

Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro*

SUS Funding: Recent Path and Scenarios for the Future

*Sergio Francisco Piola**
Luciana Mendes Servo***
Edvaldo Batista de Sá****
Andrea Barreto de Paiva******

Resumo: Este artigo apresenta cenários possíveis para o financiamento público da saúde nas próximas décadas. Discute a peculiaridade relacionada ao financiamento público perpassar por todos os segmentos, público e privados; analisa o financiamento do SUS, especialmente as repercussões potenciais e reais da Emenda Constitucional 29. Os cenários construídos para o período 2012 a 2030 - pessimista, inercial e otimista - levam em consideração diferentes possibilidades de regulamentação da EC 29 e estimativas de crescimento do PIB e das receitas tributárias, segundo diferentes elasticidades receita/PIB. Foram consideradas também na construção dos cenários diferentes possibilidades de crescimento e de regulação pública do segmento privado de serviços de saúde.

Palavras-chave: Financiamento da saúde. Gasto em saúde. Financiamento do SUS. Cenários para o financiamento da saúde.

Abstract: This article presents possible scenarios for the public funding of health care in the next decades. We discuss how public resources are used to finance both public and private health care and what are the financial implications of the Constitutional Amendment 29 for the SUS. The scenarios presented for the period 2012-2030 take into account possible alternatives for the regulation of the Amendment and GDP and tax revenue estimates, according to varying tax revenue/GDP

* Texto com base em capítulo sobre o financiamento da saúde preparado para o Projeto "Saúde Brasil 2022-2030", coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) como parte do Termo de Cooperação nº 005/2009, celebrado entre a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República e a Fiocruz.

** Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Email: sergio.piola@ipea.gov.br

*** Técnica de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Email: luciana.servo@ipea.gov.br

**** Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Email: edvaldo.sa@ipea.gov.br

***** Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Email: andrea.barreto@ipea.gov.br

elasticities. We also considered alternative growth and public regulation of the private health care sector.

Keywords: Health financing. Health expenditure. SUS financing. Health financing scenarios.

JEL Classification: H51; I18.

1 Introdução

Os dispêndios com saúde têm sido objeto de preocupação em quase todos os países. Representavam 3% do PIB mundial em 1948 e passaram para 8,7% do PIB em 2004 (OPAS, 2007). No período 1998-2003, a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde (5,7%) superou a taxa média de crescimento da economia mundial que foi de 3,6% (HSIAO, 2007).

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento com sistemas universais de saúde, que já investem parcela considerável do seu Produto Interno Bruto (PIB) no setor, as atenções estão cada vez mais voltadas para a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que maior nível de dispêndios é condição insuficiente para alcançar melhores condições de saúde (HSIAO, 2007) e nem resolve, por si só, as iniquidades no acesso aos serviços.

Nos países mais pobres, por sua vez, é premente a necessidade de estender o acesso aos serviços de saúde, de forma igualitária, a toda população, de melhorar a qualidade do atendimento e de buscar formas de suprir o financiamento setorial em concorrência com outras exigências de desenvolvimento social e econômico (PIOLA et al., 2008).

Complementando a preocupação com o volume, a eficiência e a efetividade dos gastos com saúde têm sido destacadas como objetivos essenciais para o aperfeiçoamento dos sistemas de financiamento do setor:

- a) a proteção financeira contra os riscos do adoecimento;¹
- b) a equidade no financiamento;²
- c) a busca, via alocação de recursos, de equidade no acesso e utilização de serviços de saúde.³

¹ Um sistema de financiamento para a saúde deveria criar proteções contra o risco de empobrecimento relacionado ao uso de serviços de saúde (WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2003; KUTZIN, 2010).

² A equidade no financiamento implicaria numa distribuição progressiva ou, pelo menos, proporcional do financiamento com relação à renda (WAGSTAFF et al., 1999).

³ Os modos de financiamento deveriam buscar a equidade na utilização dos serviços (PRADHAN; PRESCOTT, 2002; KUTZIN, 2010). Isso implicaria que os recursos deveriam ser distribuídos de acordo com as necessidades de saúde da população e não de acordo com sua capacidade de pagamento (OMS, 2000; KUTZIN, 2010).

De maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a parcela dominante do financiamento da saúde provém de fontes públicas. Nestes países a maior parte do gasto privado é realizada sob a forma de pré-pagamento (planos e seguros privados). O desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000).⁴ Nos países de renda alta, as fontes administradas pelo setor público responsabilizam-se, em média, por mais de 60% do gasto total, enquanto que nos países de renda baixa a participação do setor público não chega a 25% do dispêndio total (SCHIEBER et al., 2007).

No Brasil o sistema de saúde é pluralista tanto em termos institucionais⁵ quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde:

- a) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais);
- b) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto em junho de 2009 por 1.116 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 406 de planos exclusivamente odontológicos;⁶
- c) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada;
- d) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO et al., 2005).

O Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tinha, em 2007, um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,4% do PIB (IBGE, 2009b). Esse percentual é baixo quando comparado com o observado nos Estados Unidos (15,7%), mas é bastante próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (8,4%), Espanha (8,5%), Canadá (10,1%) e Austrália (8,9%) que também possuem sistemas universais (WHO, 2010).

⁴ Estudos sobre gastos catastróficos em saúde têm demonstrado uma forte associação entre elevada participação do gasto direto do bolso no gasto total em saúde e o percentual de famílias que incorrem em gasto catastrófico (XU et al., 2005). Outros estudos comparando países têm mostrado que sistemas de pré-pagamento compulsório (via tributação geral ou seguro de saúde compulsório) tendem a ser mais equitativos que sistema de pré-pagamento voluntário. Os pagamentos diretos do bolso seriam a forma mais regressiva de financiamento (WAGSTAFF et al., 1999; KUTZIN, 2010).

⁵ Sua estrutura é composta por entes públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com e sem fins lucrativos).

⁶ ANS, *Caderno de Informações*. set. 2009.

O problema do Brasil, se assim pode ser chamado, é que o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Esse gasto foi estimado em 3,5% do PIB em 2007 (IBGE, 2009b).⁷ A participação das fontes públicas no gasto total com saúde foi 42% em 2007, sendo, possivelmente, o único país com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior que o público. Entre os países da OCDE, a participação das fontes públicas no financiamento do sistema representa, em média, é 70% da despesa total.

Os segmentos que compõem as quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde – SUS, planos e seguros privados, assistência a servidores públicos e privados autônomos – comunicam-se de diversas formas. Uma delas é o financiamento público que, de algum modo, estende-se a todos os segmentos supra-referidos: em alguns, de forma mais direta e preponderante; em outros, de forma indireta e mais parcial, por meio de renúncias fiscais, que incluem as isenções concedidas às instituições sem fins lucrativos, as deduções do imposto de renda concedidas às pessoas físicas e jurídicas devido a gastos com médicos, dentistas, laboratórios, hospitais e planos de saúde e a desoneração tributária de determinados medicamentos.

A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2011 uma renúncia de arrecadação federal superior a R\$ 13,5 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde. Contudo, esse número pode estar subestimado. Em 2008, por exemplo, a renúncia de arrecadação foi de mais de R\$ 10,5 bilhões e o valor estimado era de aproximadamente R\$ 8,9 bilhões.

2 Financiamento do SUS: Primeiros Anos, Emenda 29 e Perspectivas

2.1 Financiamento e Gasto Público da Saúde

A Constituição de 1988, ao criar a Seguridade Social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios e de contribuições sociais. Esses recursos, no âmbito do Governo Federal, seriam repartidos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma

⁷ O gasto público estimado na Conta-Satélite ainda não inclui algumas despesas como: com assistência médica dos servidores civis dos três níveis de governo, com exceção do realizado pelo Ministério da Saúde (MS); a despesa com os serviços de saúde dos hospitais universitários públicos estadual e municipal; e as “[...] despesas de órgãos vinculados às secretarias de segurança pública e defesa civil (como as redes do sistema penitenciário, de órgãos de defesa civil e de órgãos policiais civil e militar)” (IBGE, 2009b). Com relação à assistência médica a servidores, sua inclusão mais integral nas Contas-Satélites de Saúde (CSS) do Brasil depende da obtenção de informações sobre esses benefícios concedidos pelos órgãos públicos das três esferas de governo.

vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Essa lei deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde.

