



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Brasil

Sulpino Vieira, Fabiola

Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único
de Saúde

Saúde em Debate, vol. 40, núm. 109, abril-junio, 2016, pp. 187-199

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406346422016>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde

Impact of recent decisions and discussions on the Brazilian Public Health System financing

Fabiola Sulpino Vieira¹

RESUMO Este artigo tem por objetivo discutir as implicações de decisões e discussões para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito dos Poderes Executivo e Legislativo. Apresentam-se dados sobre os gastos com ações e serviços públicos de saúde no País, comparando-os aos de países com sistema universal de saúde, bem como sobre renúncias fiscais, inclusive de receitas da seguridade social, as quais favorecem o setor privado de assistência à saúde. Abordam-se os temas recentes tratados pelo Congresso Nacional considerados riscos à consolidação do SUS e à efetivação do direito à saúde no País.

PALAVRAS-CHAVE Seguridade social; Direito à saúde; Política social; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This article aims to analyze the impact of decisions and discussions on the Brazilian Public Health System financing. Brazil's public health spending data are presented and compared to countries providing universal health care, as well as are tax expenditures data, which easy to create an incentive in favor of the private health sector. Recent topics discussed by the National Congress are approached due to risking the Brazilian Public Health System and the consolidation of the right to health in the Country.*

KEYWORDS Welfare state; Right to health; Public policy; Unified Health System.

¹ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
- Brasília (DF), Brasil.
fabiolasulpino@uol.com.br

Introdução

O estado do bem-estar social europeu, fundamentado nos pilares da solidariedade e da coesão social, fortaleceu-se após a Segunda Guerra Mundial com o objetivo de assegurar alto grau de proteção social aos cidadãos, organizando-se em modelos diferentes em cada país. Bastante questionado nos anos 1970 e 80, passou por reformas nos anos 1990, estando, mais uma vez, sob discussão quanto à sua capacidade de responder aos novos riscos e às novas realidades sociais, bem como em relação à sua sustentabilidade financeira.

No atual contexto de economias globalizadas, novos riscos se apresentam como desafios relevantes (CHIODI, 2015), tais como: as entradas e saídas do mercado de trabalho; a precarização do trabalho dos jovens; a obsolescência ou a falta das competências para o desempenho laboral, assim como as novas realidades sociais como, por exemplo, o envelhecimento da população (com aumento das demandas por serviços de cuidado); a demanda por serviços de qualidade; as mudanças no padrão da família; a incorporação das mulheres no mercado de trabalho; o desemprego estrutural e falta de proteção social para grupos específicos, com pouca história contributiva no mercado de trabalho (jovens, imigrantes e mulheres).

Na Europa, apesar do questionamento neoliberal sobre a ineficiência do gasto social nos anos 2000, reafirma-se o entendimento de que as políticas sociais estão a serviço do crescimento econômico, sendo, assim, instrumentos de integração e de promoção da capacidade dos indivíduos de enfrentar os riscos dos mercados de trabalho inseguros e fator de competitividade das empresas, porque qualificam e atualizam os trabalhadores (CHIODI, 2015).

Segundo Kerstenetzky (2012), os novos tempos na Europa provocaram mudanças qualitativas nas políticas sociais, havendo cortes em programas, sobretudo

na segurança social, com expansão de outros programas, especialmente em serviços. Contudo, o estado do bem-estar social resiste, porque, no processo democrático, os trabalhadores e a classe média não aceitam a diminuição dos serviços sociais e porque, do ponto de vista econômico, há maior produtividade do trabalho em ambientes menos desiguais e mais solidários.

No Brasil, o estado do bem-estar social, de formação tardia em relação aos países europeus, constituiu-se em direção ao universalismo pós-Constituição de 1988. Mas não sem muitos questionamentos. No âmbito da saúde, houve avanços na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), embora ainda haja espaço para importantes melhorias na ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Além disso, a atual crise econômica impõe restrições aos orçamentos públicos, colocando em evidência o debate sobre o ajuste fiscal e os gastos sociais no País. Nesse contexto, este artigo tem por objetivo discutir as implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do SUS sob a perspectiva de garantia do direito à saúde definido na Constituição de 1988.

Financiamento do SUS: insuficiência crônica

Na discussão sobre o financiamento do SUS, é importante resgatar questões relativas ao financiamento da segurança social, a qual, no Brasil, é constituída pelas áreas de assistência social, previdência social e saúde. A Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu fontes para seu financiamento, cujos recursos compõem um fundo com orçamento específico – Orçamento da Seguridade Social –, dos quais 30%, excluído o seguro-desemprego, deveriam ser destinados ao setor saúde até que a lei de diretrizes orçamentárias fosse aprovada.

