causas externas), fica evidente a natureza rudimentar desse tipo de gerencialismo, que atende,

em última instância, aos interesses mercantis, que crescem a passos largos dentro e fora do Estado na área da saúde.

Na verdade, sem ampliar o orçamento do SUS e mitigar a desigualdade de acesso, a adoção tecnocrática de medidas de eficiência, descontextualizadas da sua eficácia e efetividade, não resolverá seus problemas de gestão, tampouco vivificará suas diretrizes constitucionais em torno da universalidade, da integralidade e da igualdade.

É preciso considerar também o caráter estratégico dos gastos/investimentos em saúde e seu efeito multiplicador e redistributivo (intensivo em força de trabalho), que contribui para o aumento da produtividade do trabalho e para a melhoria da qualidade de vida da população.

1. Evolução Recente do Orçamento da Saúde

Neste período pós-pandemia, diversos países pretendem ampliar o gasto público em saúde, capacitando o Estado a retomar o crescimento e a enfrentar a desigualdade. Entretanto, o Brasil segue em sentido oposto: apesar da aplicação dos créditos extraordinários para o enfrentamento da Covid-19 – que não são contabilizados no teto de gastos – o governo federal aprofundou a política de austeridade fiscal em 2021, decerto seletiva, reduzindo o alcance dos direitos sociais, na contramão do que foi estabelecido na Constituição de 1988.

Nesse contexto, o problema do SUS é frequentemente reduzido à falsa dicotomia financiamento versus gestão, e, sem recursos financeiros adicionais, não há como melhorar sua gestão.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (Tabela 1), o gasto total com saúde do Brasil em proporção do PIB, de 9,6% em 2019, é próximo ao de países que também contam com acesso universal como Canadá (10,8%), Reino Unido (10,2%), Portugal (9,5%) e Espanha (9,1%), e acima da média da Europa (8,6%), mas o gasto público (3,9%) representa menos da metade do gasto total, enquanto nesses países corresponde a cerca de 70% a 80%, em média, do gasto total. Ou seja, o gasto privado no Brasil é muito superior aos desses países. Com relação ao gasto público, no ano de 2019, a participação do gasto federal em saúde foi de apenas 42%² do gasto público total (soma

2. Esse resultado é da Conta de Saúde, que utiliza a metodologia da OCDE (Conta *SHA - System of Health Accounts*) produzida em parceria entre IPEA, Fiocruz, IBGE, Ministério da Saúde e ANS. A conta do período de 2015 a 2019 foi publicada em fevereiro de 2022 (<https://bit.ly/34pDBqO>), e serviu como informação oficial do governo brasileiro para a publicação dos indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS - WHO), plataforma que publica os indicadores de financiamento de 192 países (<https://bit.ly/3LwHB9P>). A metodologia SHA analisa as funções de cuidados de saúde e prestadores, segmentados segundo regimes e fontes de financiamento. Já a Conta Satélite de Saúde (CSS), publicada pelo IBGE em

das três esferas de governo)³, enquanto o gasto público per capita/dia aplicado nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) foi de R\$ 3,79, muito inferior aos demais países selecionados.

Tabela 1 Gasto público e privado em saúde em países selecionados, 2019

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

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

Além de gastarmos pouco, o congelamento do piso federal de saúde pela EC 95 retirou quase R\$ 37 bilhões do SUS entre 2018 e 2022 (Tabela 2), em comparação com a regra anterior (EC 86). Se somadas as perdas previstas com o projeto orçamento de 2023, os valores alcançam R\$ 59,6 bilhões. Ademais, os recursos vinculados à saúde, relativos aos royalties do petróleo, estão sendo desvinculados do setor, ao serem utilizados para a amortização da dívida pública, nos termos da EC 109/2021, sendo que as perdas para o SUS podem alcançar R\$ 11 bilhões, totalizando assim R\$ 70,6 bilhões a menos de recursos

parceria com as mesmas instituições que participam da elaboração da Conta SHA, adota a perspectiva macroeconômica do Sistema de Contas Nacionais, baseado na metodologia da ONU, garantindo a consistência dos indicadores macroeconômicos da saúde e a comparabilidade com os agregados da economia, tais como valor adicionado, produto interno bruto, consumo intermediário, geração de empregos, remunerações, entre outros. A CSS, cuja última publicação abrangeu o período de 2010 a 2019 (<https://bit.ly/37MOwNb>), classifica os gastos em despesas de consumo do governo, das famílias e das instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias, enquanto a Conta SHA classifica segundo regimes de financiamento (governamentais, pagamentos voluntários - como planos de saúde - e pagamentos diretos do bolso) e fontes de financiamento (governamentais, seguro social, famílias, governos estrangeiros, entre outros). Os resultados são bastante próximos: no ano de 2019, por exemplo, os gastos com saúde foram de 9,6% do PIB em ambas as contas; na conta SHA o gasto público foi de 3,9% do PIB, o privado de 5,4%, e 0,3% em regimes não identificados, enquanto na CSS o gasto do governo foi de 3,8% do PIB, e o das famílias e das instituições sem fins de lucro a serviço das famílias somaram 5,8% do PIB. Ambas as contas (SHA e CSS) utilizam métodos de classificação dos gastos que diferem 'ligeiramente' do conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que segue os parâmetros legais (Lei Complementar 141/2012) de vinculação constitucional de recursos para o SUS. Os gastos com ASPS para 2019, por exemplo, coincidem com o resultado da Conta SHA em % do PIB (3,9%), apesar das diferenças metodológicas (ver o apêndice D da publicação da Conta SHA 2015-2019).

³. Aproximadamente 57% da receita líquida dos entes federativos está centralizada na União.

para financiar a saúde, dado que a utilização dos recursos de royalties seria contabilizada acima do mínimo constitucional.

Tabela 2 Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS): estimativa das perdas do orçamento federal em função da EC 95 - 2018-2022 (em R\$)

Ano	Despesa ASPS sem MPs de créditos extraordinários para COVID-19 (A)	EC 86 - 15% da RCL (B)	Perdas com a EC 95 (B - A)
2018	116.820.887.299	120.802.260.520	3.981.373.221
2019	122.269.917.718	135.848.788.439	13.578.870.721
2020	118.812.279.123	97.791.489.905	- 21.020.789.219
2021	131.713.511.353	159.377.857.166	27.664.345.814
2022	146.666.689.315	159.384.000.000	12.717.310.685
2023	149.918.696.782	172.644.000.000	22.725.303.218
Total	786.201.981.590	845.848.396.030	59.646.414.440

Fonte: Siop, LOA e STN. Entre 2018 e 2021, empenho. Para 2022, LOA inicial. Para 2023, PLOA. Não considera MPs com despesas Covid, que não são contabilizadas no limite da EC 95. Elaboração dos autores.

No projeto orçamentário encaminhado pelo governo para 2023, a combinação dos efeitos da EC 95 com captura do orçamento pelas emendas de relator é particularmente nociva. Para além da perda de R\$ 22,7 bilhões para o SUS em 2023, diante do piso deslizando para a saúde imposto pela EC 95, cujo orçamento passou de 15,8% para 13% da RCL entre 2017 e 2023, R\$ 9,9 bilhões do orçamento do SUS estão alocados em emendas de relator.

De um valor total de R\$ 19,4 bilhões em emendas de relator no PLOA 2023, quase metade consome o piso rebaixado da saúde. Ademais, há R\$ 9,6 bilhões das emendas impositivas (individuais e de bancada) dentro do mínimo obrigatório de saúde, de modo que o Ministério da Saúde só tem controle efetivo sobre 11,3% da RCL. Para absorver este elevado montante de emendas, verificou-se redução abrupta de dotações da saúde, como o Programa Nacional de Imunizações, cujo orçamento passou de R\$ 13,6 bilhões (LOA 2022) para R\$ 8,6 bilhões (PLOA 2023). As despesas discricionárias também sofreram cortes severos, com prejuízos, por exemplo, à provisão de médicos e à oferta de medicamento gratuitos à população, conforme evidenciado na tabela 3.

Tabela 3– Despesas discricionárias selecionadas do Ministério da Saúde* (R\$ bilhões)

Ação	LOA 2022 (R\$ bilhões)	PLOA 2023 (R\$ bilhões)	Varição (R\$ bilhões)	Varição (%)
Saúde Indígena	1,48	0,61	-0,87	-59%
Farmácia Popular (gratuidade)	2,04	0,84	-1,20	-59%
Educação e formação em saúde	1,67	0,73	-0,94	-56%
Formação e profissionais para atenção primária**	2,96	1,46	-1,50	-51%
Emendas individuais e de bancada	8,58	9,70	1,12	13%
Emendas de relator	8,14	9,92	1,78	22%

Fonte: Siop. Elaboração dos autores. *Ações e serviços públicos de saúde ** Inclui ação de contrato de gestão com ADAPS. Elaboração dos autores.