Segundo Vianna (1992), o percentual de 30% não foi cumprido em 1990 e 1991. No ano seguinte, só foi possível cumpri-lo porque foram contabilizadas ações de saneamento básico, apoio nutricional, merenda, encargos com inativos e pensionistas do MS, entre outras, como parte do orçamento da saúde.

Em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde. Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento da saúde (MENDES; MARQUES, 2009).

Adicionalmente, ainda que a CF/88 também estabelecesse que parte das receitas de Estados e municípios devesse ser aplicada em saúde, ela não estabelecia um percentual mínimo de aplicação. Assim, nos primeiros anos após a promulgação da CF 88, estima-se que a maior parte dos recursos públicos destinados para o SUS estava concentrada no nível federal (BARROS; PIOLA; VIANNA, 1996).

Na busca por recursos, a saúde recorreu inclusive a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Essa situação emergencial levou à necessidade de se pensar em alternativa para a superação da crise de carência de recursos, a qual pareceu apresentar-se na forma da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996⁸ (Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996).

A fundamentação para a criação da CPMF foi a necessidade de financiamento da Seguridade Social, mais especificamente da área de saúde. A previsão legal era de que o produto de sua arrecadação seria integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (artigo 18, da Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996).⁹

Ao entrar em vigor, a CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do MS. Em 1997 já respondia por 27,8% do total de recursos, tendo alcançado 38,4% em 2002 e daí por diante, até 2007, mantendo-se em torno de 30%. Em média, no período entre 1997 e 2007, a CPMF respondeu por 1/3 do total dos recursos do MS (SERVO et al., 2011).

O caráter provisório da CPMF sempre preocupou os gestores da saúde, que continuaram trabalhando por solução mais abrangente e definitiva. No legislati-

⁸ A CPMF surge como herdeira do antigo Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), que foi instituído em 1993 com previsão para vigorar até 1994, quando foi extinto. Esse imposto não tinha vinculação com a saúde, mas abriu espaço para a criação da CPMF.

⁹ Inicialmente vigorando como percentual de 0,20% sobre movimentações financeiras, em junho de 1999, a CPMF foi prorrogada até 2002, com alíquota de 0,38%. Tal elevação teve como justificativa prover recursos para a Previdência Social. Em 2002 a CPMF foi prorrogada, o que ocorreu novamente em 2004, tendo vigorado até dezembro de 2007.

vo diversas propostas foram apresentadas. O ponto em comum entre elas era a busca pela vinculação para a saúde dos recursos orçamentários dos três níveis de governo.

Várias propostas¹⁰ de vinculação de recursos para a saúde começaram a tramitar no Congresso Nacional, algumas delas anteriores à própria criação da CPMF, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169-A, encaminhada ainda em 1993. Essa proposta foi sendo alterada e aglutinada a outras iniciativas de lei que, em 2000, redundaram na aprovação da PEC 29.

A Emenda Constitucional 29 (EC 29) assegurou a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos. No caso da União, os recursos a serem aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescidos de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB.

Os Estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada;¹¹ ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação. O maior aumento de recursos para o SUS, como decorrência da EC 29, veio da ampliação da participação de Estados e municípios no financiamento do SUS (BIASOTO JÚNIOR, 2003, entre outros), como será discutido a seguir.

2.2 Evolução do Gasto Público Total - Efeitos da EC 29

A aprovação da EC 29 teve impactos diferenciados em cada ente da Federação. Foi mais bem-sucedida na busca do objetivo de elevar a participação de Estados e municípios. Segundo estimativas de Barros, Piola e Vianna (1996), durante a década de 80, a União participava, em média, com 75% dos recursos públicos alocados em saúde. Outra estimativa do Ipea para o ano de 1996 indica que a União respondia por 63% do total, os Estados, 20,7%, e os municípios, 16,4% (FERNANDES et al., 1998).¹²

A EC 29 começou sua vigência em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então sua participação foi decrescendo, para alcançar cerca de 45% em 2010. Nesse mesmo pe-

¹⁰ Ver Marques (1999) e Conass (2011, p. 29).

¹¹ A receita vinculada refere-se à base de cálculo para aplicação mínima dos recursos em saúde. A base de cálculo dos Estados compreende as receitas de impostos estaduais (ICMS, IPVA, ITCMD), as receitas de transferência da União (FPE, IPI, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária) e exclui as transferências constitucionais e legais a municípios (ICMS, IPVA e IPI-exportação). A base de cálculo dos municípios abrange as receitas de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI), as receitas de transferências da União (FPM, ITR, Lei Kandir), o Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), as receitas de transferências do Estado (ICMS, IPVA, IPI-exportação) e outras receitas correntes (receita da dívida tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária).

¹² Existem diferenças entre as metodologias e as bases de dados utilizadas pelo IPEA nos anos 1990

ríodo, entre 2000 e 2010, a participação dos Estados passou de 18,5% para 26,7%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 28,6%, de acordo com os dados do Siops (ver Tabela 1).

Tabela 1 - Gasto Público das Três Esferas com Ações e Serviços Públicos em Saúde, 2000 a 2010

Em R\$ bilhões de 2010, deflacionados pela média anual do IPCA							
Ano	Esfera						
	Federal	% no total	Estadual	% no total	Municipal	% no total	Total
2000	38,74	59,79	12,02	18,55	14,03	21,65	64,79
2001	40,04	56,13	14,73	20,65	16,55	23,20	71,33
2002	40,64	52,81	16,56	21,52	19,76	25,68	76,96
2003	38,93	51,12	17,51	22,99	19,71	25,88	76,15
2004	43,94	50,21	21,53	24,60	22,05	25,19	87,52
2005	46,70	49,75	21,67	23,09	25,50	27,17	93,87
2006	49,17	48,42	23,89	23,53	28,48	28,05	101,54
2007	51,58	47,48	26,27	24,18	30,77	28,33	108,63
2008	53,62	44,71	30,77	25,65	35,55	29,64	119,94
2009	61,21	45,87	33,88	25,39	38,35	28,74	133,44
2010	61,97	44,68	37,02	26,69	39,72	28,64	138,70

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e Siops (Esferas Estadual e Municipal - extraídos em 13 de junho de 2011).

Notas: (1) O Gasto Federal ASPSP está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do Gasto Federal ASPSP, também considera os valores executados na UO 74202 – Recursos sob supervisão da ANS (2004 a 2008). (2) O Gasto Estadual ASPSP foi extraído de Notas Técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do Siops, em conformidade com as diretrizes da resolução CNS 322/03 e EC 29/00. Para o ano de 2009, foram considerados os dados transmitidos ao Siops pelas 27 UF's, uma vez que a análise de balanço ainda não foi realizada pela equipe. Em 2010, foram considerados os dados das 23 UF's que haviam transmitido ao Siops. Para os quatro Estados faltantes, utilizaram-se os valores de 2009. Aguarda-se a análise de balanço dos respectivos anos para a atualização final deste gasto. (3) O Gasto Municipal ASPSP foi extraído da base do Siops em 13 de junho de 2011. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, o que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao Siops, e, em 2010, este percentual, por enquanto, foi de 92%. * Dados preliminares. Sujeitos à revisão após a análise de balanço.

e pelo Siops a partir da EC 29. Entre outras, a análise feita pelo Ipea refere-se ao gasto funcional, ao passo que as análises feitas pelo Siops referem-se ao gasto com "ações e serviços públicos de saúde", conforme definido na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, com respeito ao que deve ser considerado para efeitos de cumprimento da EC 29. Com isso, as informações não são efetivamente comparáveis, porém, isso não impossibilita que sejam utilizadas para analisar tendências.