Na prática, a alocação desse montante de recursos à saúde nunca ocorreu. Por

essa razão, o SUS vivenciou crises graves para o seu financiamento nos anos 1990, década crucial para organização das ações e serviços de saúde frente à crescente procura por atendimento, fazendo com que o Ministério da Saúde lançasse mão de empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para efetuar o pagamento de serviços prestados por estabelecimentos públicos e privados de saúde. Essa situação serviu de justificativa para a elaboração de vários projetos de Emenda à Constituição (EC) com o objetivo de definir regra de aplicação de recursos da União em saúde, o que culminou com a aprovação da EC nº 29/2000, com definição de regras de aplicação de recursos também por estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2013A), e contribuiu para que o Ministério da Saúde desenvolvesse um sistema que possibilitasse o acompanhamento da aplicação desses recursos pelos entes subnacionais, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) (BRASIL, 2013B).

Em estudo que teve por objetivo discutir os resultados da estratégia de vinculação de recursos para a saúde sobre o financiamento do SUS no período de 1995 a 2010, Servo *et al.* (2011) destacam o importante papel da EC nº 29/2000 na garantia de maior estabilidade e crescimento do seu orçamento nas três esferas de governo, especialmente pelo aumento da participação de estados e municípios. Enfatizam que o aporte de recursos para o SUS teria sido maior se os governos estaduais e a União tivessem cumprido todas as determinações de tal Emenda Constitucional.

A questão é que, resolvida a fórmula para calcular os recursos mínimos a serem aplicados em Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS), o problema passou a ser a própria definição de ASPS, uma vez que muitos entes federados acabavam por computar as despesas com inativos, com obras de infraestrutura próximas aos estabelecimentos de saúde e com saneamento, por exemplo,

como despesas em ASPS e, portanto, incluídas para aferição do cumprimento da alocação mínima de recursos. Tal situação motivou uma série de debates nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como a edição da Portaria GM/MS nº 2.047, de 5/11/2002, pelo Ministério da Saúde e da Resolução do CNS nº 322, de 8/5/2003, estabelecendo diretrizes para a aplicação da EC nº 29/2000.

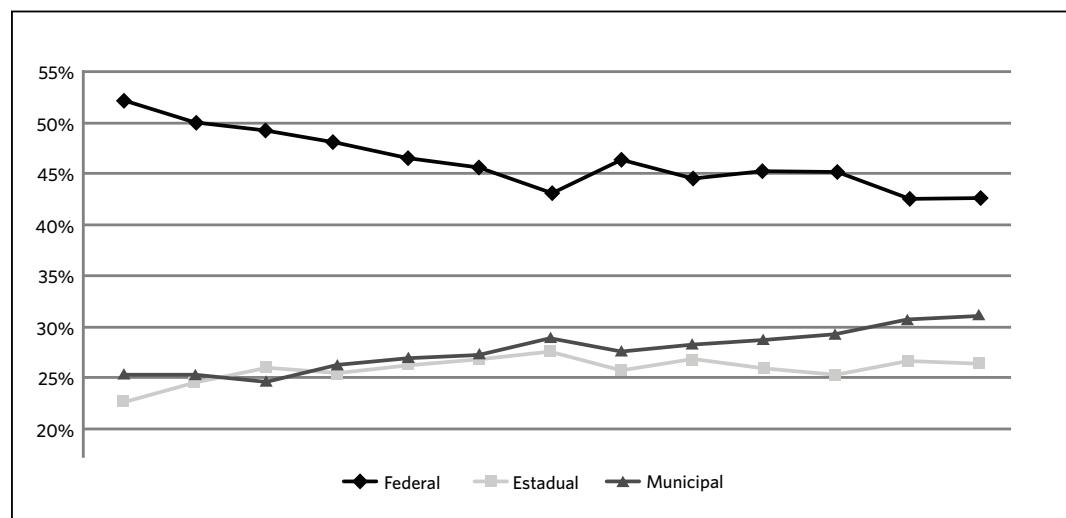
Mais recentemente, após doze anos de discussões sobre o subfinanciamento do SUS e expectativa de que a regulamentação do artigo 198 da CF pudesse definir nova regra de aplicação pela União, além de recursos adicionais, a Lei Complementar – LC nº 141, de 13/01/2012, foi aprovada, avançando na definição das despesas que podem ser consideradas como ASPS, mas sem mexer na forma de aplicação dos recursos ou estabelecer novas fontes de financiamento para o SUS (BRASIL, 2013A).

Diante desse quadro, entidades do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) colheram assinaturas para apresentar ao Congresso Nacional um projeto de lei de iniciativa popular em defesa da alocação em ASPS, pela União, de pelo menos 10% de sua Receita Corrente Bruta (RCB), resultando na assinatura de 1,9 milhões de pessoas e na tramitação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei de Iniciativa Popular – PLP nº 321/2013 (SAÚDE+10, 2013). Em resposta, o governo e a sua base aliada no Congresso desconsideraram a proposição e priorizaram a tramitação de projetos alternativos em que a aplicação da União é definida a partir de percentual escalonado da sua Receita Corrente Líquida (RCL), o que, na prática, resultaria em volume menor de recursos em relação ao que se obteria caso o PLP fosse aprovado. Ao final, a regra de aplicação pela União foi alterada, no bojo da discussão da Proposta de Emenda à Constituição – PEC nº 358/2013, que ficou mais conhecida como orçamento impositivo (obrigação da União de executar recursos de emendas parlamentares), resultando na EC nº 86/2015.