Ante o exposto, é urgente fortalecer o orçamento do SUS e recompor a participação da União no gasto público de saúde dentro do pacto federativo. Essa é a forma de garantir recursos compatíveis com a universalidade e a integralidade do SUS, considerando as pressões conjunturais como os impactos da Covid-19 sobre os serviços públicos de saúde, bem como as pressões estruturais associadas à transição demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica. A reestruturação do orçamento de saúde deve ser efetuada em um contexto de superação das regras do atual regime fiscal e de retomada do projeto constitucional da seguridade social, com garantia de direitos universais e vinculação de recursos, em oposição frontal ao conceito de seguro social, no qual o acesso aos benefícios e serviços depende de contribuição prévia.

Paralelamente, considerando que parte dos problemas atribuídos ao SUS, com a intenção de deslegitimá-lo perante a sociedade, deriva do cerco patrocinado pelos interesses econômicos do capital, no contexto da financeirização, devemos procurar eliminar o parasitismo do mercado sobre o SUS, em especial viabilizando a redução dos gastos dos trabalhadores e dos empregadores com bens e serviços privados de saúde. A ideia central é que o subfinanciamento crônico enfraquece o sistema público e induz a mercantilização da saúde, de modo que há um vínculo entre financiamento adequado do SUS e contenção do avanço da lógica de mercado sobre a saúde pública. Para seu êxito, será necessário igualmente refrear a internacionalização do setor mediante a revogação da Lei 13.097/2015, fortalecendo a regulação da indústria farmacêutica, dos planos empresariais de saúde, dos hospitais privados, das organizações sociais e da medicina liberal.

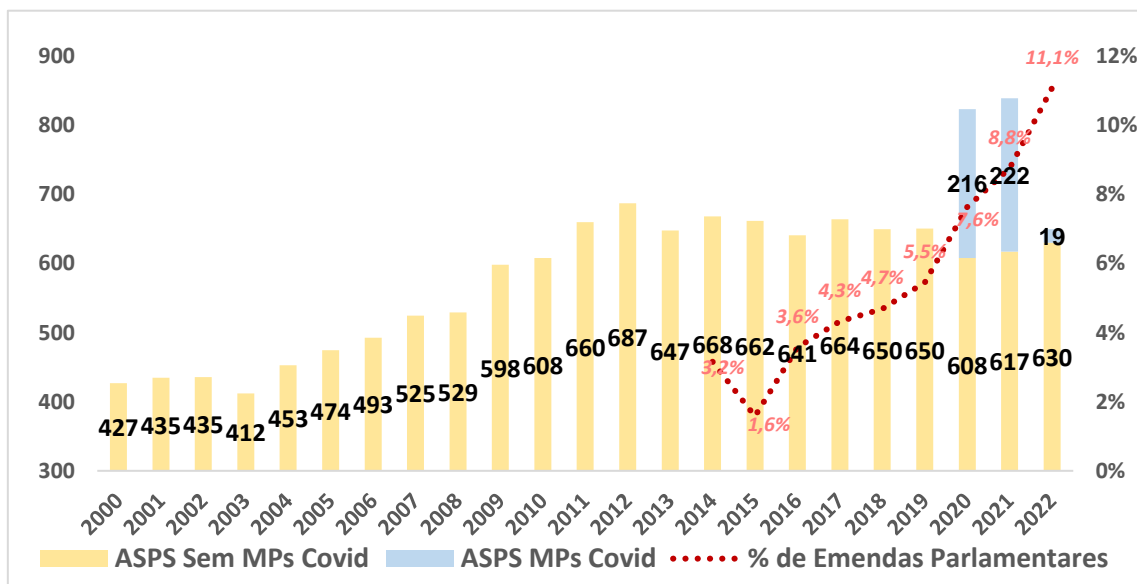
Na verdade, além de melhorar os indicadores clínicos e epidemiológicos da população, a política de saúde pode, a um só tempo, combater o desemprego (uma vez que é intensiva em força de trabalho) e a desigualdade (uma vez que desconcentra renda), contribuindo para o crescimento econômico (efeito multiplicador) e para a

competitividade internacional (inovação tecnológica de alto valor agregado), em novo ciclo de desenvolvimento inclusivo com sustentabilidade ambiental. Mas a política econômica atual, particularmente baseada na austeridade fiscal, representa um obstáculo para se alcançar esses objetivos sociais e econômicos.

2. Diretrizes da nova política de financiamento do SUS

É fundamental revogar a Emenda Constitucional 95, de um lado, aprovando medidas que tenham previsão constitucional e legal para definir uma nova regra de piso menos sensível ao ciclo econômico, e de outro, determinando o crescimento real per capita do gasto público federal em saúde, conferindo-lhe uma evolução sustentável no longo prazo e superando o modelo atual, marcado pela queda real da despesa per capita e pela participação crescente de emendas parlamentares no orçamento federal de saúde (Gráfico 1 e Tabela 4).

Gráfico 1 Valores federais per capita ASPS (a preços de 2021*) e participação das emendas no orçamento ASPS (%)



Fonte: Siop e IBGE. Elaboração dos autores. * IPCA médio.

Tabela 4 Emendas parlamentares no orçamento federal ASPS (2014-2022)*

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

Fonte: Siop. Elaboração dos autores.

Convém lembrar, o projeto orçamentário de 2023 foi elaborado em 2022, sob o atual arcabouço fiscal, razão pela qual será necessário alterar a Constituição no Congresso Nacional, para viabilizar a flexibilização fiscal, autorizando emergencialmente gastos fora do teto, da regra de ouro e da meta de resultado primário.

Para 2023, portanto, considerando a atual crise econômica, sanitária e social, é crucial adotar um programa emergencial de despesas com elevados efeitos multiplicadores e redistributivos, não considerados nas regras fiscais vigentes. No caso da saúde, os valores emergenciais poderiam ser equivalentes ao montante que será previsto nos termos da nova regra de piso – permitindo, desse modo, que já vigorasse no ano que vem o novo modelo de financiamento do SUS.

Vale dizer, diferentemente do que é difundido pelo senso comum em torno da austeridade fiscal, não faltam recursos⁴. Não apenas o Estado brasileiro deve contar com receitas tributárias, potencializadas pelo crescimento da economia e por uma reforma tributária progressiva, como, na baixa do ciclo econômico, é possível emitir dívida soberana, garantindo a continuidade dos gastos capazes de conduzir e sustentar mudanças estruturais. Em particular, a Conta Única do Tesouro - CUT possui elevado

4. Importa salientar que o tamanho da expansão fiscal em 2020, quando a despesa primária federal alcançou 26% do Produto Interno Bruto (PIB), desmonta a tese de que o país está quebrado. O argumento sequer faz sentido: além de elevadas reservas internacionais, o Brasil está endividado em moeda local, sendo capaz de rolar sua dívida por meio da substituição de títulos antigos por novos, não possuindo as restrições típicas de países com elevada dívida externa.

saldo apurado em balanço (de 18,5% do PIB em abril de 2022, segundo dados do Banco Central), constituindo mais uma opção para viabilizar um programa emergencial em 2023, sobretudo diante da piora das condições de financiamento e rolagem da dívida, que pode requerer menor exposição ao mercado de títulos públicos. Vale lembrar que parcela expressiva dos recursos da CUT tem vinculações legais, desta forma, referimo-nos, não ao uso geral da CUT como fonte de financiamento. No entanto, pode ser viável a eventual utilização das fontes desvinculadas ou daquelas com vinculações às áreas contempladas em um programa emergencial para a recuperação econômica, preservação de serviços públicos, geração de empregos e aumento da renda. O aumento de liquidez resultante, em geral, transforma-se em operações compromissadas ou depósitos voluntários emitidos pela autoridade monetária, como forma de manter a taxa de juros de curto prazo.

De modo geral, o foco em gastos sociais e investimentos públicos poderá aliviar os efeitos da crise, bem como apoiar a retomada da economia, criando um círculo virtuoso, em que o próprio crescimento do PIB contribuirá para a sustentabilidade fiscal a médio e longo prazos. Simultaneamente ao programa emergencial em 2023, deve-se definir novo arcabouço fiscal, substituindo as atuais regras por um regime capaz de garantir, a partir de 2024, que o orçamento preveja gastos com fortes retornos econômicos, sanitários e sociais.

Para tanto, o Brasil deve se alinhar à experiência internacional, em direção a um modelo mais flexível no campo das regras fiscais, preservando o financiamento de gastos estratégicos, a partir da combinação de um modelo de crescimento com inclusão social e sustentabilidade ambiental. Nessa linha, Orszag, Rubin e Stiglitz (2021) propõem um arcabouço alternativo à adoção de âncoras fiscais rígidas (top-down) – que impactam negativamente sobre o orçamento, especialmente em momentos de crise econômica. Os principais elementos dessa abordagem são:

- (i) expansão dos estabilizadores automáticos, como a transferência de renda e seguro-desemprego, para fazer frente às incertezas e aos choques econômicos, evitando os efeitos prolongados das contrações;
- (ii) a criação de um novo estabilizador automático, referente aos investimentos em infraestrutura (especialmente os relacionados à sustentabilidade), mitigando o caráter pró-cíclico dos investimentos;

- (iii) alongamento da dívida pública a taxas pré-fixadas, emitindo-se títulos de maior maturidade⁵;
- (iv) o ajuste de forma automática da trajetória orçamentária de longo prazo de gastos públicos estratégicos por meio dos fatores socioeconômicos que os condicionam;
- (v) a política fiscal deve se valer de uma discricionariedade residual, para além dos estabilizadores automáticos, quando eles são insuficientes para reverter a desaceleração da economia.