Esse aumento da participação de Estados e municípios implicou, na prática, um incremento real de recursos para saúde desses entes de 194% (ou R\$ 50,6 bilhões), passando de R\$ 26 bilhões em 2000 para R\$ 76,7 bilhões em 2010. Como resultado desse aporte de recursos, juntamente com o aumento de 23 bilhões de recursos da União no mesmo período, o gasto público com saúde saiu de R\$ 64,8 bilhões em 2000 para R\$ 138,7 bilhões em 2010, em termos reais. Ou seja, a EC-29, com o aumento da participação de Estado e municípios, possibilitou o incremento real de 114% de recursos públicos para a saúde, conforme demonstrado na Tabela 2.

Como desdobramento dessa situação, o gasto *per capita* das três esferas com o SUS passou de R\$ 378,27, em 2000, para R\$ 717,70, em 2010, apresentando crescimento real de 89,73% no período. Em relação ao PIB, o gasto do SUS passou de 2,89%, em 2000, para 3,77% em 2010 (Tabela 2).

Tabela 2 - Gasto Público das Três Esferas com Ações e Serviços Públicos em Saúde como proporção do PIB e *per capita*

Ano	Participação ASPS/PIB (%)	Gasto <i>per capita</i> com ASPS (R\$)	Crescimento real do gasto <i>per capita</i> com ASPS (%)	Crescimento real do gasto <i>per capita</i> em relação a 2000 (%)
2000	2,89			378,27
2001	3,07	410,40	8,44	8,49
2002	3,17	436,54	6,37	15,40
2003	3,13	426,04	(2,41)	12,63
2004	3,36	483,25	13,43	27,75
2005	3,48	511,88	5,92	36,32
2006	3,55	547,20	6,90	44,66
2007	3,51	578,90	5,79	53,04
2008	3,59	632,56	9,27	67,22
2009	3,99	696,87	10,17	84,22
2010	3,77	717,70	2,99	89,73

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e Siops/MS (Esferas Estadual e Municipal - extraídos em 13 de junho de 2011) para gastos em ASPS. IBGE para população (revisão 2008) e PIB.

Notas: Dados de 2009 e 2010 sujeitos à revisão. O gasto *per capita* foi atualizado para valores de 2010, segundo IPCA médio anual.

Contudo, o aporte de recursos poderia ter sido ainda maior, caso a União e os Estados cumprissem a EC 29 de acordo com os critérios previstos na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Governo Federal e os governos estaduais têm utilizado diversos expedientes para aplicar menos do que o previsto na Emenda.¹³

¹³ A discussão dessa questão já foi feita a exaustão por vários autores (IPEA, 2007, 2009; RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005; SIOPS, 2010), entre outros. Apesar do Conselho Nacional de Saúde ter

Estudo apresentado à Câmara Técnica do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS, 2011) e documento do Ministério Público Federal (2009), seguindo a Resolução nº 322 do CNS, demonstraram que, em determinados anos, a União e parte dos Estados e municípios não teriam aplicado o mínimo exigido pela EC 29. No caso dos Estados, as análises de balanço feitas pela equipe do Siops têm indicado que, em média, a aplicação alcançou 9,6% da receita vinculada, quando deveria ser no mínimo de 12%.

A estimativa de déficit de aplicação dos Estados – quando os valores empenhados em ações e serviços públicos de saúde (SUS) não alcançam os 12% da receita desses entes da federação – atinge cerca de R\$ 6 bilhões no período 2004 a 2008, com base nos dados declarados ao Siops (antes da verificação baseada na análise dos balanços). Depois da análise, para ver se as aplicações estão de acordo com o estabelecido na Resolução 322 do CNS, o déficit sobe para R\$ 16 bilhões, no período.

Em 2008, último ano com análise de balanço completa, o déficit de aplicação dos Estados foi de aproximadamente R\$ 3,0 bilhões, de acordo com análise dos balanços dos Estados e do DF realizada pela equipe do Siops.

Com relação ao MS, no período 2000 a 2008, o déficit de aplicação estimado foi de R\$ 3,08 bilhões, quando do gasto total dos gastos do MS são retiradas somente as despesas com inativos e pensionistas e o pagamento de encargos da dívida, que não são, reconhecidamente, despesas com ações e serviços públicos de saúde.

O chamado déficit de aplicação representa o somatório da diferença entre valor mínimo a ser aplicado a cada ano, de acordo com os critérios da Emenda, e valor empenhado pelo MS, ou seja, sem compensação dos valores aplicados acima do piso em alguns anos. Se a compensação for feita, o déficit fica em R\$ 1,8 bilhão. Mas ainda não há consenso na Câmara Técnica do Siops, por exemplo, de como deve ser feita a compensação dos anos em que os valores aplicados ficaram abaixo do piso.

Além dessa “perda” para o SUS, ainda existem outros vazamentos. Todo ano parte dos valores empenhados é transferida para ser paga nos anos seguintes. São os chamados restos a pagar. Esses valores, que constaram como gasto realizado para fins de cumprimento da EC 29, podem, eventualmente, ser cancelados. Só o MS cancelou R\$ 2,6 bilhões dos restos a pagar do SUS de 2000 a 2008. Esse procedimento, lançamento de despesas como restos a pagar e posterior cancelamento de parte, também ocorre nas contas do SUS de Estados, DF e municípios, mas não há informação sobre os montantes de recursos envolvidos nesse procedimento.

publicado, como dito, a Resolução 322, tentando normatizar o que se entende por ASPS, ainda há controvérsias sobre diversas questões.

O lançamento de despesas como restos a pagar e seu posterior cancelamento por motivos justificados é um procedimento normal/legal da administração pública. A questão é em que proporção isso ocorre e se isso está sendo utilizado para cumprir a vinculação só no papel.

Ao se analisar a aplicação da União pela mesma análise de compatibilidade com o conceito de ações e serviços públicos de saúde que está na Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 3 de maio de 2003, também são encontradas despesas que não poderiam ser incluídas. Entre outros, deveriam ser retirados gastos com assistência médica a servidores – mais de R\$ 1,0 bilhão de 2000 a 2008 – (por que não são serviços de acesso universal), com a bolsa alimentação – R\$ 3,2 bilhões – (transferência monetária que foi executada na conta do MS em 2001 e 2003) e farmácia popular – R\$ 1,8 bilhão. Ou seja, mais de R\$ 6,0 bilhões.

Estas estimativas de “vazamentos” podem ser contestadas, mas a apresentação serve para estimular a discussão. Estas análises, que têm sido feitas com base na interpretação da legislação e dos instrumentos normativos existentes, foram apresentadas e discutidas na Câmara Técnica do Siops, mas não chegaram a ser publicadas.¹⁴ Resumindo, o importante é fazer uma regulamentação da EC 29 que evite entendimentos dúbios e que não permita a continuidade dos vazamentos já detectados.

O financiamento público da saúde é diretamente afetado por decisões políticas, macroeconômicas, pelo contexto de inserção internacional do país, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro. As variações do gasto público em saúde nos próximos anos dependem, num sentido mais estrito, da regulamentação da EC 29, de como se comportará a economia e de decisões políticas sobre o sistema público de saúde.

Considerando o processo de discussão acerca da regulamentação da EC 29 e outros elementos do contexto nacional e internacional, na próxima seção são apresentados alguns cenários para o financiamento público da saúde.

2.3 Cenários para o Financiamento Público da Saúde ¹⁵

No processo de regulamentação da EC 29 estão em discussão projetos com impactos distintos sobre o financiamento da saúde¹⁶. Há possibilidade, por meio de lei complementar, de se definir claramente o que são ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Em si, essa medida já teria impacto sobre o gasto público em saúde.

¹⁴ As análises foram feitas em documento da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops (CT/Siops). Minuta de Análise de Gastos da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no período 2000-2010, elaborado por subgrupo da CT/Siops, outubro de 2011, Brasília, mimeo.