Análises recentes do CNS projetam para o Ministério da Saúde, em 2016, a perda de, no mínimo, nove bilhões de reais em relação à regra anterior definida pela EC nº 29/2000 e LC nº 141/2012, dado que a EC nº 86/2015 prevê, no primeiro ano, a aplicação pela União de 13,2% da RCL e que o quadro atual de recessão econômica é de queda da arrecadação. Ainda segundo o CNS, o orçamento da saúde para 2014 representou 14,38% da RCL do ano, ou seja, é maior do que o previsto (13,2%) para o primeiro ano do escalonamento da EC nº 86/2015 (CNS, 2015).

Entre 2002 e 2014, a alocação de recursos em ASPS pelas três esferas de governo aumentou de 94,6 para 216,6 bilhões de reais, em valores constantes de 2014, o que representa um aumento de 129%. Contudo, a participação da União no financiamento do SUS passou de 52% para 42% no mesmo período, como mostra o gráfico 1. Os estados e, especialmente, os municípios esforçaram-se para ampliar o financiamento do sistema. A participação estadual aumentou de 23% para 26% e a municipal de 25% para 31%.

Gráfico 1. Evolução da participação das esferas de governo no financiamento do SUS



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

Apesar da diminuição da participação do governo federal no financiamento do SUS, Machado, Lima e Andrade (2014) afirmam que houve esforços quanto à desconcentração de recursos para regiões mais carentes no período de 2002 a 2011, ainda que não tenham sido suficientes para superar as desigualdades regionais existentes. As autoras destacam que o esforço redistributivo foi mais notável na atenção primária e na vigilância epidemiológica, mas enfatizam

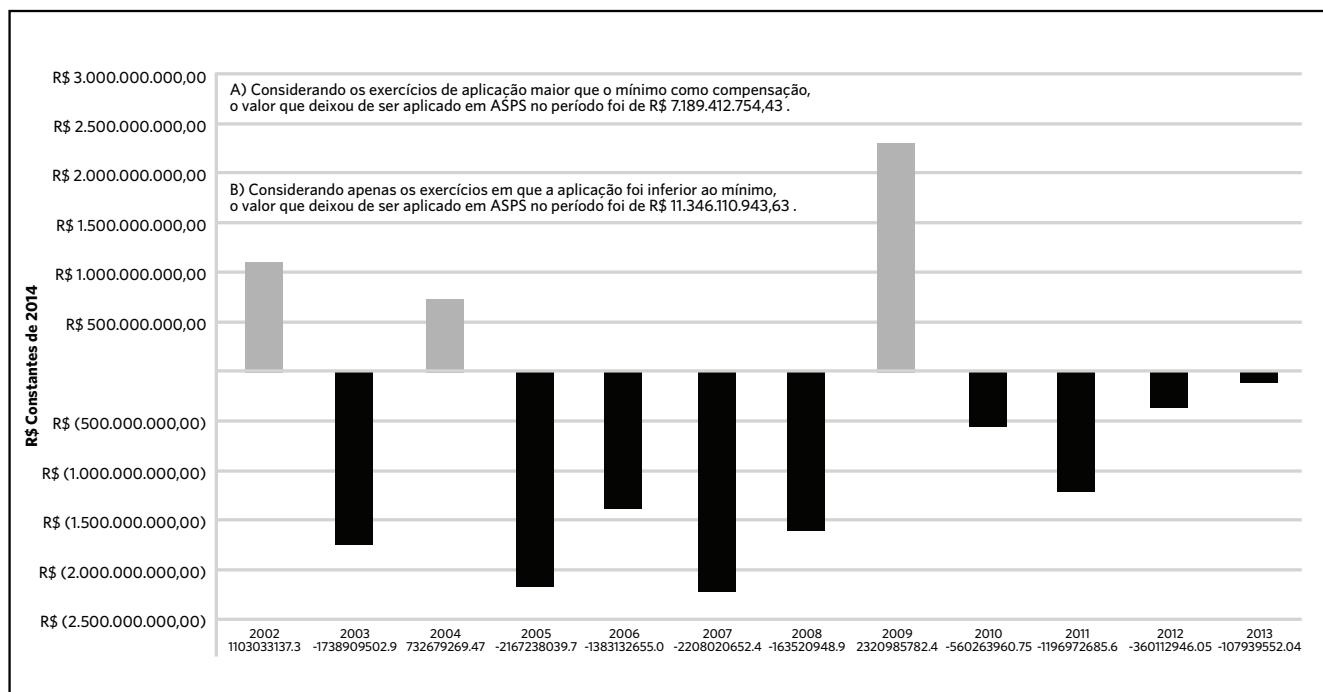
que houve baixo crescimento do gasto com vigilância epidemiológica. Em sua avaliação, afirmam que não se pode dizer que a saúde, como um todo, tenha sido prioridade durante os governos desse período.