O mais relevante é inverter a lógica orçamentária e financeira, em que uma âncora estabelece previamente restrições fiscais artificiais (autoimpostas), as quais preveem um severo ajuste naqueles gastos relacionados à seguridade social (no caso do teto (EC 95), implicando, até 2036, redução da despesa primária como proporção do PIB, deteriorando a qualidade dos serviços públicos).

Em seu lugar, uma nova política econômica dotaria o Estado de capacidade para induzir um tipo de crescimento inclusivo e sustentável, financiando gastos estratégicos como os de saúde. Neste caso, o gasto público não apenas ampliaria seus efeitos redistributivos, como apoiaria a transição para um modelo baseado no “consumo público” (Kerstenetzky, 2016), que permitisse a criação de empregos de qualidade e que reduzisse as pressões ambientais próprias do consumo privado.

Dentro deste novo padrão fiscal, despesas estratégicas se ajustariam automaticamente a seus fatores condicionantes, em que o gasto de saúde cresceria de acordo com os fatores estruturais de pressão sobre o SUS. O fundamental é que o orçamento público cresça e tenha estabilidade no longo prazo, superando o impacto de regras pró-cíclicas e, em particular, das regras que determinam uma redução estrutural do piso de aplicação de saúde como proporção do PIB ou da receita (Rossi e Dweck, 2016).

Em suma, o exposto acima apenas reforça que o Estado, mediante a articulação entre as políticas fiscal e monetária, é plenamente capaz de realizar um programa de gastos estratégicos, com vista a suavizar flutuações econômicas e responder aos desafios

⁵ No caso brasileiro, este é um objetivo particularmente complexo, dada a cultura do setor financeiro de exacerbação da busca pela segurança, demandando títulos de curto prazo e elevada liquidez, no contexto da financeirização da economia brasileira pelos ganhos de juros, que sucedeu o regime marcado pelos ganhos inflacionários (Bresser-Pereira, de Paula e Bruno, 2019). Especialmente, as instituições financeiras detêm em sua carteira títulos pós-fixados como LFTs e operações compromissadas, respectivamente, ofertados pelo Tesouro em meio à rolagem da dívida e utilizados pelo Banco Central para administração da liquidez do mercado interbancário. Há, portanto, certa associação entre Tesouro, autoridade monetária e mercado (Dornelas e Terra, 2021), sustentando o atual quadro em relação aos mercados de títulos e de reservas bancárias.

de mudanças estruturais nos planos econômico, sanitário e social, em que o SUS pode desempenhar um papel central.

3. Uma visão geral das mudanças fiscais propostas

No contexto do desfinanciamento do SUS, ante as pressões estruturais, os gastos federais de saúde devem cair continuamente como proporção do PIB ou da receita, como determinado pelo atual arcabouço fiscal? Em momentos de crise econômica, quando há maior demanda por gastos públicos de saúde, eles devem ser reduzidos em termos per capita, acompanhando o comportamento de variáveis macroeconômicas? Afinal de contas, o SUS não requer uma nova regra de piso, que garanta financiamento adequado e estável para o provimento das ações e serviços públicos de saúde?

Em perspectiva histórica, partimos do acúmulo técnico e político produzido pelo Movimento Saúde +10, capitaneado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelas entidades da sociedade civil organizada, removendo os eventuais impactos negativos do ciclo econômico sobre o financiamento do SUS.

Superadas as atuais regras do regime fiscal, é preciso debater uma nova regra de piso na esfera federal, caso se queira eliminar as iniquidades de acesso, bem como melhorar as condições de assistência médica e saúde da população brasileira, seja mudando a composição da relação público/privado no gasto total em saúde em favor do SUS, seja aumentando a participação do gasto federal no interior do setor público nos próximos dez anos.

Em síntese, tendo em mente a necessidade de aprofundar o debate com o Conselho Nacional de Saúde, a Frente pela Vida e as entidades da reforma sanitária brasileira, essa nova política de financiamento do SUS formulada pela ABrES tem os seguintes objetivos gerais:

- (i) revogar a regra de ouro, que limita o endividamento para financiar despesas correntes e revogar a EC 95 e a EC 109, que vêm retirando recursos do SUS (estimativa de perda de R\$ 70,6 bilhões entre 2018 e 2023), de modo a viabilizar a adoção de arcabouço fiscal mais flexível e nova regra de piso relacionada ao gasto público federal em saúde;
- (ii) aprovar EC emergencial, autorizando gasto extraordinário fora da regra de ouro, do teto e do primário em 2023, tendo em vista, de um lado, as sequelas da Covid-19, as demandas reprimidas, o reajuste dos planos privados de saúde etc., e de outro, o impacto da saúde sobre o nível de emprego e o combate à desigualdade. A EC deveria trazer a previsão de gastos emergenciais para 2023, mas também apontar para a modernização do atual

- arcabouço fiscal, substituindo as regras atuais por novas regras mais flexíveis a partir de 2024, de modo que a política fiscal possa atuar no sentido da estabilização da economia, do aumento do PIB potencial e da garantia da oferta de serviços públicos essenciais;
- (iii) propor, com vigência a partir de 2024, nova regra fiscal capaz de abrir espaço no orçamento a gastos relevantes e transformadores, com forte efeito multiplicador e redistributivo, bem como conferir estabilidade de longo prazo para absorver futuras necessidades de saúde, por meio das seguintes fontes de custeio:
- ampliar a progressividade do sistema tributário, taxando renda, patrimônio e riqueza financeira (Imposto de Renda sobre lucros e dividendos e Imposto sobre Grandes Fortunas), bem como rever os gastos tributários em saúde (teto das renúncias de saúde no IRPF). Desta forma, junto a outras medidas pelo lado da receita e a revisão de gastos de baixa qualidade (como as emendas de relator), será possível efetivar um programa de ampliação de gastos, focado nas despesas com elevados retornos econômicos e sociais, apontando para a sustentabilidade fiscal no médio prazo, para a qual contribuirá a retomada do crescimento, tendo em vista, inclusive, os estímulos fiscais à demanda agregada.
- (iv) extinguir as emendas de relator (RP 9), de modo que a ampliação do orçamento seja destinada, no campo da saúde, a gastos com critérios sanitários e demográficos sujeitos às instâncias de deliberação do SUS;
- (v) canalizar a ampliação de recursos, especialmente, para: a) estruturação das redes regionalizadas de atenção à saúde, com ênfase no papel da atenção primária em saúde como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado; b) para o complexo econômico-industrial-digital de saúde (financiamento do SUS com produção nacional e estatal).
- (vi) emendas impositivas não seriam contabilizadas no piso da saúde.

Para atingir tais objetivos, apresentamos abaixo um conjunto de propostas no âmbito setorial, fiscal e tributário, visando subsidiar o debate em torno do financiamento das políticas de saúde, às vésperas das eleições presidenciais.

4. Proposta setorial: novo piso de aplicação de saúde e outras medidas

1. Considerando que regras baseadas na RCL ou no PIB nominal ampliam o gasto em termos reais per capita na alta do ciclo econômico, mas levam à redução da despesa em momentos de desaceleração, conforme verificado no período 2014 a 2016 (Gráfico 2), propomos uma nova regra capaz de ampliar e sustentar o aumento do gasto do SUS:

- média da despesa empenhada entre 2020 e 2022 acrescida da reposição da inflação do período anterior (IPCA), da taxa de crescimento da população idosa (proxy da transição demográfica) e de um fator de correção de iniquidade no acesso à saúde, de modo a considerar as demais pressões sobre o sistema (vazio assistencial, incorporação tecnológica etc.). Tal concepção tem sido discutida no âmbito do Projeto “Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0” e foi apresentada em Dweck, Moretti e Melo (2022).
- o objetivo é garantir que os valores federais aplicados em saúde crescerão, no mínimo, a uma taxa relacionada à evolução real dos gastos tributários associados a despesas médicas no Imposto de Renda da Pessoa Física verificada no passado.
- Ante o exposto, apresentamos três cenários para o fator de correção de iniquidades:
 - a) 2,25% (metade do crescimento médio anual real do gasto tributário com despesas médicas no IRPF entre 2004 e 2019);
 - b) 3,4% (metade do crescimento médio anual real do gasto tributário com planos de saúde no IRPF entre 2004 e 2018);
 - c) 4,68% (percentual abaixo da taxa de crescimento das renúncias com planos de saúde no IRPF, mas suficiente, sob determinadas hipóteses, para que o gasto público alcance 60% do gasto total de saúde).

As simulações apresentadas abaixo estão na tabela do Anexo 1.

1.1.fator de correção de iniquidade de 2,25% (metade da taxa de crescimento médio real anual dos gastos tributários com despesas médicas no IRPF entre 2004 e 2019): a preços de 2021, o piso per capita em 2023 seria de R\$ 772, valor mais alto da série histórica desde 2000, alcançando R\$ 1.079 em 2032. Além disso, estima-se que o valor aplicado como proporção da Receita

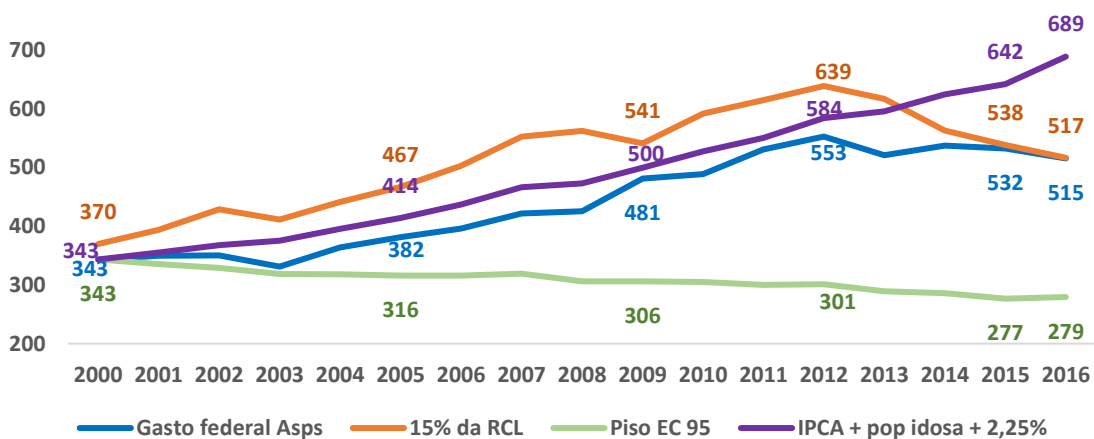
Corrente Líquida chegaria a 21% da RCL em 2032. O gasto federal ASPS como proporção do PIB seria de 2,37% do PIB em 2032.

- 1.2. **fator de correção de 3,4%** (metade do crescimento médio real anual do gasto tributário com planos de saúde no IRPF entre 2004 e 2018): a preços de 2021, o piso per capita em 2023 seria de R\$ 780, que passaria a ser valor mais alto da série desde 2000. Em 2032, o piso per capita seria de R\$ 1.207. Os valores ASPS como proporção da RCL chegariam a 23,5% em 2032 e alcançariam 2,65% do PIB.
- 1.3. **fator de correção de 4,68%**: a preços de 2021, o per capita seria de R\$ 790 em 2023, alcançando R\$ 1.365 em 2032. Neste cenário, os valores ASPS chegariam a 26,6% da RCL em 2032. Ademais, o gasto federal ASPS alcançaria 3% do PIB em 2032. Sob a hipótese de que o gasto privado de saúde recuará para 4% do PIB em 2032 (implicando que, ante o crescimento do gasto público, a evolução do gasto privado seria inferior à do PIB) e o gasto dos entes subnacionais passaria a 3% do PIB (sob o efeito do crescimento do PIB e de uma reforma tributária que ampliasse a receita pública), o cenário 3 levaria o gasto público a representar 60% do gasto total de saúde. Além disso, a União representaria metade do gasto público de saúde, invertendo a tendência verificada desde os anos 2000 (e que se acelerará sob a vigência da EC 95), de redução da participação relativa da União no financiamento do SUS.
- 1.4. Dada a legitimidade do SUS diante das camadas populares e médias, a depender da correlação de forças, é possível e desejável acelerar a ampliação do gasto público no Brasil pós-pandemia, na direção de um financiamento adequado no longo prazo, visando o fortalecimento do Estado e a redução das desigualdades na área da saúde. Por exemplo, para o gasto federal atingir 3% do PIB em cinco anos (de modo que o gasto público seja de 6% do PIB, mantida a hipótese de o gasto dos entes subnacionais avançar para 3% do PIB no mesmo período), o fator de correção teria que ser de 9,5% ao ano até 2027, o que, sem dúvida, permitiria ao governo federal deixar mais claro seu compromisso de inserir o SUS no centro de um novo modelo de desenvolvimento com inclusão social e sustentabilidade ambiental.

Para demonstrar a importância de uma regra como a que propusemos, Dweck, Moretti e Melo (2022) apresentaram o gráfico 2 que mostra um exercício contrafactual de estimação da evolução real dos gastos federais per capita em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no período de 2000 a 2016, em quatro cenários: 1) valores observados da evolução de ASPS no período; 2) valores aplicados de acordo com a EC 86 - 15% da

RCL; 3) valores aplicados de acordo com o piso da EC 95, que congelou nos níveis de 2017 o mínimo obrigatório de saúde ; e 4) valores aplicados de acordo com o a primeira proposta apresentada acima: IPCA + crescimento médio anual da população idosa + 2,25% (fator de correção de iniquidades).

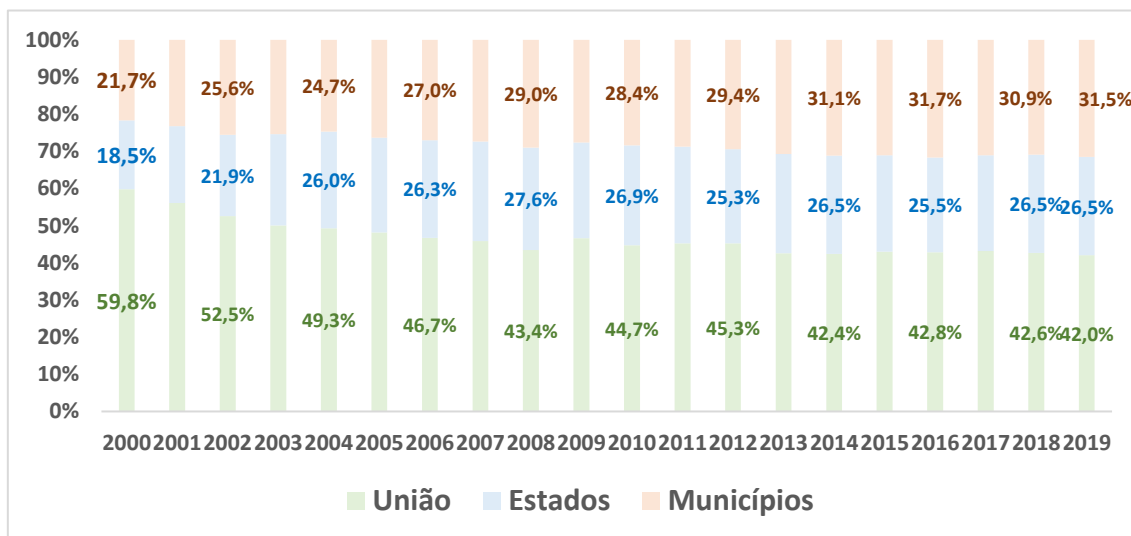
Gráfico 2 Estimativas para valores federais per capita ASPS – 2000-2016 (R\$/habitante, a preços de 2016*)



Fontes: Siop, STN e IBGE. * IPCA médio. Elaboração Dweck, Moretti e Melo (2022).

2. Considerando que $\frac{2}{3}$ dos recursos da União são repassados para os entes subnacionais, que foram responsáveis pelo financiamento de 58% do gasto público com saúde no ano de 2019 (Gráfico 3), é fundamental ampliar a participação relativa do governo federal no gasto total em saúde.


Gráfico 3 Gasto público com saúde, esfera de governo,% do total - 2000 a 2019



Fonte: Siops. Elaboração dos autores.

3. Considerando as medidas que alteraram o financiamento da política da atenção primária em saúde, que comprometem a universalidade e a integralidade do SUS, é preciso suspender os atos normativos que modificaram o modelo de alocação da Política Nacional de Atenção Básica por meio da implementação do Programa Previne Brasil (Portaria MS nº 2.979/2019); da regulamentação das Equipes de Atenção Primária (Portaria MS nº 2.539/2019); da criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (ADAPS), do Programa Médicos pelo Brasil (Lei Federal nº 13.958/2019); e da Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde
- 3.1. Tais alterações modificaram, profundamente, a política de saúde na atenção primária, alterando o financiamento federal das redes municipais de atenção primária – gerando uma distribuição não equitativa de recursos entre os municípios (com diversos casos de redução) e fomentando um modelo de atenção à saúde médico-centrado, focalizado, assistencialista, distante do vínculo com o território e a comunidade, sem prioridade para o cuidado multiprofissional, bem como pautado pela lógica produtivista (metas de produção), em detrimento da abrangência ampliada do cuidado, com prevenção e promoção à saúde.
- 3.2. São, portanto, medidas que ferem os princípios do SUS, ampliam as possibilidades de privatização do sistema e se opõem à prioridade de expansão da Estratégia Saúde da Família, de tal maneira que é preciso retomar a implementação dos critérios de distribuição dos recursos federais a partir das necessidades de saúde dos diferentes territórios, tal como determina a Lei Complementar nº 141/2012.
- 3.3. A oposição à prioridade de expansão da Estratégia Saúde da Família fica evidenciada pela ampliação do número de equipes (ESF) existentes nas redes de saúde municipais não homologadas para cofinanciamento federal no período de vigência do Programa Previne Brasil (Gráfico 4 e Tabela 5). No período de vigência da PNAB 2011 e PNAB 2017 o percentual de ESF existentes nas redes de saúde homologadas para cofinanciamento federal era de aproximadamente 98%. A partir da implementação do Programa Previne Brasil⁶, o percentual médio de ESF

⁶ A partir da competência de setembro/21 (Portaria do Ministério da Saúde nº 2.254/2021), ocorre a mais significativa mudança do parâmetro do Componente da Capitação Ponderada, que passa a se amparar no volume de cadastros válidos e não mais sobre a meta potencial de cadastro, parâmetro da regra de transição do programa – o maior valor possível do componente por município. A portaria cria ainda duas novas regras: uma que possibilita o pagamento dos cadastros válidos acima da meta potencial, condicionado ao atingimento de 7 ou mais no indicador sintético final do Componente de Pagamento por Desempenho⁶; e outra que possibilita o pagamento de até 50% da diferença entre a meta potencial e o volume de cadastros válidos, a depender do desempenho do conjunto de municípios por tipologia. O fato é que, com a alteração, os valores das transferências do componente foram reduzidos, uma vez que o volume de cadastro válido era inferior à meta potencial. Assim, o contingenciamento das homologações das equipes (ESF) observado nas competências posteriores, passa a obstaculizar a ampliação das transferências relacionadas ao componente (acima dos níveis anteriores à competência de setembro/21), uma vez que a homologação das equipes é requisito para ampliação da meta potencial. Desta



homologadas para cofinanciamento pelo Ministério da Saúde caiu para 91,2%, ampliando a pressão sobre os orçamentos municipais que já arcam com 31,5% do gasto público em saúde como destacado anteriormente.

3.4. Cabe destacar, a mudança de critérios demanda o incremento de novos recursos, para evitar que os municípios tenham redução de repasses, uma vez que, entre 2014 e 2021, o aumento real de recursos federais transferidos para a APS foi condicionado, principalmente a partir de 2017, pela ampliação específica de emendas parlamentares (Tabela 6), sendo que em 2021 e 2022 metade delas são emendas de relator – o chamado orçamento secreto.

forma, a partir da competência de setembro de 2021, o Ministério da Saúde passou a reduzir sua contribuição sobre o custo da expansão das equipes da Estratégia de Saúde da Família realizada pelos municípios, seja pelo impacto da alteração de parâmetros (antes pautados na meta potencial – melhor valor possível), seja pela redução do ritmo de homologação para cofinanciamento das equipes (ESF) existentes nas redes municipais.

Tabela 5 Evolução da quantidade de Equipes de Saúde da Família (eSF) - Comparativo: ESF existentes nas redes de saúde x eSF cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, por competência, 2011 - 2022

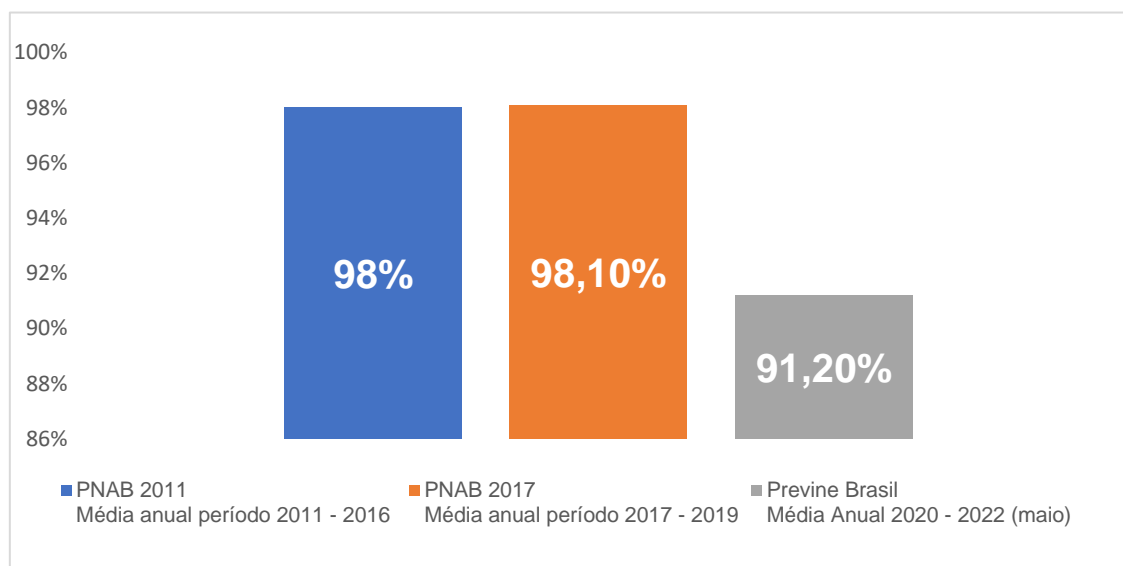
Competências	(a) eSF existentes	(b) eSF homologadas para cofinanciamento federal	Percentual (b/a) de equipes cofinanciadas pelo Ministério da Saúde (em %)
dez/11	32.860	32.295	98,3
dez/12	34.093	33.404	98,0
dez/13	35.242	34.715	98,5
dez/14	39.637	39.310	99,2
dez/15	40.969	40.162	98,0
dez/16	41.639	40.098	96,3
dez/17	42.736	42.119	98,6
dez/18	43.950	42.975	97,8
dez/19	44.188	43.223	97,8
dez/20	49.082	40.536	82,6
dez/21	50.463	48.447	96,0
jan/22	50.622	48.447	95,7
mai/22	50.865	48.344	95,0

Elaboração dos autores. Fonte: Ministério da Saúde - relatórios públicos: SCNES e E-Gestor AB

Notas:

- 1) Os dados ampararam-se nas competências de dezembro de cada exercício. Esta escolha de competências, ampara-se no objetivo de contemplar a alteração ocorrida a partir de competência de maio/20 na codificação das equipes de Saúde da Família no Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) impetrada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 99/2020. Esta escolha também ampara-se no objetivo de refletir as alterações realizadas a partir da competência de set/21 nos parâmetros de pagamento do Componente da Capitação Ponderada, dado o que determinou a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.254/2021 - em que foram excluídas as medidas temporárias e/ou transição, que pautavam as transferências a partir da Meta Potencial de Cadastro.
- 2) Os dados de 2011 a 2019 (ESF cadastradas no SCNES e ESF homologadas para cofinanciamento federal) foram retirados do sistema E-gestor AB, especificamente do relatório público: Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados - APS - Equipes cadastradas no sistema x Equipes implantadas com financiamento do MS.
- 3) Os dados das equipes homologadas para cofinanciamento federal de 2020, 2021 e 2022 foram retirados do sistema E-gestor AB, especificamente do relatório público "Financiamento APS".
- 4) Os dados das equipes cadastradas de 2020, 2021 e 2022 foram retirados do CNES e consideraram as ESF sob o novo código nº 70 criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 99/2020 publicada em fevereiro de 2020 e implementada na versão do CNES de maio/2020. Este novo código substituiu uma série de códigos, a saber: 01 ESF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA, 02 ESFSB M1 - ESF COM SAUDE BUCAL - M I, 03 ESFSB M2 - ESF COM SAUDE BUCAL - M II, 04 EACS - EQUIPE DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE, 05 EPEN - EQUIPE DE AT. SAUDE SIST. PENITENCIARIO, 06 NASF1 - NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA-NASF MODALIDADE 1, 07 NASF2 - NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA-NASF MODALIDADE 2, 08 EMSI - EQ MULTIDISC AT BASICA SAUDE INDIGENA, 09 EMSIAL EQ MULTIDISC AT BASICA SAUDE INDIGENA-AMAZONIA LEGAL, 10 EACSSB M1 - EQ AGENTES COMUNITARIOS COM SAUDE BUCAL - MI, 11 EACSSB M2 - EQ AGENTES COMUNITARIOS COM SAUDE BUCAL - MII, 12 ESFR - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA RIBEIRINHA, 13 ESFRSB MI - ESF RIBEIRINHA COM SAUDE BUCAL MI, 14 ESFF - EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA FLUVIAL, 15 ESFFSB - ESF FLUVIAL COM SAUDE BUCAL, 16 EAB1 - EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO I, 17 EAB2 - EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO II, 18 EAB3 - EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO III, 19 EAB1SB - EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO I COM SAUDE BUCAL, 20 EAB2SB - EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO II COM SAUDE BUCAL, 21 EAB3SB - EQUIPE DE ATENCAO BASICA TIPO III COM SAUDE BUCAL, 24 ESF1 - ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO I, 25 ESF1SB M1 - ESF TIPO I COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I, 26 ESF1SB M2 - ESF TIPO I COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II, 27 ESF2 - ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO II, 28 ESF2SB M1 - ESF TIPO II COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I, 29 ESF2SB M2 - ESF TIPO II COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II, 30 ESF3 - ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO III, 31 ESF3SB M1 - ESF TIPO III COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I, 32 ESF3SB M2 - ESF TIPO III COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II, 33 ESF4 - ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO IV, 34 ESF4SB M1 - ESF TIPO IV COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I, 35 ESF4SB M2 - ESF TIPO IV COM SAUDE BUCAL MODALIDADE II, 36 ESFTRANS - ESF TRANSITORIA, 37 ESFTRANSB M1 - ESF TRANSITORIA COM SAUDE BUCAL MI, 38 ESFTRANSB M2 - ESF TRANSITORIA COM SAUDE BUCAL MII, 39 ESFRSB MII - ESF RIBEIRINHA COM SAUDE BUCAL MII. Segundo o disposto na referida Portaria, os gestores tinham 3 competências para alterar o código das equipes no registro do CNES.

Gráfico 4 Evolução do percentual de Equipes de Saúde da Família (ESF) existentes homologadas para cofinanciamento federal por período, segundo médias anuais (PNAB 2011, PNAB 2017, Programa Previne Brasil - maio/22)



Elaboração dos autores. Fonte: Ministério da Saúde - relatórios públicos: SCNES e E-Gestor AB

Notas:

- 1) Para o período da PNAB 2011 considerou-se a média anual das competências de dezembro dos exercícios de 2011 a 2016
- 2) Para o período da PNAB 2017 considerou-se a média anual das competências de dezembro dos exercícios de 2017 a 2019.
- 3) Para o período "Previne Brasil" considerou-se a média das competências dez/20, dez/21 e maio/22. Isto porque, a partir da competência de maio/20 inicia-se o processo de alteração dos códigos dos tipos de Equipe de saúde da Família determinado pela Portaria do Ministério da Saúde nº99/2020. Para exercício de 2022 utiliza-se a competência de maio/22 - a mais atualizada no momento de elaboração deste estudo.

Tabela 6 Gasto federal com atenção primária à saúde - valor empenhado, 2014-2021. Em R\$ bilhões de 2021 (IPCA médio)

Tipo de Despesa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Variãçã o 2019- 2021	Variaçã o 2014- 2021
Total APS (1 + 2)	28,3	26,3	25,9	28,3	29,4	30,5	31,6	35,1	15,1%	24,1%
1 - Fundo a fundo total	24,3	22,8	22,2	24,0	26,0	27,2	29,2	32,1	18,2%	32,3%
1.1 - Fundo a Fundo Custeio Regular	20,3	20,5	19,5	18,4	19,8	20,3	22,4	20,4	0,6%	0,8%
1.2 - Estruturação da AB - Programa.	1,9	1,3	0,7	1,1	0,4	0,2	0,0	0,2	45,1%	-87,4%
1.3 - Incremento PAB - Programação						2,9			n.a.	n.a.
1.4 - Emendas Parlamentares	2,2	1,0	1,9	4,4	5,8	3,8	4,0	8,7	127,6%	298,4%
1.4.1 - Incremento PAB	0,1	0,3	0,8	2,8	4,7	3,2	3,4	7,8	141,9%	6297%
1.4.2 - Estruturação da AB	2,1	0,7	1,2	1,7	1,1	0,6	0,7	0,9	50,5%	-56,5%
1.5 - Covid - custeio e investimento							2,7	2,8	n.a.	n.a.
2 - Aplicações Diretas, Transf. ao exterior e outras Mod. Aplicação	4,0	3,5	3,7	4,4	3,4	3,3	2,4	3,0	-10,1%	-25,6%
2.1 - Mais Médicos	3,8	3,4	3,5	3,9	3,2	3,1	2,2	2,9	-6,2%	-23,3%
2.2 - Emendas	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2		n.a.	n.a.
2.3 - Outras despesas	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	-70,4%	-72,4%

Elaboração dos autores. Fonte: Siga Brasil / Senado Federal e Benevides (2021).

Notas: 1) valores atualizados para 2021 pela variação anual média do IPCA/IBGE.

2) Esta tabela apresenta as seguintes diferenças com relação à classificação da despesa ASPS na subfunção 301 - AB: foram consideradas na APS i) parte das despesas de 2013 a 2018 da ação 4525 - Apoio à manutenção de unidades de saúde, classificadas na subfunção 122 - Adm. geral, apuradas conforme metodologia apresentada em Benevides (2021); ii) as despesas do Provab/Mais Médicos empenhadas de 2013 a 2015 no PO 000A da ação 20YD - Educação e formação em saúde, incorporadas à ação 214U - Implementação do Programa Mais médicos, criada em 2016; iii) despesas do programa Academia da Saúde, das ações 217U e 20YL; iv) despesas da ação 21C0 - de enfrentamento à covid-19 empenhadas em 2020 na subfunção 122 - Adm. geral com o termo "SAPS" na variável "observação" do Siga Brasil além das portarias nº 430 (horário estendido UBS), 1857 (escolas públicas), 2222 (gestação, pré-natal e puerpério) e 2405 (APS populações específicas); v) despesas empenhadas em 2021 na ação 8581 pela fonte 142 - compensação financ. pela prod. Petróleo. Por outro lado, foram excluídas vi) as despesas empenhadas até 2017 na ação 20K5 - Apoio ao Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS, que até então eram classificadas na subfunção 301 - atenção básica, e a partir de 2018 passaram para a ser classificadas na subfunção 303 - suporte profilático e terapêutico; e as despesas da ação 212B - Benefícios obrigatórios a servidores (referentes a despesas com auxílios alimentação, transporte, pré-escolar e funeral), inexplicavelmente classificadas a partir de 2021 na subfunção 301 - Atenção básica, ao invés da 331 - Benefícios obrigatórios a servidores, utilizada até o exercício de 2020.

3) Estão incluídas as despesas empenhadas nas modalidades de aplicação 35, 45 e 95, destinadas à compensação de restos a pagar cancelados de empenhos a partir do exercício de 2013 (LC 141/2012).

4. Considerando a necessidade de retomada dos investimentos da área de ciência, tecnologia e inovação, **torna-se fundamental fortalecer a base produtiva e tecnológica de saúde e reduzir a vulnerabilidade externa do SUS, de modo que a ampliação dos gastos não implique maior dependência frente a importações:**

4.1. Isso poderá ocorrer com as políticas de inovação tanto do lado da demanda (Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, compras públicas, acordos offset, encomendas tecnológicas), quanto do lado da oferta (linhas de financiamento dos

bancos públicos, incentivos fiscais à pesquisa, desenvolvimento de fundos de infraestrutura em saúde para criação de incubadoras e parques tecnológicos etc.) capazes de articular desenvolvimento produtivo, tecnológico e a inovação com a garantia do direito social à saúde.

- 4.2. A dependência tecnológica na área de saúde tem se ampliado nos últimos anos. Em consequência, o **déficit da balança comercial de produtos de saúde cresceu nas últimas décadas**, apesar de uma série de políticas públicas intersetoriais, que buscavam o fortalecimento do complexo econômico-industrial-digital da saúde: investimentos em ciência e tecnologia; investimentos em empresas produtoras de bens e serviços de saúde; criação de marcos regulatórios para a transferência de conhecimento e tecnologia de empresas privadas para empresas públicas etc.
- 4.3. Desde 2016, os investimentos em C&T têm caído drasticamente. Soma-se a isso o desmonte de iniciativas do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social e do Ministério da Saúde, bem como a redução dos investimentos em educação, **comprometendo a possibilidade de o Brasil ter autonomia produtiva em áreas estratégicas como a do desenvolvimento e produção de vacinas**.
- 4.4. Com a pandemia, **vimos que a soberania sanitária é fundamental para garantir o abastecimento interno na qualidade, quantidade e tempo necessários**. Assim, deve-se retomar com urgência uma política industrial que assegure tal soberania, com foco na capacitação de pessoal, fortalecimento dos laboratórios públicos e investimentos de longo prazo.

5. Proposta fiscal

1. Considerando a política de austeridade fiscal, é imperativo acabar com a atual sobreposição de regras, que impede o uso adequado da política fiscal. É preciso aprovar medidas que tenham previsão constitucional e legal para definir uma regra fiscal moderna e flexível, apta a combinar estabilização da dívida pública em relação ao PIB no médio prazo, crescimento econômico, suavização de ciclos econômicos e financiamento de serviços públicos essenciais e investimentos estratégicos, com efeitos multiplicadores e redistributivos substantivos e que lidem com os desafios estruturantes da sociedade brasileira. No interior deste novo arcabouço fiscal, será possível prever, de um lado, piso de saúde menos sensível ao ciclo econômico, e de outro, determinar o crescimento real per capita do gasto público federal em saúde, conferindo-lhe um aumento sustentável no longo prazo (regra acíclica para evitar

queda do gasto público de saúde, quando há desaceleração da economia e a demanda por serviços de saúde tende a aumentar).

2. Considerando que a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000) concebe a gestão fiscal responsável como aquela que garante equilíbrio orçamentário e financeiro dos entes federados, os principais indicadores de gestão são os limites para a dívida (estoque; capacidade de pagamento de juros e amortização; contratação anual de novas dívidas) e os limites para as despesas de pessoal como percentuais da Receita Corrente Líquida (RCL).

2.1. Desse modo, a capacidade fiscal dos entes federados passa a ser expressa em termos de uma variável cíclica que tende a induzir ajuste na despesa em momentos de crise, agravando o viés pró-cíclico das regras fiscais, cujo impacto é particularmente nocivo às despesas de pessoal, ante sua natureza continuada.

2.2. Como se pode evidenciar, de um lado, regras fiscais rígidas, com limites indexados à RCL, tendem a induzir modelos de parceria entre setores público e privado, por vezes incompatíveis com as diretrizes do SUS, as necessidades de saúde e os requisitos constitucionais básicos como a publicidade e a impessoalidade; e, de outro, os entes subnacionais dispõem de maior rigidez fiscal em relação à União, uma vez que não são emissores de dívida soberana.

2.3. É preciso rever os indicadores (limites para a dívida e para os gastos com pessoal) para flexibilizar esses limites fiscais de uma variável cíclica como a RCL, no contexto do financiamento tripartite e do planejamento ascendente do SUS definido pela Lei Complementar 141/2012, priorizando o atendimento das necessidades de saúde da população para esse fim.

6. Proposta tributária

1. Considerando a necessidade de ampliar a progressividade do sistema tributário, taxar renda, patrimônio e riqueza financeira, bem como rever gastos tributários regressivos

1.1. Parece justo retomar a cobrança **de Imposto de Renda sobre lucros e dividendos distribuídos à pessoa física**, permitindo que os mais ricos paguem mais, combatendo um sistema regressivo e concentrador de renda. Ademais, tal imposto geraria recursos para estados e municípios por meio dos Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios.

1.1.1. Além da tributação progressiva da renda, é preciso avançar **na tributação sobre a riqueza**, especialmente, por meio da regulamentação do **Imposto**

sobre Grandes Fortunas, que poderia arrecadar 1,2% do PIB anualmente (Nascimento, 2021).

1.1.2. Outra medida relevante é a **revisão de gastos tributários regressivos**, especialmente, na saúde, que consomem vultosos recursos públicos, agravando a iniquidade de acesso à saúde. Uma opção que merece ser aprofundada é a imposição de um teto às renúncias de saúde no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), desacelerando o crescimento de tais gastos. Por exemplo, apenas a renúncia relacionada a planos de saúde no IRPF cresceu em termos reais, entre 2004 e 2018, 6,8%, na média anual do período.

2. Considerando a demanda por mais recursos para a saúde, é preciso garantir que **parcela da renda petrolífera, oriunda da exploração da província do pré-sal, seja efetivamente canalizada para o SUS**, tanto considerando os royalties (25% destinados à saúde, 75% à educação), como as demais receitas que compõem o Fundo Social da União (50% dos recursos destinados à educação, 50% às outras áreas), especialmente o excedente em óleo (parcela do profit oil, que as empresas petrolíferas destinam à União)⁷.
3. Ainda sobre o tema do financiamento, importa destacar o **caráter estratégico do orçamento da seguridade social para o país** avançar na inclusão social e na redução de desigualdades. É necessário, em especial, retomar a concepção de seguridade social presente na Constituição, desvirtuada com a exclusão de receitas (especialmente por meio da Desvinculação de Receitas da União e da concessão de benefícios tributários de impacto duvidoso) e a inclusão de despesas estranhas às áreas abrangidas pela seguridade. Tais operações sustentam o discurso oficial do déficit da seguridade social que, em última instância, induz “reformas” que suprimem direitos, reduzem a cobertura e promovem exclusão, como a previdenciária. Segundo a ANFIP (2020), os déficits da seguridade (medidos conforme as previsões constitucionais) aparecem apenas a partir de 2016, resultado da crise econômica e do seu impacto sobre a arrecadação. Logo, é preciso levar em conta o impacto da conjuntura econômica sobre a seguridade, sem deixar de reconhecer que estão em curso transformações estruturais no mundo produtivo que afetam os fundos públicos. Ante o exposto, é fundamental não apenas revogar a Desvinculação de Receitas da

⁷ A medida apoiaria a implementação de nova regra de aplicação mínima em saúde no caso dos recursos do Fundo Social, exceto os royalties, não contabilizados no piso. Em 2021, R\$ 941,8 milhões, referentes à fonte de royalties do petróleo, foram alocados na saúde, sendo que a área não recebeu recursos da fonte Fundo Social. No mesmo ano, R\$ 44,7 bilhões do superávit financeiro das duas fontes foram canalizados para amortização de dívida, nos termos da EC 109, privilegiando os detentores da riqueza financeira sob a forma de títulos públicos.

União (que já não se aplica às contribuições sociais, conforme a Emenda Constitucional no 103, de 12 de novembro de 2019) e rever benefícios tributários como também discutir novas fontes de financiamento da seguridade, especialmente em razão das mudanças no mercado de trabalho e nas relações de produção no contexto do capitalismo financeirizado e do advento das novas tecnologias digitais. Assim, reafirma-se a necessidade de discutir uma reforma tributária que preveja novas fontes de financiamento da seguridade, bem como a transição da base de tributação focada em salário para outra, baseada em renda e patrimônio, avançando-se na progressividade do sistema tributário, mas também na ampliação dos gastos públicos inscritos na seguridade social.

4. Por fim, é crucial que os avanços no arcabouço fiscal e no financiamento do SUS não sejam interditados ou prejudicados por iniciativas legislativas em curso. Neste particular, é necessário salientar os riscos envolvidos no PL 1583/2022, encaminhado ao Congresso Nacional pelo governo Bolsonaro, que autoriza o Poder Executivo a ceder a parcela da União no excedente em óleo por meio de leilão, desvinculando os recursos do Fundo Social. Considerando os contratos já celebrados, é possível que o projeto retire uma receita superior a R\$ 300 bilhões do Fundo Social, a preços de 2021. Além disso, a Lei Complementar no 194/2022 determinou a adequação das alíquotas de combustíveis, gás natural, energia elétrica, comunicações e transporte público à alíquota modal adotada em cada estado (que varia entre 17% e 18%). O projeto de lei foi aprovado em meio ao choque de preços de commodities e à escalada de preços de combustíveis no Brasil. Contudo, como não há medidas dirigidas à mitigação do impacto da volatilidade internacional sobre preços internos⁸, o projeto tem efeitos incertos sobre preços de combustíveis num horizonte de prazo mais longo, ao mesmo tempo em que reduz estruturalmente a arrecadação do ICMS e, portanto, a receita considerada para efeito de definição dos pisos constitucionais de educação e saúde e do valor do Fundeb nos estados e municípios. O dispositivo que previa a compensação aos entes pelas perdas das áreas de educação e saúde foi vetado pelo Presidente da República, não havendo o Congresso apreciado o veto ainda. Em particular, há forte risco para o financiamento do SUS, sobretudo levando em conta que os entes subnacionais já respondem por quase 60% dos gastos públicos de saúde e que a melhora de seus indicadores fiscais é conjuntural, relacionando-se, sobretudo, à elevada inflação e ao crescimento do PIB nominal (ao qual tende a estar vinculada a

⁸ Por exemplo, o governo conservador do Reino Unido estabeleceu uma taxa extraordinária sobre o lucro das empresas petrolíferas, que ampliaram substantivamente suas receitas com a explosão do preço do barril do petróleo. Os valores arrecadados serão destinados à atenuação dos elevados preços dos combustíveis.

arrecadação) acima do IPCA e do INPC (que influenciam o comportamento da despesa), não havendo evidência de que tal quadro será permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em julho de 2022, o Congresso Nacional sancionou a Emenda Constitucional no 123 – EC 123/2022, que autorizou a execução de R\$ 41,25 bilhões, voltados principalmente à criação e ampliação de benefícios sociais no contexto de choque de preços de commodities, escalada inflacionária e aumento da pobreza e da fome.

A medida escancarou a discricionariedade do atual regime fiscal. Afinal, a EC 123 não apenas autorizou o pagamento de benefícios em período eleitoral (por meio da previsão de um estado de emergência, procurando contornar as restrições da legislação eleitoral que objetivam assegurar a paridade de armas), como previu que os valores não serão contabilizados no teto de gastos.

De fato, o atual quadro econômico e social é marcado pelo aumento da pobreza, pela ainda elevada desocupação (9,9 milhões de pessoas) e por uma taxa de informalidade de quase 40% dos ocupados, segundo dados da PNADC/IBGE para o trimestre encerrado em julho de 2022. Para o referido trimestre, o rendimento real habitual do trabalho teve queda de 2,9%, comparando-se com o mesmo período de 2021. O IPCA acumulado de 12 meses até julho de 2022 é de 10,07%. Há expectativa de desaceleração da atividade econômica no segundo semestre de 2022.

Nesse contexto, a política fiscal é decisiva para mitigar os problemas sociais e estimular a atividade econômica. Contudo, as regras atuais limitam a capacidade de resposta do Estado, demandando flexibilizações pontuais que agregam mais incertezas ao cenário econômico e produzem contração na “retomada” das regras, conforme ocorreu após 2020.

A despesa primária deverá passar de 18,9% do PIB em 2022 (já computados os efeitos da EC 123) para 17,6% do PIB em 2023, segundo os dados da lei orçamentária anual. Sem a mudança do arcabouço fiscal, a despesa alcançaria 16,7% do PIB em 2025, para ajuste ao teto de gasto, independente do comportamento da arrecadação.

As contínuas flexibilizações do teto desde 2019 explicitam a artificialidade das restrições fiscais e afastam a tese do “Estado quebrado”. A propósito, para dados de junho de 2022, a reserva de liquidez do Tesouro para pagamento da dívida pública segue em níveis confortáveis, mais de duas vezes acima do limite prudencial.

Para 2022, há larga folga para cumprimento da meta de resultado primário, impulsionado especialmente pelo impacto da inflação sobre as receitas. Todavia, o teto não contém cláusulas de escape que permitam o aumento de gastos financiado pela receita extraordinária, demandando alteração constitucional.

Para 2023, a retomada do teto leva, conforme já exposto, à redução da despesa primária, produzindo significativa contração fiscal e redução da renda dos mais pobres. Somando-se tais impactos aos efeitos defasados do ciclo de aperto monetário por meio do aumento da Selic (que, ademais, também amplia o custo da dívida pública e concentra renda), teríamos em 2023 o recrudescimento da crise, a desaceleração da atividade econômica e a piora do mercado de trabalho. Segundo expectativas de mercado, o PIB deve crescer menos de 0,5% em 2023.

A mudança do arcabouço fiscal é urgente e viável. No curto prazo, é preciso evitar a contração fiscal contratada para 2023, abrindo espaço no orçamento a despesas emergenciais que, no caso da saúde, devem responder, por exemplo, ao aumento da fila para consultas, exames e cirurgias e recompor as perdas de ações como o Programa Nacional de Imunizações, Saúde Indígena, Farmácia Popular e Mais Médicos.

A partir de 2024, conforme exposto ao longo do trabalho, é possível adotar regras mais flexíveis que conciliem ampliação de gastos com fortes efeitos multiplicadores e redistributivos com sustentabilidade fiscal no médio prazo.

Tanto do ponto de vista emergencial como estrutural, o SUS tem de estar no centro das mudanças fiscais. De um lado, há evidente demanda da população por serviços públicos de saúde, em meio a crescentes pressões conjunturais e estruturais sobre o sistema. De outro, ante seu potencial econômico e efeitos redistributivos, o SUS deve ser um dos motores da retomada de um projeto de desenvolvimento com crescimento sustentável e inclusão social, demandando uma nova regra de financiamento.

Referências bibliográficas

ANFIP. Análise da seguridade social em 2019. Brasília: ANFIP, 2021.

BENEVIDES, R. P. S. Metodologia para identificação das transferências federais para a Atenção Primária em Saúde: o caso das emendas parlamentares de 2014 a 2018. Brasília: Ipea, 2021, Nota Técnica nº 94. Disponível em <<https://bit.ly/2SnkOXI>>.

BRESSER-PEREIRA, L. C., DE PAULA, L. F., BRUNO, M. Financeirização, coalizão de interesses e taxa de juros no Brasil. Texto para discussão n. 22. Rio de Janeiro: IE/UFRJ, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336778742_Financeirizacao_coalizao_de_interesses_e_taxa_de_juros_no_Brasil_Texto_para_Discussao_IEUFRJ. Acesso em 02 jul. 2022.

DORNELAS, L. N. D.; TERRA, F. H. Selic: o mercado brasileiro de dívida pública. Campinas: Alínea; 2021.

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. F. G. C. de. Os desafios fiscais para a realização do direito à saúde e o fomento à base produtiva de saúde. Fiocruz, Centro de Estudos Estratégicos, 2022 (no prelo).

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. F.G.C.de. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. Cadernos do Desenvolvimento, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021.

KERSTENETZKY, C. L. Consumo social e crescimento redistributivo: notas para se pensar um modelo de crescimento para o Brasil. Revista de Economia Política, v. 3, n. 1 (142), p. 29-45, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rep/a/jZZp3KrkpSLSXLPLpkxPbNP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

MENDES, A; MELO, M.A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad. Saúde Pública, vol. 38, n.2, p. e00164621, 2022.

MORETTI, B. O outro lado do teto de gasto. RBPO, 2022.

MORETTI, B.; FUNCIA, F.R.; OCKÉ-REIS, C.O. Orçamento federal da saúde em 2021. Austeridade fiscal e clientelismo em meio ao recrudescimento da pandemia. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/austeridade-fiscal-e-clientelismo-no-orcamento-publico/>. Acesso em: 20 out. 2021.

MORETTI, B. et al. Austeridade fiscal impacta o SUS e esvazia o caráter público do orçamento e das receitas do pré-sal. Disponível em:

https://fpabramo.org.br/focusbrasil/wp-content/uploads/sites/11/2022/03/Focus_18Mar2022.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

NASCIMENTO, N. O imposto sobre Grandes Fortunas no Brasil: propostas e simulações. *Revista de Economia Contemporânea*, v. 25, n. 3, p. 1-25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rec/a/Wz4BWKPKTY3sBsFzXwvNGPC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

OCKÉ-REIS, C.O. Avaliação do Gasto Tributário em Saúde: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). Texto para discussão n. 2712. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2712.pdf. Acesso em: 28 fev. 2022.

OCKÉ-REIS, C. O. Os problemas de gestão do SUS decorrem também da crise crônica de financiamento. *Trab. Educ. Saúde*, vol. 6, nº 3, 2008. p. 613-622.

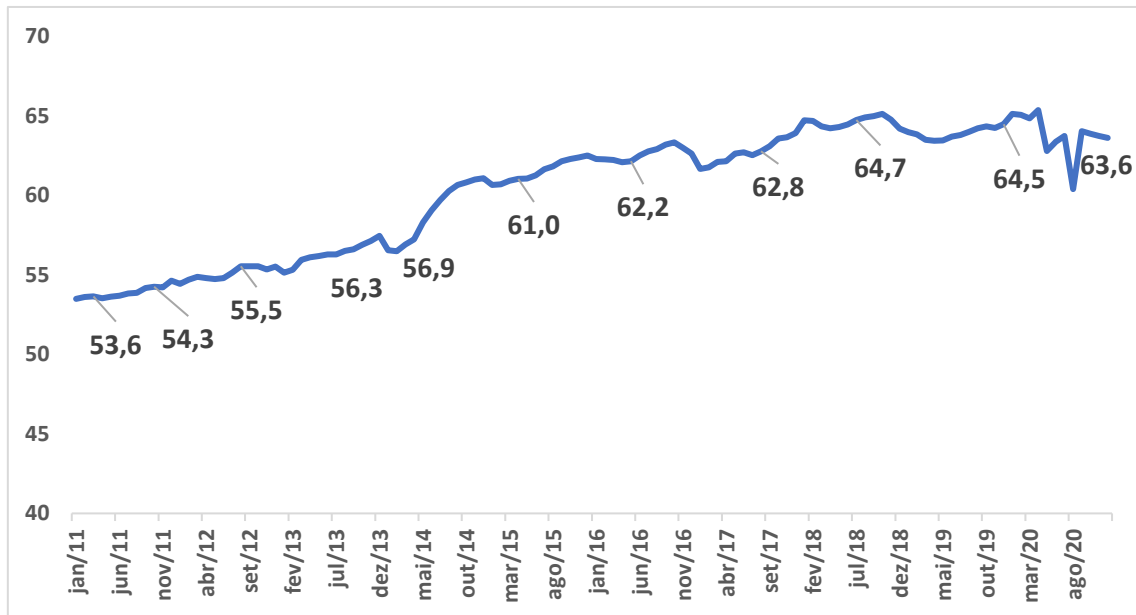
ORSZAG, P. R.; RUBIN, R. E.; STIGLITZ, J. E. Fiscal resiliency in a deeply uncertain world: the role of semiautonomous discretion. Policy Brief No. 21-2. Peterson Institute for International Economics. Jan. 2021. Disponível em: <https://www.piie.com/publications/policy-briefs/fiscal-resiliency-deeply-uncertain-world-role-semiautonomous-discretion>. Acesso em: 5 fev. 2022.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*, vol. 32, n.32, p. e00194316, 2016.

STUCKLER, D.; BASU, S. *The body economic: why austerity kills*. UK: Penguin; 2013.

ANEXO

Gráfico 5 Evolução da Cobertura Saúde da Família em percentual de 2011 – 2020



Elaboração dos autores Fonte: Ministério da Saúde - relatório público: E-Gestor AB

Notas:

1) A partir da competência de 2021 o Ministério da Saúde alterou a metodologia de cálculo da Cobertura de Saúde da Família e deixou de disponibilizar os dados segundo metodologia anteriormente utilizada. A nova metodologia, vigente para o período de 2020 a 2023 - período do atual Plano Nacional de Saúde, baseia-se na população cadastrada e considera o volume do cadastro vinculado às Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Primária (Criadas pela Portaria nº 2.539/2019). A metodologia anterior considerava a quantidade de Equipes de Saúde da Família calculadas pelo somatório do número de Equipes de Saúde da Família, número de equipes de Atenção Básica tradicional parametrizadas para adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e número de equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes a equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme carga horária ambulatorial de médicos e enfermeiros na Atenção Básica. O parâmetro de cobertura das equipes anteriormente utilizado era de 3.450 pessoas por equipe.

APÊNDICE (Simulações proposta de nova regra setorial)

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

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

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

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