¹⁵ Quando estes cenários foram elaborados, a regulamentação da EC 29 ainda não tinha sido aprovada. Tal regulamentação foi aprovada pela Lei Complementar 141, de janeiro de 2012. A partir dela, o cenário 2, aqui discutido, passa a fazer parte da realidade concreta decidida no Legislativo.

¹⁶ PLP 306-B de 2008; PLS 121 de 2007 e PLS 156 de 2007.

de, pois, como dito anteriormente, há unidades da Federação que ainda estariam incluindo como ASPS despesas com saneamento básico, recursos aplicados em benefícios a servidores públicos (clientela fechada), entre outros.

Em todos os projetos, que estão em discussão no Congresso, há previsão de correção dessa situação, impossibilitando a inclusão dessas e de outras ações no cômputo do valor mínimo a ser aplicado.

Outra possibilidade, que também está em discussão, é o aumento dos recursos federais para saúde, com ou sem mudança da regra de vinculação. Com este objetivo, duas propostas estão em jogo: uma delas vincula o mínimo a ser aplicado pela União a um percentual da receita corrente bruta (RCB) e outra o vincula a um percentual da receita corrente líquida (RCL). Havia, também, proposta de manutenção da regra de vinculação atual, baseada na variação nominal do PIB, e criação de contribuição, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), cujos recursos passariam a integrar, adicionalmente, os recursos federais aplicados em saúde.¹⁷

Com relação à proposta de vinculação do mínimo a ser aplicado pela União a um percentual da receita corrente, no caso da RCB, previa-se um aumento progressivo, começando em 8,5% até alcançar 10%, num período de quatro anos ou (ii) vinculação à RCL, com uma vinculação proposta de 18%.

Ainda sem considerar os movimentos do setor privado, mas considerando possibilidades de regulamentação da EC 29, trabalhou-se com os seguintes cenários para o gasto em ações e serviços públicos de saúde:

- a) pessimista e plausível: manutenção das condições atuais, com a não regulamentação da EC 29 – perspectiva de que o gasto federal continuará a ser corrigido pela variação do PIB,¹⁸ sem outros acréscimos de recursos e o gasto estadual e municipal pela evolução das receitas vinculadas,¹⁹ estas últimas crescendo de acordo com diferentes elasticidades em relação ao PIB;²⁰
- b) inercial e provável: regulamentação da EC 29 com definição do que deve ser considerado ASPS, mas sem mudança na regra de vinculação dos recursos federais e sem outros recursos adicionais;

¹⁷ A criação de nova contribuição social para a saúde foi vetada na passagem da proposta de regulamentação da EC 29 pela Câmara de Deputados.

¹⁸ A LDO 2012, no anexo 3.5, que trata dos cenários para os regimes previdenciários, traz projeções de variações do PIB real e de inflação até 2050. Neste texto, os cenários serão construídos considerando as informações até 2030.

¹⁹ As LDOs estaduais apresentam cenários para a receita total para o ano da Lei (no caso atual, 2012) e os dois anos subsequentes (2013 e 2014). Assim, não há nessas leis projeções até 2030. Contudo, nessas LDOs há informações sobre as variáveis que foram consideradas para o cálculo dessas projeções, sendo que as principais são: as variações esperadas para o PIB e a elasticidade-PIB da receita (quanto varia a receita a partir de uma variação de 1% do PIB).

²⁰ Estudos tributários têm apresentado estimativas para as elasticidades-PIB da receita tributária que variam de 1,0 a 2,3 a depender da metodologia e do período analisado (RODRIGUES, 1999; ABOP, 2006; ABOP, 2009; IPEA, 2009). Neste exercício foram utilizadas elasticidade unitária e elasticidade de 1,1.

- c) otimista, desejável e viável: regulamentação da EC 29 com mudança da regra de cálculo do mínimo a ser aplicado pela União.

2.3.1 Cenário Pessimista e Plausível: não há regulamentação da EC 29

Neste cenário não há regulamentação da EC 29, o volume dos recursos federais continua obedecendo à variação nominal do PIB, mas essa variação, ao invés de ser o piso, seria o teto²¹ para aplicação de recursos da União na saúde. As mudanças na participação do gasto em saúde de Estados e municípios dependem basicamente da elasticidade-PIB da receita destas esferas de governo.

Nesta simulação a variação do gasto federal com saúde dependerá do gasto no ano-base multiplicado pela variação nominal do PIB dos dois anos imediatamente anteriores e assim por diante. Utilizando as projeções da LDO 2012 para o PIB até 2030, obtêm-se os valores para o gasto federal com saúde no período 2012 a 2030. Nesse cenário, o gasto federal com ASPs cresceria de 1,82%, em 2012, para 1,98% do PIB em 2030 (ver Tabela A1 em anexo).

Os cenários para os gastos estadual e municipal com saúde dependem do comportamento esperado da receita vinculada. As parcelas mais importantes dessas receitas são os tributos arrecadados diretamente por cada nível de governo e a parcela de transferências obrigatórias. De forma bastante simplificada, considerou-se que ambas irão variar com o PIB. Foram feitos dois cálculos:

- a) considerando uma elasticidade unitária – a receita vinculada cresce na mesma proporção do crescimento nominal do PIB;
- b) considerando uma elasticidade – PIB da receita de 1,1 - um crescimento da receita 10% superior ao PIB a cada dez anos.²²

Adotou-se uma hipótese forte de que os Estados irão manter o percentual médio aplicado em saúde entre 2002 e 2008,²³ considerando o percentual que resulta da análise de balanços feita pela equipe do Siops. Isso implica que os Estados aplicariam, em média, 10% dos seus recursos em saúde. Para os municípios, adotou-se a hipótese de aplicação média de 15% da receita vinculada.²⁴ No cenário de elasticidade-unitária, como era de se esperar, a proporção dos gastos estadual

²¹ Na verdade a variação nominal, pela Emenda, deve ser o piso. Na construção do cenário foi, no entanto, considerado o teto.

²² Também foram feitas estimativas considerando uma elasticidade-PIB da receita de 1,5 a cada 10 anos. Nesse cenário, o gasto público total em saúde alcançaria 5,3% do PIB, com uma participação federal inferior a 38%. Esse cenário é pouco provável, visto que projetaria uma carga tributária bruta de mais de 70% para 2030.

²³ Adotou-se a média, porque há grande variação no valor mínimo aplicado ao longo desse período.

²⁴ Comparando com 2010, haveria uma redução dos gastos estaduais e municipais. Isso se deve ao fato de, em 2010, em média, ter-se estimado uma aplicação estadual de 13% dos recursos próprios e uma aplicação municipal de 21% dos recursos próprios, considerando os Estados e municípios que informaram o Siops até o momento e ainda sem considerar a análise de balanços dos Estados. Contudo, optou-se por construir o cenário inercial pela média da aplicação do período 2002 a 2008, considerando o efetivamente aplicado para Estados e considerando que pode

e municipal com saúde como proporção do PIB mantém-se constante em 0,74% e 0,75% do PIB, respectivamente. (Tabelas A2 e A3 - anexo).

Neste cenário considerado pessimista e plausível, foi utilizada uma relação unitária entre receita e PIB. Nele o gasto público total em saúde, como proporção do PIB, cresce devido ao aumento do gasto federal em saúde. Isso implica um aumento de participação do gasto federal em saúde sobre o gasto público total em saúde. O gasto total aumentaria 0,16 pontos percentuais ao passar de 3,31% do PIB em 2012 para 3,47% em 2030 (Tabela 3).

Em um cenário em que as receitas vinculadas de Estados e municípios aumentassem 10% acima da variação do PIB a cada dez anos, além do aumento do gasto federal com saúde, também haveria um aumento do gasto de Estados e municípios. Nesse caso, o gasto público em saúde passaria de 3,34% do PIB em 2012 para 3,78% do PIB em 2030, com variação de 0,44% do PIB.