Outra questão que tem sido bastante debatida no CNS diz respeito ao volume de Restos a Pagar (RP) de despesas com ASPS do Ministério da Saúde. Como a fase da despesa utilizada para monitorar o cumprimento do mínimo é a despesa empenhada, observando-se elevada

inscrição de RP ao final do exercício financeiro e cancelamentos em exercícios posteriores – embora somente após a LC nº 141/2012 haja determinação para repor os valores cancelados –, o debate sobre o assunto vem sendo feito há mais de dez anos, porque, na prática, os valores

foram computados para fins de aplicação do mínimo em ASPS, mas não se traduziram em ações e serviços efetivos. O gráfico 2 apresenta a diferença de aplicação entre o mínimo exigível e a despesa empenhada, deduzida dos RP cancelados.

Gráfico 2. Diferença entre as despesas empenhadas, descontados os cancelamentos de restos a pagar, e o valor mínimo a ser aplicado em ASPS pelo Ministério da Saúde, em R\$ constantes de 2014



Fonte: Elaboração própria.

Nota: Para obter as despesas empenhadas atualizadas, subtraíram-se das despesas empenhadas em cada exercício os valores dos restos a pagar processados e não processados, cancelados em todo o período até dezembro de 2014. O valor mínimo a ser aplicado em ASPS foi obtido do Demonstrativo de Despesas com Saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, publicado pela Secretaria do Tesouro Nacional. Os valores foram deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

O gasto em ASPS como participação do Produto Interno Bruto (PIB) passou de 3,2% para 3,9%, entre 2002 e 2014, e o gasto *per capita* em dólares internacionais (Paridade do Poder de Compra – PPC) teve aumento importante no mesmo período, de 82,06 para 747,79 dólares internacionais. Esse aumento foi decorrente tanto da ampliação da alocação de recursos como do aumento do poder de compra da moeda nacional, algo que mudará em 2015 em virtude da atual crise

política e econômica, quando se verificam a redução da arrecadação com consequente diminuição dos recursos alocados em ASPS, além do aumento da inflação.

Na *tabela 1*, expõem-se alguns indicadores de gasto em saúde retirados de países selecionados. Verifica-se que o gasto *per capita* da Alemanha, em dólares internacionais, é cinco vezes o do Brasil, o do Reino Unido, quatro vezes maior, e mesmo os de países vizinhos que não têm sistema universal de

saúde superam o gasto nacional, como nos casos da Argentina e do Chile. É importante destacar que a fonte dos dados constantes na *tabela 1* é a Organização Mundial da Saúde (OMS), que apresenta para o Brasil, em 2013, um gasto per capita do governo de 701 dólares internacionais. Recentemente, o IBGE (2015) publicou a Conta-Satélite de Saúde, atualizando os dados de gasto em saúde no Brasil até 2013. Nessa publicação,

verifica-se que em 2013 o gasto *per capita* do governo foi de R\$ 946,21 correntes, equivalentes a 662,35 dólares internacionais (3,6% do PIB), ou seja, valor inferior àquele apresentado pela OMS. O gasto total com saúde no Brasil foi de 8% do PIB e não 9,7%, como apresentado na *tabela 1*. Ainda assim, preferiu-se manter o registro da OMS na tabela para se compararem os países segundo a mesma metodologia.

Tabela 1. Indicadores de gasto em saúde de países selecionados, 2013

Países	Gasto per capita do governo em saúde (PPC, dólares internacionais)	Gasto total em saúde como percentual do PIB (%)	Gasto total do governo com saúde como percentual do gasto total do governo (%)	Gasto do governo com saúde como percentual do gasto total em saúde (%)
Alemanha	3696	11,3	19,4	76,8
Argentina	1167	7,3	31,8	67,7
Austrália	2792	9,4	18,7	66,6
Brasil	701	9,7	6,9	48,2
Canadá	3322	10,9	18,5	69,8
Chile	795	7,7	15,3	47,4
França	3360	11,7	15,8	77,5
Espanha	2004	8,9	13,9	70,4
Reino Unido	2766	9,1	16,2	83,5
Estados Unidos	4307	17,1	20,7	47,1

Fonte: World Health Organization. Countries. Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: out. 2015.

Também vale ressaltar na *tabela 1* que, dentre os países selecionados, o Brasil apresenta a menor participação de gasto de saúde do governo em relação ao gasto total do governo (6,9%) e está entre os de mais baixa participação de gasto do governo com saúde em relação ao gasto total em saúde (48,2%), equiparando-se ao indicador do Chile e EUA e mais distante do de países que possuem

sistema universal de saúde. Sem entrar, neste momento, em uma discussão sobre a eficiência dos sistemas de saúde, esses indicadores revelam o quanto o financiamento do SUS está aquém daquele feito por países que optaram por garantir acesso universal aos serviços de saúde para seus cidadãos e que são reconhecidos mundialmente pela qualidade desses serviços.