Tabela 3 – Cenários para Gasto Público em Ações e Serviços Públicos de Saúde como Proporção do PIB (%)

Período/ Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total	Participação Gasto Federal sobre Total
2012	1,82	0,74	0,75	3,31	55,08
2013	1,81	0,74	0,75	3,30	54,90
2014	1,79	0,74	0,75	3,28	54,67
2015	1,80	0,74	0,75	3,29	54,79
2016	1,88	0,74	0,75	3,37	55,87
2017	1,95	0,74	0,75	3,44	56,74
2018	1,95	0,74	0,75	3,44	56,77
2019	1,95	0,74	0,75	3,44	56,79
2020	1,96	0,74	0,75	3,44	56,81
2021	1,96	0,74	0,75	3,44	56,82
2022	1,96	0,74	0,75	3,44	56,83
2023	1,96	0,74	0,75	3,45	56,88
2024	1,97	0,74	0,75	3,45	56,93
2025	1,97	0,74	0,75	3,45	56,97
2026	1,97	0,74	0,75	3,46	57,00
2027	1,97	0,74	0,75	3,46	57,03
2028	1,98	0,74	0,75	3,46	57,07
2029	1,97	0,74	0,75	3,47	57,12
2030	1,98	0,74	0,75	3,47	57,16

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados das Tabelas A1 a A3 (Anexo).

haver dificuldades para os municípios, em média, manterem uma aplicação em ASPS superior ao mínimo constitucional. Como não há análise de balanço dos municípios, não é possível saber o grau de correção das informações prestadas. Seria importante fazer análises de sustentabilidade dos financiamentos municipais considerando o efetivamente aplicado por eles.

2.3.2 Cenário Inercial e Provável: Regulamentação da EC 29 sem Aumento da Participação de Recursos Federais

Um cenário possível é a regulamentação da EC 29, com clara definição do que são ações e serviços públicos de saúde, mas sem alteração na regra de vinculação ou recursos novos na área federal. Nesta hipótese seria esperado um aumento da aplicação dos Estados que hoje estariam aplicando menos de 12% de suas receitas vinculadas em saúde. Com isso, haveria um aumento de cerca de R\$ 3 bilhões na aplicação dos Estados.

Em um cenário de elasticidade-PIB da receita vinculada igual à unidade, os gastos públicos com saúde, de 3,47% em 2012, alcançariam 3,78% do PIB em 2030. Com elasticidade PIB da receita de 1,1 (crescimento de 10% acima da variação do PIB a cada dez anos), os gastos públicos com saúde são estimados em 3,96% do PIB em 2030.

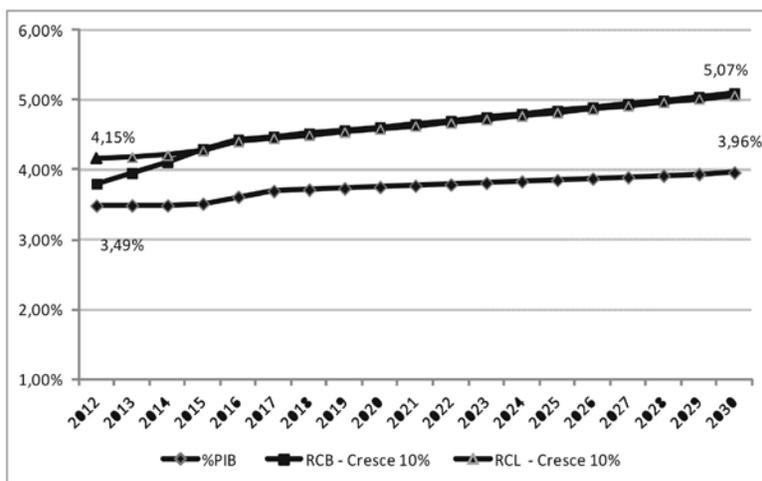
2.3.3 Cenário Otimista: Mudança na Regra de Vinculação dos Recursos Federais

Em um cenário em que a regra de vinculação dos recursos da União para a saúde passasse a ser um percentual da receita corrente (bruta ou líquida), deve-se considerar as expectativas sobre a variação dessa receita. Para esse cenário, foram adotados para a receita da União os mesmos critérios estipulados para as variações das receitas de Estados e municípios: (i) receita corrente com elasticidade unitária em relação ao PIB e (ii) um aumento de 10% da receita a cada dez anos em relação ao PIB.

Com relação aos cenários para o gasto público total em saúde, considerando as hipóteses acima, observa-se que o patamar da RCB, com elasticidade unitária, implicaria um crescimento de 0,60% no gasto total entre 2012 e 2030 (3,62% para 4,37%). Variações mais significativas nas expectativas para o gasto público dependeriam do comportamento da RCB ou da RCL e das receitas estaduais e municipais com relação ao PIB, ou seja, se adotada a elasticidade de 1,1 na relação receita/PIB.

Nesta hipótese, o gasto público total com saúde, como pode ser visto no Gráfico 1, é estimado em 5,10% do PIB para 2030, considerando o crescimento de 10% da RCB a cada dez anos ou 5,07% do PIB, considerando o mesmo ritmo de crescimento para a RCL e para as receitas estaduais e municipais.

Gráfico 1 - Comparação dos Cenários para variação do gasto total, considerando o gasto federal vinculado à variação nominal do PIB⁽¹⁾, à Receita Corrente Bruta (RCB)⁽²⁾ e à receita corrente líquida (RCL) – 2012 a 2030⁽³⁾



Fonte: Elaboração própria a partir de SOF. LDO 2012 (PIB). Receita Federal do Brasil/MF. Arrecadação (RCB e RCL 2010).

Notas: (1) Gasto federal vinculado à variação do PIB, mas com regulamentação do conceito de ASPS e com elasticidade receita/PIB de 1,1 para receitas de estados e municípios. (2) Considerando uma vinculação com base na RCB de 8,5% até alcançar 10% e 18% da RCL desde 2012. Elasticidade receita/PIB de 1,1. (3) Elasticidade receita/PIB de 1,1.

Em valores *per capita*, o cenário mais pessimista (sem regulamentação e elasticidade unitária para receitas) apresenta um crescimento no gasto do SUS de R\$ 750,16 em 2012 para R\$ 973,21 em 2030 (crescimento real de 30%). No cenário mais otimista (regulamentação com vinculação do gasto federal à RCB e todas as receitas crescendo com elasticidade receita/PIB de 1,1) o *per capita* crescerá de R\$ 861,60 em 2012 para R\$ 1.429,32 em 2030, com um aumento real de quase 66%. Mesmo assim, esse valor seria um pouco inferior à receita *per capita* do segmento de planos e seguros privados de saúde, que em 2010 foi de R\$ 1.594,00. Os valores *per capita* no diferentes cenários são apresentados na Tabela 4.

Todos esses cenários merecem algumas considerações e ressalvas. Conforme destacado anteriormente, as projeções de crescimento econômico foram feitas pela Secretaria de Políticas Econômicas do Ministério da Fazenda e estão apresentadas no Anexo 3.5 da LDO. Essas projeções, no entanto, poderiam, na época, ser consideradas conservadoras, pois trazem projeções menores para o PIB do que aquelas que foram feitas, na mesma ocasião, por empresas como a Pricewaterhouse e Coopers (PwC), que projetavam uma variação real do PIB menor nos primeiros cinco anos (2011 a 2015), mas apresentam um resultado mais favorável para a economia brasileira no longo prazo (Gráfico 2).

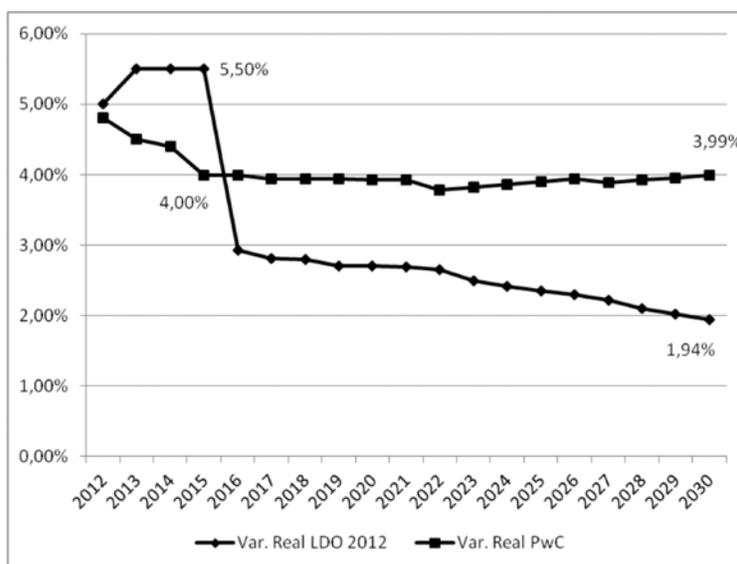
Tabela 4 – Estimativas do Gasto público com saúde *per capita* real (2012=100), segundo diferentes cenários – Brasil, 2012, 2017, 2022 e 2030

Período/ Ano	Sem regulamentação e elasticidade unitária	Sem regulamentação e crescimento receita vinculada 10% a cada 10 anos	Com regulamentação e manutenção do vínculo ao PIB, receita vinculada com elasticidade	Com regulamentação e manutenção do vínculo ao PIB, receita vinculada 10% a cada 10 anos	Com regulamentação, vinculação a RCB e todas as receitas com elasticidade unitária	Com regulamentação, vinculação a RCB e todas as receitas com crescimento de 10% a cada 10 anos (em relação ao PIB)
2012	750,16	756,66	7863,81	790,68	820,64	861,60
2017	907,17	934,32	959,75	975,88	1.119,48	1.182,26
2022	939,53	988,80	1.004,57	1.033,86	1.168,65	1.282,73
2030	973,21	1.061,00	1.058,81	1.110,99	1.225,02	1.429,32

Fonte: Oliveira (2011). Projeção populacional. MPOG. SOF. LDO.

Nota: Gasto *per capita* corrigido pelo INPC acumulado.

Gráfico 2 - Projeções da Variação Real do PIB de 2011 a 2030



Fonte: SOF. PLDO 2012. PricewaterHouse Coopers (PWC).

Além dessas ressalvas, cabe observar que se adotou um critério único para expansão das receitas de União, Estados e municípios e ao longo de todo o período. Contudo, Estudos sobre tributação têm mostrado grandes diferenças nas variações das cargas tributárias ao longo do tempo e entre níveis de governo.²⁵ Na série de 1990 a 2008, a carga tributária federal aumentou 3 p.p. do PIB. Entretanto,

esse aumento parece não ser linear. Há momentos de ampliação seguidos de momentos de redução da carga.

Nesse mesmo período, se forem considerados os dois extremos da série, a carga tributária dos Estados teria aumentado somente 0,6 p.p. do PIB. Porém, essa série também apresenta vales e picos. A carga tributária municipal teria aumentado 1% do PIB, valendo a mesma ressalva sobre as flutuações na série.

Uma análise de uma série mais longa mostra que a carga tributária não tem crescido continuamente. Oliveira (2010) faz uma análise histórica da estrutura tributária brasileira de 1889 a 2009. Ele mostra que, no período entre 1966 a 1970, a carga tributária estimada era de 23,9% do PIB. No período entre 1971 a 1975, aumentou para 25,3% do PIB, tendo ficado próximo desse percentual até 1986, quando alcançou 26,5%.

No ano de promulgação da Constituição Federal de 1988, a carga era de 23,4% do PIB. Ela cresce a partir de 1991, mas, com alguns saltos no período, que aconteceram em 1994 (crescimento de 2,6% em relação ao ano anterior); 1999 (crescimento de 1,7% em relação ao ano anterior) e em 2005 (crescimento de 1% em relação ao ano anterior).

Esse autor analisa, também, as mudanças institucionais e macroeconômicas que levaram a esses aumentos de carga tributária, mostrando que, entre 1994 a 2009, o primeiro período está mais relacionado ao aumento das receitas por meio de mudanças institucionais, ao passo que os períodos mais recentes têm sido impactados por mudanças macroeconômicas.

Em anos recentes, a máquina arrecadadora modernizou-se, em todos os níveis de governo, e capacitou-se a desempenhar, com eficiência, sua função de cobrar impostos. Para que os caminhos da máquina arrecadadora e da estrutura do sistema tributário convirjam e os impostos possam ser recuperados como instrumentos efetivos de política econômica e social do Estado, resta vencer resistências e realizar uma verdadeira e abrangente reforma do sistema tributário, resgatando importantes princípios que devem cimentar suas estruturas, como os da equidade e do equilíbrio macroeconômico e federativo (OLIVEIRA, 2010).

Parece ainda haver espaço para melhorar a estrutura de arrecadação, especialmente em Estados e municípios. Resumindo, as expectativas sobre o gasto público em saúde dependem da regulamentação da EC/29, mas, também, fortemente, dos cenários para a economia brasileira.

As possibilidades de ampliar o gasto público em saúde, para além da regulamentação da EC 29, dependem de expectativas sobre uma reforma tributária e sobre o comportamento de variáveis macroeconômicas. Dependem, também, das pressões sobre o orçamento público provenientes de outros setores.

²⁵ Agradecemos a José Aparecido Ribeiro, coordenador do Gasto Social Federal, por ter chamado nossa atenção para essas mudanças na carga tributária.

2.4 Elementos para Construção de Cenários para o Gasto Total em Saúde

Conforme analisado anteriormente, o sistema de saúde brasileiro é financiado por fontes públicas e privadas. Atualmente, mais da metade do gasto em saúde provém de recursos alocados pelas empresas e pelas famílias. Além disso, parte do consumo final de bens e serviços de saúde pelas famílias tem seu preço subsidiado pelo governo e parcela do gasto pode ser restituída por meio dos impostos de renda de pessoa física e jurídica e há ainda outras possibilidades de isenções tributárias e subsídios públicos. Assim, além de alocação de recursos privados, o consumo de bens e serviços pelo mercado conta com subsídios diretos e indiretos do setor público.²⁶

A construção de cenários relacionados à composição do financiamento e do gasto total (público e privado) e seu volume dependem de expectativas quanto à atuação do governo, dos partidos políticos, da sociedade civil organizada e de outros segmentos sociais em defesa de posições mais ou menos favoráveis à estruturação de um sistema de saúde baseado majoritariamente em financiamento público ou em defesa do crescimento da oferta de serviços mediada pelo segmento de planos e seguros de saúde. Dependem, também, da gestão e organização do sistema público de forma que a sociedade perceba que pode utilizar e contar os serviços públicos de qualidade, reduzindo o recurso aos serviços intermediados por planos e seguros de saúde.

Além da organização social e política brasileira, a estruturação de um sistema público universal depende das expectativas e possibilidades na repartição público-privada no financiamento do sistema e oferta de serviços de saúde, bem como da capacidade e interesse dos agentes do Estado para regular essa relação visando à priorização do sistema público.

2.4.1 Cenário Pessimista e Plausível

Nesse cenário são mantidas, ou até mesmo mais favorecidas, as regras atuais de subsídio para o consumo privado de bens e serviços de saúde e amplia-se o número de operadoras de planos de saúde com rede de serviços pouco estruturada e são alcançados novos segmentos populacionais mediante a flexibilização de coberturas assistenciais.

Não há perspectivas de regulamentação da EC 29. Com isso, amplia-se ainda mais a participação privada no financiamento e na oferta de serviços de saúde e é reforçada a perspectiva de um sistema público de atenção à saúde direcionado para os segmentos mais pobres, mas com serviços de baixa qualidade e de escassa incorporação tecnológica.