No contexto nacional a discussão sobre o subfinanciamento do SUS não é uma questão nova. Como dito anteriormente, o debate se estende desde a criação do sistema e, nos últimos anos, foi ampliado. Mas, em vez de se preservarem as fontes de financiamento da seguridade social, opta-se pela concessão de uma série de renúncias de contribuições sociais que são suas fontes de financiamento. Segundo a Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP, 2014), as despesas com juros da dívida e gastos tributários foram as que mais cresceram nos últimos dois anos, favorecendo os mais ricos, no primeiro caso, e sequer entrando nos cofres públicos, no segundo, o que não trouxe benefícios à sociedade.

Além de essas renúncias minguarem as receitas da seguridade social, em 8 de julho de 2015, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso Nacional a Emenda Constitucional – EC nº 87/2015, destinada, especialmente, a prorrogar a Desvinculação de Receitas da União (DRU), estendendo sua vigência para oito anos, e a aumentar a alíquota de incidência da desvinculação de 20% para 30%, o que diminuiria ainda mais o volume de recursos disponíveis nas fontes exclusivas de financiamento da seguridade social, criadas para preservar as políticas sociais de interesses políticos diversos.

Ao mesmo tempo, dada a dificuldade de instituir novo tributo no contexto atual de crise política e econômica, com a finalidade de diminuir o déficit fiscal agravado pelo aumento da dívida pública, aparentemente, delega-se a responsabilidade de negociação de nova fonte de financiamento do SUS para o setor saúde. Por essa razão, o ex-ministro da saúde, Arthur Chioro, defendeu publicamente o retorno da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), mas foi fortemente atacado por deputados e senadores, que rechaçaram a proposta em menos de 24 horas.

Soares e Santos (2014), em trabalho que discute o financiamento e a alocação de recursos no SUS, afirmam que houve um alinhamento de política dos governos no âmbito federal quanto ao comportamento dos gastos em saúde no período de 1995 a 2012. Os autores destacam a estagnação desses gastos em relação ao PIB e apresentam como parte da justificativa o compromisso do governo central com as metas de superávit primário.

Em discussão sobre o fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil, Salvador (2015) chama a atenção para o fato de que desempenham papel relevante para a manutenção do capitalismo e para a garantia do contrato social. O autor destaca que o fundo público garante a ampliação do mercado de consumo e financia políticas anticíclicas nos períodos de retração da atividade econômica. Considerando essas duas aplicações dos recursos públicos, ele questiona se, na disputa pelos recursos do fundo público, o País continuará priorizando o mercado financeiro e seus rentistas ou priorizará a construção de um sistema de proteção social. Afirma que, a partir de 2009, o governo federal ampliou as renúncias tributárias como medida para combater os efeitos da crise econômica mundial, afetando ainda mais o financiamento do Orçamento da Seguridade Social, com implicações para as parcelas de estados e municípios no financiamento das políticas de saúde e educação, na medida em que as renúncias também reduziram o montante transferido do Fundo de Participação dos Municípios e Fundo de Participação dos Estados.

Incentivos ao setor privado na saúde

Outra questão importante diz respeito aos incentivos ao setor privado na saúde. Segundo Lígia Bahia, citada por Guimarães (2013, p. 1),

a privatização da saúde no Brasil e sua origem e continuidade devem-se, sobretudo, a iniciativas empreendedoras e à intervenção estatal e não à escolha individual. Não são os indivíduos nem a sociedade (muitas vezes encarada como um punhado de gente dentro de algum lugar) que decidem privatizar a saúde.

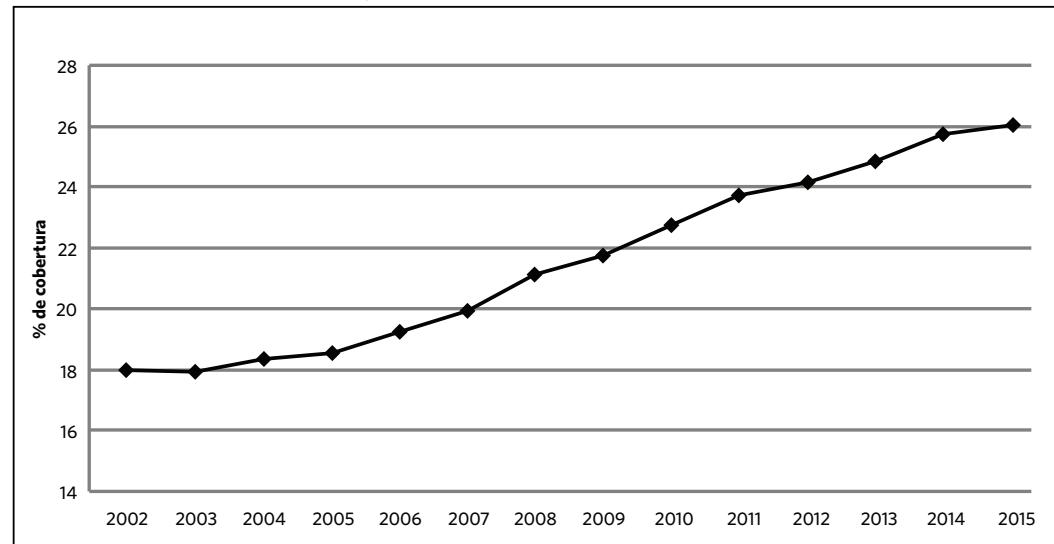
O gasto tributário federal em 2011 foi de aproximadamente 16 bilhões de reais, equivalentes a 22,5% dos cerca de 70 bilhões destinados ao SUS pelo Ministério da Saúde no mesmo ano. As deduções com planos de saúde chegaram a R\$ 7,7 bilhões, abrangendo 24,8 milhões de indivíduos – titulares e dependentes no modelo completo do Imposto de Renda Pessoa Física –, sendo responsáveis por 9,18% do faturamento das operadoras, cujo lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia em termos reais entre 2003 e 2011 (OCKÉ-REIS, 2014).