Os serviços mais caros e de maior complexidade são utilizados pelos segmentos de maior renda e cada vez mais como forma de subsídio ao funcionamento dos

²⁶ A esse respeito, ver Ipea (2011b).

planos e seguros de saúde. O resultado final é ampliação das dificuldades de acesso da população à assistência médica, com privilégios cada vez mais expressivos para determinados segmentos da população.

2.4.2 Cenário Inercial e Provável

Os subsídios diretos e indiretos do governo ao setor privado são mantidos nos níveis atuais ou crescem discretamente. Não são resolvidos os problemas decorrentes das situações de imbricamento entre o financiamento público e privado da saúde. O gasto total cresce e é mantida a relação percentual entre participação pública e privada no financiamento total. Nesse cenário, regulamenta-se a EC 29 sem mudança na regra de vinculação da União, mas com clara definição do que são ações e serviços públicos de saúde.

Assim, os recursos públicos para o SUS, apesar de apresentarem crescimento não tão discreto, continuam não sendo suficientes para melhorar substantivamente a qualidade dos serviços prestados pelo sistema público.

2.4.3 Cenário Otimista e Desejável

Nesse cenário, os subsídios diretos e indiretos do governo ao setor privado são gradativamente reduzidos e amplia-se o financiamento público para a saúde, pela regulamentação da EC 29 com mudança da regra de vinculação dos recursos da União e porque novas fontes de recursos são destinadas para a saúde por meio de revisão dos mecanismos tributários e ampliação da eficiência e equidade do sistema tributário nacional (União, estados e municípios), repartição dos *royalties* do petróleo e dos fundos do pré-sal visando à consolidação nacional de um sistema público de prestação de serviços, com clara e inequívoca priorização do SUS no financiamento público.

Para isso, seriam adotadas medidas reguladoras e de financiamento que, ao mesmo tempo que fosse reduzindo os subsídios diretos e indiretos para o setor privado, fosse tornando o SUS, em todos os seus níveis, mais atrativo para a classe média e os segmentos da população que se encontram no último quartil da distribuição pessoal da renda.

3 Considerações Finais

Os cenários apresentados representam uma primeira aproximação de diferentes perspectivas para o financiamento e gasto do sistema de saúde no Brasil. Não são projeções do futuro nem tem a pretensão de apresentar valores esperados para o volume dos recursos públicos e possibilidades para o gasto total. O objetivo principal é apresentar para debate esses cenários que, considerando a situação atual e algumas possibilidades futuras, trazem possíveis implicações para o finan-

ciamento da saúde. Para estimular a discussão sobre cenários futuros é necessário aprofundar o debate e desenvolver estudos sobre alguns temas como, por exemplo, os listados a seguir:

- a) ter claro qual o modelo de sistema de saúde que se quer para o Brasil;
- b) fazer estudos sobre as tendências de investimento do setor privado, com claro conhecimento das inter-relações entre as diversas empresas que compõem esse segmento;
- c) analisar as possibilidades e fontes de financiamento para o setor público;
- d) realizar estudos que possibilitem se ter uma base mais clara sobre as necessidades de financiamento para o setor público, considerando a necessidades de investimento, recursos humanos e custeio para a estruturação de um modelo de sistema de saúde para o país;
- e) analisar e proposta de medidas possíveis, viáveis e desejáveis de regulação da relação público-privada.

Além disso, será necessário:

- a) melhorar nossos sistemas de informação para se ter um conhecimento mais adequado do gasto funcional com saúde realizado por estados e municípios;
- b) ter informações disponíveis e ampliar nossa capacidade analítica sobre os diversos mecanismos de financiamento do setor público direcionados ao setor privado;
- c) debater com pessoas que estejam acompanhando e analisando a atuação do Congresso na regulação do sistema brasileiro de saúde;
- d) analisar os cenários internacionais e as perspectivas que se colocam para manutenção e estruturação de sistemas públicos universais.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS (ABOP). *Análise de alguns dados financeiros agregados dos orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimento da União de 2009*. Informe n. 75, março de 2009.

_____. *Análise de alguns dados financeiros agregados dos orçamentos fiscal, da seguridade social e de investimento da união de 2006*. Informe n. 69, março de 2006.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *ANS Informação 2009*, ano 4, 2009.

_____. *Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS*, n. 1, v. 5, jul 2009.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. *Políticas de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n. 401).

BIASOTO JÚNIOR, G. *Setor Saúde: Constituição do SUS, Financiamento Federal, Transferências e Questões Federativas*. Campinas: IE/UNICAMP, 2003. (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS)*. Minuta de Análise dos Gastos da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no período 2000 a 2010. Documento elaborado por subgrupo da Câmara Técnica do SIOPS, Brasília, out 2011, mimeo.

_____. *Nota técnica 10/2010*. 2010. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Fazenda. *Secretaria da Receita Federal. Imposto de Renda Pessoa Física: Manual de preenchimento da declaração de ajuste anual modelo completo – ano-calendário 2008*. Brasília, 2009.

CASTRO, J. A. et al. *Gasto Social e Política Macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995 – 2005*. Brasília: IPEA, 2008. (Texto para Discussão, n. 1324).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *O Financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. (Para entender a gestão do SUS, n. 2).

FERNANDES, M. A. et al. *Gasto Social das Três Esferas de Governo: 1995*. Brasília: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, n. 598).

HSIAO, W. Why Is A Systemic View Of Health Financing Necessary? *Health Affairs*, v. 25, n. 4, p. 950-961, Jul./Aug. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade – 1980-2050 – Revisão 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009a. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 23).

_____. *Contas Nacionais nº 29 – Conta Satélite de Saúde – Brasil 2005 – 2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009b.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, n. 13, Edição Especial, 2007.

_____. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise: Vinte Anos da Constituição Federal*, v. 1, n. 17, 2009.

_____. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*, n. 19, 2011.

_____. O que explica a recente queda da receita tributária federal? *Nota Técnica* n. 14, ago 2009.

_____. Gastos Tributários do Governo Federal: um debate necessário. *Comunicado do Ipea*, n. 117, 2011b.

KUTZIN, J. et al. Lessons from health financing reform in central and eastern Europa and former Soviet Union. *Health Economics, Policy and Law*, Cambridge, v. 5, Apr. 2010.

MARQUES, R. M. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago de Chile: CEPAL, 1999. (Serie financiamiento del desarrollo, n. 82).

MENDES, A.; MARQUES, R. A Saúde Pública sob a Batuta da Nova Ordem. In: MARQUES, R.; FERREIRA, M. (Org.). *O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula*. São Paulo: Saraiva, 2009.

OLIVEIRA, F. A. A evolução da estrutura tributária e do fisco brasileiro: 1889-2009. In: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H. M.; RIBEIRO, J. A. C. (Org.). *Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do IPEA no biênio 2008-2009*. Brasília: IPEA, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Genebra, 2008.

_____. *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Health in the Americas, 2007 – v.1 – Regional*.

PIOLA, S. F. et al. *Estado de uma Nação*. Textos de Apoio: Saúde no Brasil: Algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA, 2008. (Texto para Discussão, n. 1391).

PIOLA, S.F.; BIASOTO JÚNIOR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B; GIOVANNI, G. (Org.). *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: Unicamp/ Instituto de Economia, 2001.

PRADHAN, M.; PRESCOTT, N. Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia. *Health Economics*, Chichester, v. 11, n. 5, p. 431-46, 2002.

RODRIGUEZ, J. *Elasticidade-PIB de longo prazo da receita tributária no Brasil: abordagem do índice de Divisia evidências empíricas no período 1975-1997*. 1999. Dissertação (mestrado) – Departamento de Economia, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. S. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. In: JORNADA DE ECONOMIA DA SAÚDE DA ABRES, 2., Belo Horizonte, 2005. *Anais...* Rio de Janeiro: CEBES, 2005.

SANTOS, N. R. *Política Pública de Saúde: Qual o Rumor?* Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

SCHIEBER, G. J. et al. Financing global health: Mission unaccomplished. *Health Affairs*, v. 25, n. 4, p. 921-934, 2007.

SERVO, L. M. S. et al. *Financiamento da Saúde no Brasil*. Texto Elaborado para compor a publicação Brasil em Desenvolvimento. Brasília: IPEA, 2011.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o Sistema Único de Saúde e a partilha dos recursos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993–98. *Health Economics*, Chichester, v. 12, n. 11, p. 921-934, 2003.

WAGSTAFF, A. et al. Equity in the finance of health care: further international comparisons. *Journal of Health Economics*, Amsterdam, v. 18, n. 4, p. 361-387, Dec.1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2010*. Genève, 2010.

XU, K. *Distribution of health payments and catastrophic expenditures: methodology*. Genève: WHO, 2005. (Discussion paper, n. 2, EIP/HSF).

Anexos

Tabela A.1. Cenários para Gasto Federal, sem regulamentação

Período/Ano	PIB (Var.Nominal) (%)	Gasto Federal Saúde (R\$)	PIB estimado (R\$)	Gasto Federal Saúde/ PIB (R\$)
2012	1,10	81.204.121.503,22	4.455.029.785.740,19	1,82
2013	1,11	89.279.424.764,05	4.935.059.245.154,69	1,81
2014	1,11	98.439.940.141,97	5.491.282.370.086,10	1,79
2015	1,10	109.046.843.692,26	6.052.842.870.381,58	1,80
2016	1,07	121.337.349.874,55	6.448.247.857.310,63	1,88
2017	1,06	133.745.792.622,12	6.861.474.148.874,53	1,95
2018	1,06	142.482.803.398,06	7.300.471.264.918,46	1,95
2019	1,06	151.613.600.129,62	7.760.755.027.465,67	1,95
2020	1,06	161.313.838.265,91	8.249.255.752.668,43	1,96
2021	1,06	171.484.433.797,82	8.767.651.358.050,43	1,96
2022	1,06	182.278.521.483,22	9.314.993.913.204,39	1,96
2023	1,06	193.733.177.191,01	9.881.080.065.801,69	1,96
2024	1,06	205.827.455.110,10	10.474.409.280.512,80	1,97
2025	1,06	218.335.898.298,33	11.095.777.425.055,30	1,97
2026	1,06	231.446.313.983,45	11.748.264.616.535,30	1,97
2027	1,06	245.176.287.944,73	12.429.393.754.208,20	1,97
2028	1,06	259.593.879.557,32	13.134.575.408.853,20	1,98
2029	1,06	274.644.353.912,41	13.868.890.116.236,00	1,98
2030	1,06	290.226.301.331,63	14.632.774.714.948,10	1,98

Tabela A.2. Cenários para Gasto Estadual, sem regulamentação e considerando elasticidade unitária

Período/Ano	PIB (Var.Nominal) (%)	Receita Vinculada (R\$)	Recursos Saúde (%)	Gasto Municipal com saúde (R\$)	PIB (R\$)	Gasto Estadual Saúde/PIB (%)
2010	1,14	270.555.531.578	10,00	27.055.553.158	3.675.000.000,000	0,74
2011	1,10	297.460.791.138	10,00	29.746.079.114	4.040.458.537.500	0,74
2012	1,10	327.981.755.613	10,00	32.798.175.561	4.455.029.785.740	0,74
2013	1,11	363.321.789.780	10,00	36.332.178.978	4.935.059.245.154	0,74
2014	1,11	404.271.243.723	10,00	40.427.124.372	5.491.282.370.086	0,74
2015	1,10	445.613.638.192	10,00	44.561.363.819	6.052.842.870.381	0,74
2016	1,07	474.723.571.913	10,00	47.472.357.191	6.448.247.857.310	0,74
2017	1,06	505.145.519.934	10,00	50.514.551.993	6.861.474.148.874	0,74
2018	1,06	537.464.730.299	10,00	53.746.473.030	7.300.471.264.918	0,74
2019	1,06	571.351.075.348	10,00	57.135.107.535	7.760.755.027.465	0,74
2020	1,06	607.314.768.785	10,00	60.731.476.879	8.249.255.752.668	0,74
2021	1,06	645.479.339.828	10,00	64.547.933.983	8.767.651.358.050	0,74
2022	1,06	685.775.001.315	10,00	68.577.500.132	9.314.993.913.204	0,74
2023	1,06	727.450.576.807	10,00	72.745.057.681	9.881.080.065.801	0,74
2024	1,06	771.131.801.593	10,00	77.113.180.159	10.474.409.280.512	0,74
2025	1,06	816.877.267.893	10,00	81.687.726.789	11.095.777.425.055	0,74
2026	1,06	864.913.735.631	10,00	86.491.373.563	11.748.264.616.535	0,74
2027	1,06	915.058.839.282	10,00	91.505.883.928	12.429.393.754.208	0,74
2028	1,06	966.974.702.529	10,00	96.697.470.253	13.134.575.408.853	0,74
2029	1,06	1.021.035.357.223	10,00	102.103.535.722	13.868.890.116.236	0,74
2030	1,06	1.077.272.963.664	10,00	107.227.296.366	14.632.774.714.948	0,74

Fonte: SOF, PLDO 2012 (PIB), MS, Siops (Receita Vinculada e Gasto Estadual).

Tabela A3. Cenários para Gasto Municipal, sem regulamentação e considerando elasticidade unitária

Período/Ano	PIB (Var:Nominal) (%)	Receita Vinculada (R\$)	Recursos Saúde (%)	Gasto Municipal com saúde (R\$)	PIB (R\$)	Gasto Estadual Saúde/PIB (%)
2010	1,14	183.806.699,564	18,00	39.717.158,948	3.675.000.000,000	1,08
2011	1,10	202.052.264,899	15,00	30.312.789,735	4.404.458.357,500	0,75
2012	1,10	222.020.223,504	15,00	33.423.033,526	4.455.029.785,740	0,75
2013	1,11	248.829.102,586	15,00	37.024.365,388	4.935.059.245,154	0,75
2014	1,11	274.643.240,405	15,00	41.197.326,074	5.491.282.370,086	0,75
2015	1,10	302.735.529,520	15,00	45.410.329,428	6.052.242.870,381	0,75
2016	1,07	322.511.279,353	16,00	48.376.781,903	6.448.247.857,310	0,75
2017	1,06	343.179.569,374	15,00	51.476.935,406	6.861.474.143,874	0,75
2018	1,06	365.136.198,222	15,00	54.770.429,733	7.300.471.264,918	0,75
2019	1,06	388.157.487,816	15,00	58.223.623,172	7.760.755.027,465	0,75
2020	1,06	412.590.060,887	15,00	61.888.509,133	8.249.256.752,668	0,75
2021	1,06	438.517.839,198	15,00	65.777.675,880	8.767.651.358,050	0,75
2022	1,06	465.893.411,604	15,00	69.884.011,741	9.314.993.913,204	0,75
2023	1,06	494.206.453,068	15,00	74.130.967,960	9.881.080.065,201	0,75
2024	1,06	523.882.057,955	15,00	78.582.310,193	10.474.409.280,512	0,75
2025	1,06	554.980.061,931	15,00	83.244.009,290	11.095.777.425,055	0,75
2026	1,06	587.594.488,373	15,00	88.139.173,256	11.748.264.616,535	0,75
2027	1,06	621.661.464,025	15,00	93.249.218,104	12.429.393.754,208	0,75
2028	1,06	656.931.416,620	15,00	98.539.712,493	13.134.575.408,208	0,75
2029	1,06	693.658.481,329	15,00	104.048.772,199	13.868.890.116,236	0,75
2030	1,06	731.864.496,822	15,00	109.779.674,523	14.632.774.714,948	0,75

Fonte: SOF. PLDO 2012 (PIB). MS. Siops (Receita Vinculada e Gasto Estadual).

Recebido em: 11/01/2012.

Aceito em: 24/04/2012.