O fomento aos planos privados de saúde não se dá apenas por meio das renúncias fiscais. A própria administração pública nas

três esferas de governo, em muitos casos, paga benefícios aos servidores públicos para a contratação de planos de saúde ou mantém serviços de saúde próprios. Esses gastos não são computados como ASPS, mas isso dá uma noção das escolhas que estão sendo feitas em termos de assistência à saúde e da contradição no âmbito do Estado. Verifica-se, por exemplo, no orçamento federal, por meio do sistema Siga Brasil, que o gasto do Ministério da Saúde com planos de saúde para seus servidores foi de 384,4 milhões de reais em 2014.

Os diversos incentivos instituídos pelo Poder Público contribuíram para o aumento das contratações de planos de saúde entre 2002 e 2015, conforme mostra o gráfico 3, fazendo com que a taxa de cobertura passasse de 18% para 26% no período. Ainda que esses dados não sejam relativos a beneficiários, porque um beneficiário pode ter mais de um plano de saúde, possibilitam uma aproximação do percentual de pessoas cobertas.

Gráfico 3. Taxa de cobertura de contratações de planos de saúde para assistência médica no Brasil



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de cobertura. (ANS, 2016).

Nota: Os dados referem-se à competência de junho de cada ano e ao número de contratações. Um mesmo beneficiário pode ter mais de um plano de saúde.

Outra forma de renúncia de receitas diz respeito a programas específicos em que o valor renunciado deve reverter ao SUS na forma de projetos executados pelas instituições participantes. Os projetos são aprovados e monitorados pelo Ministério da Saúde. São eles o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), ambos financiados por meio de dedução no Imposto de Renda de doadores, pessoas físicas e jurídicas, nos termos da Lei nº 12.715/2012, e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional ao Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), atualmente regulamentado no âmbito da Lei nº 12.101/2009.

No caso do Proadi, participam apenas seis hospitais privados filantrópicos, ditos de excelência – Albert Einstein, Alemão Oswaldo Cruz, do Coração, Samaritano e Sírio-Libanês –, localizados no município de São Paulo, e o Moinhos de Vento, em Porto Alegre. No Pronon e Pronas, as instituições devem se credenciar previamente para apresentar projetos ao Ministério da Saúde. O valor da renúncia em 2013 foi de aproximadamente 74,7 milhões de reais do Pronon, 70,8 milhões do Pronas e 325,4 milhões de reais do Proadi (BRASIL, 2015a).

Mendes e Weiller (2015) criticam, em artigo que analisa as repercussões da renúncia fiscal em saúde sobre o financiamento do SUS, a transformação do direito à saúde em garantia de consumo de produtos e serviços, evidenciando o processo de mercantilização da política de saúde. Os autores defendem que, para o enfrentamento da insuficiência de recursos no SUS, devemos nos preocupar com a persistência dos incentivos fiscais ao setor privado de saúde. Essa é uma questão que merece amplo debate.

Ameaças recentes à saúde como direito social

Além das questões já apontadas como problemáticas para a garantia do direito à saúde universal, integral e igualitário, destaca-se a aprovação de mais uma medida de incentivo do governo brasileiro ao setor privado de saúde, mais uma vez reforçado com a aprovação da Lei nº 13.097, de 19/01/2015, que permite a participação direta ou indireta de pessoas jurídicas e o controle de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, para instalar, operacionalizar ou explorar hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada, dentre outros. Essa medida foi bastante criticada por entidades de defesa da saúde pública no País e objeto de divulgação de nota de repúdio pelo Conselho Nacional de Saúde quando ainda não tinha sido aprovada (CNS, 2014).

Segundo Sá *et al.* (2015), dentre os riscos que o capital estrangeiro traz estão: pressão sobre o mercado de trabalho, resultando em migração de profissionais do setor público para o privado, especialmente os médicos no contexto brasileiro; fortalecimento da segmentação do setor saúde; agravamento da desigualdade e aumento do volume de recursos utilizados para subsidiar o consumo privado de assistência à saúde.

Essas decisões claramente visam a estimular a oferta privada de planos e serviços de saúde e parecem concertadas. Observe-se o caso da PEC nº 451/2014, que propõe incluir o plano de assistência à saúde a ser oferecido pelo empregador como garantia fundamental ao empregado. Caso a proposta seja aprovada, a lógica da saúde como direito social seria muito afetada e o SUS passaria a dispor de serviços de forma residual para os que não tivessem vínculos empregatícios

formais e não tivessem meios para pagar um plano de saúde. O foco é no consumo de serviços de saúde e na dinâmica de mercado, o que fez com que mais uma vez entidades de defesa da saúde pública, nesse caso oito delas, publicassem nota conjunta em que acusam a PEC nº 451/2014 de

apontar para a ressuscitação de uma situação pior do que a do antigo Inamps ao garantir que as seguradoras e operadoras privadas de planos de saúde tenham um mercado cativo garantido pela própria Constituição. (CEBES ET AL., 2015).

Pouco tempo depois de a PEC nº 451/2014 ter sido apresentada, o presidente do Senado Federal divulgou em nome da Casa uma série de propostas para enfrentamento da crise econômica na chamada Agenda Brasil, dentre elas a de avaliar a possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda (BRASIL, 2015b). Mais uma vez o princípio da universalidade da saúde foi ameaçado, gerando forte reação dos movimentos de defesa do direito à saúde, o que fez com que o senador retirasse a proposta do rol da citada Agenda (BORGES, 2015).

Considerações finais

Sobre a trajetória problemática do financiamento do SUS, Mendes (2014) comenta alguns constrangimentos enfrentados ao longo dos anos 2000: (a) a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira 20% do montante arrecadado de contribuições sociais; (b) a criação da CPMF, que, inicialmente, era exclusiva para a saúde, mas que resultou na substituição de fontes no financiamento do SUS; (c) a tensão provocada pela aprovação da EC nº 29/2000, com indefinições sobre o conceito de ASPS e com regra diferente para a União em relação aos estados e municípios; (d) as investidas da equipe econômica do governo federal contra a vinculação

de recursos para a saúde; (e) a pendência de regulamentação da EC nº 29 no Congresso, que só ocorreu em 2012; (f) a ameaça de proposta de Reforma Tributária do governo Lula, com prejuízos para a seguridade social; e (g) a insuficiência de recursos para financiamento do SUS após a regulamentação EC nº 29.

As várias decisões e discussões ocorridas no âmbito dos Poderes Executivo e Legislativo nos últimos anos fazem refletir sobre o futuro do estado do bem-estar social no Brasil, especialmente sobre a saúde como direito. Ainda que muitos políticos sejam eleitos defendendo a bandeira do SUS, comprometendo-se com sua consolidação, na prática, suas decisões e defesas contradizem o discurso pré-eleição.

A insuficiência do financiamento do sistema é um problema crônico, que se agravou nos últimos dois anos e possui perspectivas negativas para 2016. Não se observa esforço do governo federal para alocar recursos além do mínimo determinado pela Constituição e, em direção oposta, identifica-se volume importante de inscrição de recursos em restos a pagar, dos quais parte é arrastada ao longo dos anos e posteriormente cancelada, o que ocasiona, em muitos exercícios financeiros, aplicação inferior ao mínimo em ASPS.

Obviamente, tal situação impacta o acesso e a qualidade dos serviços, algo que não foi explorado neste texto. Mas vale, ao menos, mencionar que a necessidade de investimento em regiões de saúde é muito grande. Contudo, apesar de todas essas dificuldades, pode-se afirmar que houve avanços, ainda que seja um grande desafio mensurar a participação da saúde na melhora observada na qualidade de vida das pessoas, visto que há muitas variáveis de confusão, uma vez que a situação de saúde é determinada fortemente pelas condições socioeconômicas dos indivíduos.

Se o financiamento da saúde pública não é priorizado, por outro lado, as renúncias

fiscais que incentivam o setor privado de planos de saúde têm aumentado. Esse quadro, associado à proposição da PEC nº 451/2014 e da cobrança no SUS prevista na versão original da Agenda Brasil, evidencia uma noção de saúde mais como um bem de consumo do que como um bem social. Como um bem de consumo, cada indivíduo tem acesso aos serviços de saúde com a quantidade e qualidade que o seu bolso pode pagar, já que a iniciativa privada pode oferecer uma gama muito diferenciada de planos de saúde para diferentes estratos de renda. Ainda como bem de consumo e considerando que parte da população fica alijada da possibilidade de consumir até os planos de saúde mais baratos, o Estado assume papel residual com a finalidade de intervir nas falhas de mercado. Exemplo semelhante ocorreu recentemente nos Estados Unidos com o ObamaCare, onde o Estado, além de já implementar programas para assistência à saúde de pessoas idosas e muito pobres, criou subsídio para aquelas que não faziam parte nem de um grupo nem de outro nem dispunham de recursos para contratar um plano de saúde.

Não foi essa a opção na Constituição de 1988, que enunciou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A saúde como direito tem como base a valorização da igualdade entre os cidadãos, da solidariedade e da coesão social. O Brasil não deve retroceder. A Europa tem demonstrado que, apesar da crise econômica, é possível adotar medidas que preparem os indivíduos para

as novas realidades do mercado de trabalho sem alterar significativamente os serviços de acesso universal, dentre os quais a saúde.

Nesse contexto, Santos (2015) pondera que há um esgotamento dos cenários e esperanças de disputa e exercícios de poder com base em promessa do uso do poder para o bem comum, de forma que aumenta a busca de meios para que o exercício do poder seja reestruturado, democratizado e compelido a ser controlado pela sociedade. Nesse sentido, o autor alerta que a retomada do rumo inicial do SUS está vinculada à reversão da atual política de Estado e também do contexto macroeconômico nacional e global; que, para tal retomada, os defensores do SUS são imprescindíveis, mas não suficientes; que a participação social e o sentido de pertencimento no debate sobre a alocação de recursos públicos é essencial para que as decisões sobre o financiamento do sistema e o subsídio aos planos privados passem pelo crivo de quem efetivamente é o financiador dessas políticas, o cidadão.

A recente crise político-econômica no Brasil não pode servir de mote para o desmonte da importante política social que é a de saúde, sob a alegação de sua insustentabilidade financeira. Como tratado neste texto, não é de hoje que decisões são tomadas para favorecer o setor privado de saúde e não priorizar o SUS. Precisamos estar mais atentos e conscientes sobre o que está em jogo para defendermos com clareza o Estado que queremos. ■

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Informações em Saúde Suplementar. *Taxa de Cobertura*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_taxa_cobertura.htm>. Acesso em: 19 maio 2016.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL (ANFIP). *Análise da Seguridade Social 2013*. Brasília, DF: ANFIP, 2014. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/20150713162859_Analise-da-Seguridade-Social-2014_13-07-2015_20150710-Anlise-Seguridade-2014-Verso-Final.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Ecos. Economia da saúde para a gestão do SUS. *Financiamento público de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Ecos. Economia da saúde para a gestão do SUS. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcametos_publicos_saude.pdf>. Acesso em: 17 maio 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Relatório de gestão do exercício de 2014*. Brasília, 2015a. Disponível em: <<http://portal.tcu.gov.br/contas/contas-e-relatorios-de-gestao/contas-do-exercicio-de-2015.htm>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- _____. Senado Federal. *A 'Agenda Brasil', sugerida por Renan Calheiros*. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/08/10/a-agenda-brasil-sugerida-por-renan-calheiros>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- BORGES, L. Plano anticrise ganha novas propostas, mas Renan recua de cobrança no SUS. [Internet]. 2015. *Veja.com*. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/economia/pacto-anticrise-ganha-novas-propostas-mas-renan-recua-em-cobranca-do-sus/>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES) *et al.* *Nota: a PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SUS*. Rio de Janeiro, 2015. [Internet]. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/03/a-pec-451-viol-a-direito-a-saude-e-promove-a-segmentacao-do-sus/>>. Acesso em: 10 out. 2015.
- CHIODI, F. *Desafios das políticas de proteção social na União Europeia e a comparação com a América Latina*. In: CURSO INTERNACIONAL DESENVOLVIMENTO E PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA E NA EUROPA. Brasília, DF, 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *O atual quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da Emenda Constitucional nº 86/2015 e do ajuste fiscal*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_Cofin_abrasco.pdf>. Acesso em: out. 2015.
- _____. *Nota*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/12dez18_Nota_medida_prpvisoria_656_2014_4cnstt.html>. Acesso em: 10 out. 2015.
- GUIMARÃES, C. Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado. *Revista POLI: saúde, educação e trabalho*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 29, p. 4-10, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta-Satélite de Saúde Brasil: 2010 – 2013*. [Internet]. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/>>

destaques/2015_11_10_conta_satelite_de_saude.shtml>. Acesso em: 4 maio 2016.

KERSTENETAKY, C. L. *O estado do bem-estar social na idade da razão*. A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MACHADO, V. M.; LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, 2014.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, 2014.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

OCKÉ-REIS, C. O. Qual é a Magnitude do gasto tributário em saúde? In: IPEA. *Boletim de Análise Político-Institucional* 5. Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Disponível em: <http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/140529_boletim_analisepolitico_05_cap8>. Acesso em: 4 maio 2016.

SÁ, E. B. et tal. Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos. In: MELO E SOUZA,

A.; MIRANDA, P. (Org.). *Brasil em Desenvolvimento* 2015. Brasília, DF: IPEA, 2015, p. 139-172.

SALVADOR, E. *Renúncias tributárias: os impactos no financiamento das políticas sociais no Brasil*. Brasília, DF: INESC; OXFAM, 2015.

SANTOS, N. R. SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 582-600, 2015.

SAÚDE+10. *Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública*. [Internet]. 2013. Disponível em: <<http://www.saudemaisdez.org.br>>. Acesso em: 10 out. 2015.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ipea, 2011.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde debate*, Rio de Janeiro v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

Recebido para publicação em dezembro de 2015
Versão final em maio de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve