



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

do Rosário Costa, Nilson
Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 4, abril, 2017, pp. 1065-1074
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050551005>

- ▶ 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

Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde

Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector dominant, government sector failing

Nilson do Rosário Costa¹

Abstract This paper presents the arguments in favor of government intervention in financing and regulation of health in Brazil. It describes the organizational arrangement of the Brazilian health system, for the purpose of reflection on the austerity agenda proposed for the country. Based on the literature in health economics, it discusses the hypothesis that the health sector in Brazil functions under the dominance of the private sector. The categories employed for analysis are those of the national health spending figures. An international comparison of indicators of health expenses shows that Brazilian public spending is a low proportion of total spending on Brazilian health. Expenditure on individuals' health by out-of-pocket payments is high, and this works against equitability. The private health services sector plays a crucial role in provision, and financing. Contrary to the belief put forward by the austerity agenda, public expenditure cannot be constrained because the government has failed in adequate provision of services to the poor. This paper argues that, since the Constitution did not veto activity by the private sector segment of the market, those interests that have the greatest capacity to vocalize have been successful in imposing their preferences in the configuration of the sector.

Key words Austerity, Health insurance, Out-of-pocket payments, Health plans, Public expenditure

Resumo O trabalho apresenta os argumentos favoráveis à intervenção governamental no financiamento e na regulação na área de saúde. Descreve o arranjo organizacional do sistema de saúde brasileiro para refletir sobre a agenda da austeridade proposta para o país. Com base na literatura da economia da saúde, o artigo discute a hipótese de que o setor saúde no Brasil funciona sob a dominância privada. Utiliza as categorias de análise das despesas nacionais com saúde. Os dados são analisados por meio de estatística descritiva. A comparação internacional dos indicadores de despesas com saúde mostra que a participação do gasto público brasileiro na saúde é pouco expressivo. Os gastos por desembolso direto são elevados e comprometem a equidade. O setor de planos privados de saúde desempenha um papel crucial na provisão e no financiamento. Ao contrário da crença da agenda da austeridade, a despesa pública não pode ser constrangida porque o governo tem fracassado na provisão adequada de serviços aos pobres. O artigo argumenta que, como a Constituição não vetou a atuação do segmento privado, os interesses com maior capacidade de vocalização foram bem sucedidos em impor as suas preferências na configuração do setor.

Palavras-chave Austeridade, Seguro saúde, Desembolso direto, Planos de saúde, Gasto público

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. nilsondorosario@terra.com.br

Introdução

A vocalização das ideias de ajuste fiscal e controle do gasto público tem conquistado um espaço extraordinário no cenário da crise política que afeta a democracia brasileira no ano em curso¹. Os formuladores da agenda da austeridade têm defendido o financiamento de um pacote básico na saúde, recolocando em pauta agenda da década de 1990 de focalização irrestrita da intervenção governamental na área social.

Lisboa², por exemplo, argumenta em defesa da austeridade nos seguintes termos: “eu separaria o que é educação básica, o que é saúde básica, o que é transferência de renda para os 10% mais pobres. Esses recursos deveriam ser preservados. Poderiam até crescer acima da inflação; não muito, mas um pouco. Mas tem que rever os demais”.

A defesa da contenção das despesas na escala imaginada pelo autor causa enorme mal-estar porque é consensual entre os analistas de políticas públicas que, na sociedade contemporânea, o pacto social é inviável sem a ativa participação governamental no financiamento e na coordenação da provisão de bens públicos. Ademais, em razão da singularidade do setor saúde, o escopo e a escala da intervenção regulatória do governo devem ir muito além da provisão de cuidado básico.

Pode-se recorrer a Arrow³ para mostrar que a demanda por serviços de saúde é imprevisível, ao contrário da demanda de mercadorias comuns, como comida e vestuário ou outros bens privados. De fato, face à imprevisibilidade do surgimento de alguma enfermidade, a demanda individual por serviços médicos, com exceção de seus aspectos preventivos, tende a refletir em larga medida as incertezas inerentes ao funcionamento de mercados desregulados. Além do que, a demanda por assistência à saúde pode estar diretamente associada ao risco de perda da capacidade de trabalho e, no limite, da perda da própria vida, não podendo ser postergada³.

A oferta de assistência à saúde também apresenta diferenças significativas em relação aos produtos tradicionais em dois aspectos. Primeiro, a elevada dependência do paciente à intervenção profissional, especialmente médica. Para Arrow, é preciso destacar que o comportamento médico, supostamente orientado pela preocupação com o bem-estar do paciente e da coletividade, pode ser influenciado pela busca de renda, com reflexos importantes para a efetividade do tratamento. Segundo, o acesso aos serviços de diagnósticos e insumos (exames laboratoriais e de imagem e consumo de medicamentos) é determinado por

decisão profissional, de modo que o paciente não possui controle sobre importantes componentes do processo de tratamento³.

A assistência à saúde é, portanto, um bem que difere substancialmente de outros serviços essenciais. Na maioria das situações, é baixa a probabilidade de que um indivíduo tenha uma enfermidade grave ou crônica no curso da vida. Entretanto, em caso positivo, dificilmente terá condição de financiar o tratamento com recursos próprios ou familiares⁴.

O custo da medicina contemporânea (diagnósticos, tratamentos, cirurgias e hospitalização) não é de modo algum financiável com recursos do próprio bolso pela maioria dos indivíduos. Estudos de meados da década de 1990 já demonstravam que nos países de renda média, como o Brasil, de 20 a 30% das famílias tinham que tomar empréstimo ou vender patrimônio para pagar as despesas médicas⁵. A decisão do endividamento para tratamento da saúde das famílias produz o gasto familiar catastrófico⁶.

Portanto, não é possível planejar individualmente o consumo futuro de cuidados de saúde, especialmente de alto custo pelas consequências devastadoras sobre as famílias e os indivíduos⁷. Por isso, como alerta Hsiao⁵, é extremamente inquietante que metas para os gastos públicos e a carga fiscal, formuladas por lideranças políticas e economistas, não esclareçam os efeitos regressivos sobre a disponibilidade de serviços e insumos e, em última instância, sobre a condição de finançeira e de saúde da população.

A existência de um mercado de serviços de saúde não regulado ou regulado de modo incompleto pelo governo favorece: (i) o desenvolvimento do segmento de seguro privado; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso direto das famílias.

Os problemas associados à desregulação da assistência à saúde não são, portanto, de modo algum triviais. Em relação ao seguro de saúde privado, as empresas de planos de saúde e companhias de seguro estão orientadas pelo alcance de rentabilidade. Por isso, o custo do prêmio do seguro tem que ser maior que o custo efetivo com possíveis cuidados de saúde que o segurado venha a necessitar. Contudo, os planos de saúde e as companhias de seguro não sabem os riscos a que cada indivíduo está sujeito, então calculam o valor do prêmio com base em um risco médio⁷.

O indivíduo que adquire um seguro privado de saúde tende a conhecer mais sobre as suas condições de saúde e, quando percebe que seu risco

é menor do que a média dos segurados, opta por não participar do seguro. Quando os segurados de menor risco desistem de participar, aumenta o risco médio do grupo que continua interessado e, consequentemente, o preço final do prêmio. Esta situação se repete indefinidamente para os remanescentes porque os riscos nunca serão iguais para todos⁷.

Como uma maneira de contornar este processo, as companhias e os planos de saúde criam seguros que avaliam o risco de cada indivíduo com base na história pessoal e familiar. O resultado direto da estratégia de seleção de risco é o aumento do valor do prêmio para os grupos de maior risco (crônicos, idosos), que, normalmente, não têm condições de pagar o custo do seguro e ficarão sem cobertura⁷, demandando assistência governamental.

Já o desembolso direto está associado ao esquema liberal de organização e financiamento – o ponto inicial de toda experiência de desenvolvimento da provisão de assistência à saúde em qualquer país. A provisão liberal repousa, no lado da oferta, na ampla autonomia dos profissionais de saúde e das empresas, que detêm o monopólio de competência na prestação dos serviços. No lado da demanda, o modelo liberal se sustenta no formato de aquisição de serviços de saúde por indivíduos ou famílias por meio do desembolso direto. As despesas por desembolso direto resultam nos gastos catastróficos já mencionados e que levam ao empobrecimento das famílias⁶.

Diante das limitações das opções de mercado, as sociedades democráticas adotaram o financiamento público para os serviços de saúde a fim de evitar a falência de indivíduos e famílias face ao risco de doença grave, crônica ou incapacitante. Esping-Andersen⁸ identifica nesta experiência o processo de desmercantilização, assinalando que os países escolhem a construção de “regimes” de proteção social contra a dependência das famílias à dinâmica do mercado em áreas consideradas críticas.

A construção dos sistemas públicos de “welfare” no pós-guerra, as crises e as reformas nos anos 1990 produziram vasta bibliografia comparada sobre os sistemas nacionais de saúde no contexto dos regimes de proteção⁹. A literatura identifica dois tipos ideais de regime de financiamento governamental. O primeiro é o baseado na ideia de direito universal, em que as sociedades delegam às instâncias governamentais a decisão de alocar a maiorias dos recursos do setor. O segundo é associado ao esquema do seguro saúde público¹⁰.

No primeiro modelo, a intervenção governamental no financiamento é a variável determinante do nível de desmercantilização no campo sanitário. A dominância das despesas governamentais, financiadas por impostos e contribuições, indica a adoção de mecanismos institucionais de coordenação do mercado, reduzindo as opções de indivíduos, profissionais e empresas para garantir melhores condições de acesso¹¹.

Os países com regimes de proteção social instituído financiam os serviços de saúde utilizando a coordenação do governo¹¹. Paradoxalmente, este é o modelo adotado nas economias centrais onde o acesso aos serviços de saúde não é limitado a uma cesta de saúde básica e restrita às intervenções preventivas e de baixa complexidade.

O segundo regime de proteção social baseado no seguro saúde também apresenta ampla intervenção governamental, sendo adotado nos países continentais ricos da Europa. Este arranjo é fundado no pacto corporativo¹², em que os trabalhadores e os servidores públicos são protegidos pelo governo nacional das práticas liberais na assistência à saúde por meio das instituições do seguro social. A fonte de recursos é a contribuição financeira de empregadores, empregados e governos para entidades paraestatais gestoras do seguro social.

Quando o seguro social foi implantado nos países de renda média, o acesso à assistência à saúde deu-se de forma altamente estratificada em razão da informalidade do mercado de trabalho. Nestas sociedades, os trabalhadores com emprego formal detêm a exclusividade na utilização dos serviços de saúde providos pelo seguro social, o que não é verificado nas economias centrais com sistemas corporativos. A população do setor informal dos países de renda média acessa a assistência à saúde por desembolso direto ou por meio de programas de saúde básicos e focais. O exemplo do México é paradigmático¹³.

No Brasil, duas décadas e meia se passaram desde que um modelo de sistema de saúde de acesso universal foi aprovado pela Constituição Federal de 1988¹⁴. Ao longo da transição democrática dos anos 1980, os constituintes aceitaram o modelo baseado no predomínio do financiamento público e na provisão direta pelo governo da assistência à saúde¹⁵.

O capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988 (CF 1988) e as leis e portarias complementares visaram à integração das ações de saúde pública e de assistência médica individual em um único sistema de acesso universal e equitativo – o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁶.

A Carta de 1988 inovou ao criar o orçamento da Seguridade Social para financiar as atividades de previdência, assistência social e saúde¹⁷. À luz dessas mudanças, Draibe¹⁸ sugere que a CF 1988 rompeu com o sistema de proteção social construído ao longo do regime republicano pela ênfase dada à dimensão de “seguridade” para o conjunto da política social. A dimensão da seguridade social estaria definida pela condição de financiamento por impostos e contribuições e pelo critério da universalidade para acesso aos benefícios.

Os estudos contemporâneos sobre o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro descrevem-no, entretanto, como um sistema fragmentado e sob a predominância privada^{19,20}. O atual formato do setor saúde brasileiro não corresponde às configurações delineadas pela CF 1988 devido à limitação da atuação governamental e ao papel do setor privado no financiamento e provisão de serviços.

A CF de 1988 não constrangeu a ação do mercado no setor saúde na intensidade necessária para a institucionalização de um modelo de acesso universal aos serviços de saúde. Pelo contrário, ratificou a composição entre o governo e o mercado, desenvolvida no país desde os anos 1970, ao declarar que a “assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. Os constituintes não tinham na época informação suficiente para identificar a dinâmica estrutural do mercado na atenção à saúde no Brasil ao atribuírem ao setor privado apenas funções “complementares” à intervenção pública na prestação de serviços¹⁷.

O que aconteceu com a organização da assistência à saúde no Brasil diante das limitações institucionais definidas pela CF de 1988? Afinal, a regulação governamental da assistência à saúde tornou-se tão expressiva que mereça o constrangimento no proposto pela agenda de austeridade?

Desenho do estudo

A principal argumentação teórica deste artigo é que o regime de financiamento governamental condiciona o alcance social da provisão de assistência à saúde. A noção de regime contempla os princípios, as normas, as regras e os procedimentos que constrangem as expectativas e as escolhas dos atores sociais²¹. Considera-se assim que a magnitude das despesas governamentais é um indicativo adequado da condição de desmercantilização dos sistemas nacionais de saúde.

Com base nas informações secundárias do Ministério da Saúde/DATASUS e da Controladoria Geral da União, o artigo exemplifica o perfil das despesas públicas e privadas brasileiras com dados de séries temporais e transversais.

O artigo utiliza as categorias classificatórias da OMS que descrevem as contas nacionais da saúde. Os descritores das despesas da OMS compreendem os recursos que entram no sistema de saúde para aquisição de bens e serviços financiados por impostos, contribuições para o seguro social, empresas, organizações da sociedade civil, famílias ou agências internacionais²². As categorias centrais das contas nacionais da OMS são: a despesa governamental – inclusive seguro público de saúde – e a despesa privada com seguro privado de saúde e de desembolso direto.

A fonte para a análise do Brasil e demais economias, em perspectiva normativa, é o sítio <http://who.int/nha/database>. O sistema de saúde das economias centrais é tomado como referência normativa para descrever a experiência nacional de desmercantilização da assistência à saúde¹⁰.

As informações produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio a pesquisa de assistência médico-sanitária (AMS), pesquisa de orçamentos familiares (POF) e pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD – suplemento saúde) permitem descrever o efeito da dinâmica do mercado privado no setor saúde brasileiro. Os dados são analisados por estatística descritiva.

A segmentação e a focalização na assistência à saúde

Como não antecipado pelos Constituintes, o setor privado assumiu desde fins da década de 1980 configuração mais abrangente do que a de simples prestador^{23,24}. O segmento do seguro saúde e dos planos privados de assistência à saúde se consolidou, favorecido pela baixa regulação, por incentivos fiscais, pela ausência de barreiras de entrada e saída de empresas e pela ampla liberdade para a diferenciação de contratos e para a provisão de serviços^{25,26}.

A promulgação da Lei 9656/1998 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2000, modificaram o regime regulatório pela definição de novas regras de proteção aos consumidores, novas condições de entrada e da saída e limitação da segmentação da cobertura²⁷. Ainda assim, o regime regulatório restrito à indústria do seguro saúde e planos privados de saúde possibilitou o fortalecimento econômico-financeiro e atuarial das empresas, instituindo o

consumo privado de assistência à saúde por trabalhadores com emprego formal e por servidores públicos.

É possível considerar, então, que um novo padrão corporativo foi inaugurado na área de saúde no Brasil em meados da década de 1990²⁸. O segmento conseguiu determinar a população ocupada no mercado formal de trabalho como a clientela preferencial, promovendo os planos coletivos financiados por empresas em detrimento dos individuais, e a seleção de risco. A Agência Nacional de Saúde Suplementar tem ratificado a estratégia de seleção de clientela das empresas.

No âmbito da provisão de serviços de saúde, os hospitais e os serviços de apoio e diagnóstico e os ambulatórios de especialidades são utilizados de modo exclusivo pela clientela privada (os indivíduos possuidores de seguro saúde ou com capacidade de desembolso direto)²⁹. Apenas nas pequenas cidades os serviços privados de assistência à saúde apresentam, ainda que residualmente, um padrão de utilização combinado tanto pela clientela do SUS, clientes de planos de saúde e pelos compradores de serviços médicos por desembolso direto.

Na maioria das médias e grandes cidades, a tendência dominante é a distinção dos serviços vinculados ao seguro saúde ou adquiridos por desembolso direto dos serviços governamentais do SUS por força da hotelaria e regras contratuais de cobertura, apresentadas pelo mercado privado como um diferencial de qualidade da prestação.

A institucionalização da reforma sanitária não foi suficiente para impor a coordenação governamental da totalidade das despesas nacionais com assistência à saúde. Como mostra a Tabela 1, desde meados da década de 1990 as despesas governamentais e privadas ficaram estáveis. Chama especialmente atenção o fato de as despesas privadas terem permanecido majoritárias no país ao longo das décadas de 1990 e 2000, com dominância do desembolso direto. A exuberância do desembolso direto na saúde no Brasil reflete a

ambiguidade das decisões nacionais no setor, que é demonstrada em seguida.

A sustentação da participação relativa da despesa governamental vis-à-vis as despesas privadas nas décadas de 1990 e 2000 deveu-se essencialmente ao aporte dos governos municipais³⁰. A participação das despesas próprias municipais com assistência à saúde teve uma importante ampliação no conjunto das despesas governamentais: em 1995 a participação percentual municipal era de 12,3%. Em 2012, alcançou 18% das despesas públicas totais, enquanto as despesas dos governos estaduais mantiveram-se estabilizados em torno de 25% dos gastos públicos nacionais. Por outro lado, observa-se a redução da participação proporcional da instância federal entre 1995 e 2012, que foi reduzida de 61,7% para 57%³⁰. A face dinâmica do setor público brasileiro tem sido o desenvolvimento da atenção primária pelos governos municipais³¹. O financiamento deixou de ser prioritário no Executivo federal nos últimos anos³⁰.

A atuação do governo brasileiro no financiamento da saúde apresenta, ainda assim, características federativas não completamente irrelevantes, como: (1) a incorporação nas decisões do governo central dos interesses originados territorialmente; (2) a grande quantidade e a alta heterogeneidade de atores com vocalização de ideias e interesses regionais e locais; (3) jurisdições governamentais que compartilham responsabilidade de formação e implantação da política de saúde; (4) arranjos de transferências fiscais; e (5) arranjos verticais e horizontais de cooperação informal entre os níveis de governo³². Este arranjo federativo impacta diretamente no desenvolvimento e na difusão da política de saúde, na abrangência e na generosidade dos programas e no alcance redistributivo da alocação de recursos do governo central.

O padrão de desenvolvimento governamental com base no município indica, neste sentido, a focalização pela provisão de uma carteira

Tabela 1. Brasil – distribuição % da despesa governamental e privada com saúde – 1995 e 2008.

Indicador/Ano	1995	2008
% Despesa Governamental	43	42
% Despesa Privada por Desembolso Direto	39	39
% Despesa Privada com Seguro Saúde	18	19
Total	100	100

Fonte: World Health Organization National Health Account database (veja <http://apps.who.int/nha/database> para atualização mais recente)

simplificada de serviços públicos voltados para a infância e a saúde da mulher. Com este escopo de serviços, o SUS tem sido especialmente bem-sucedido³³.

Falletti³⁴ argumenta que:

Brazil had some of the most well-designed, encompassing, innovative, and pro-poor social policies in Latin America. It is indeed very likely that universal health coverage and a decentralized structure that is funded with guaranteed federal transfers and that promotes users' participation in health councils are largely responsible for the improvement of Brazil's health outcomes. The evolution of health care reforms in Brazil shows that it is possible to break away, in a gradual and incremental manner, from the historical institutional pre-conditions that preclude universalization of health. They also appear to indicate that such institutional evolution leads to significantly better public health outcomes.

Os estudos sobre o impacto da descentralização têm demonstrado, de fato, os resultados virtuosos da atuação da atenção primária nos indicadores de saúde infantil ao longo das décadas de 1990 e 2000^{35,36}.

É necessário chamar atenção, entretanto, para o fato de que o governo central brasileiro destina parcela pouco significativa da execução financeira como incentivo para os Municípios desenvolverem a atenção primária. Em 2013, apenas 18% dos recursos federais foram destinados para a atenção primária – especialmente para o financiamento da Estratégia de Saúde da Família (Tabela 2). Este é um fato que não recebe o tratamento crítico apropriado na literatura sobre as políticas de saúde no Brasil, especialmente na produção do campo da saúde coletiva.

A estagnação do processo de descentralização na atual década resultou que 37% dos recursos da saúde federais foram executados em 2013 diretamente pelo MS via a Fundação Nacional de

Saúde e o restante 45% destinados também à compra pelos governos central, estadual e municipal de internações, serviços e medicamentos de alto custo.

Se a descentralização para a atenção primária teve efeitos redistributivos reconhecidos para os níveis locais³⁷, os recursos executados centralmente pelo MS ou compartilhados com a federação na decisão de pagamento mantêm duas limitações consideráveis:

1) a Fundação Nacional de Saúde destina uma parcela considerável dos recursos para hospitais federais na cidade do Rio de Janeiro, que são funcionalmente pouco úteis para o SUS por força do insulamento organizacional. Paradoxalmente, décadas após a implantação da reforma sanitária, quase nada é conhecido sobre a eficiência alocativa, técnica e diretrizes de qualidade e equidade desses hospitais;

2) o pagamento de internações e serviços especializados privados e públicos pelo MS, governos estaduais e municipais é realizado há décadas de modo inercial e igualmente obscuro por um emaranhado de procedimentos que não favorece o desenvolvimento de qualquer diretriz estratégica na perspectiva da garantia do acesso e transparência no uso dos recursos destinados pelo Ministério da Saúde à assistência à saúde.

Chama atenção que, mesmo quando o Executivo Federal coloca na agenda a proposta de regionalização por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), nenhuma ideia de nova governança para a utilização destes recursos estratégicos é posta na mesa para consulta pública e deliberação pela sociedade³⁸.

Diante deste déficit de governança, em fins da atual década, a principal estratégia de provisão de serviços de saúde de todas as instâncias de governo no país era a Estratégia de Saúde da Família – que contemplava, focalmente, as famílias pobres, independente da região onde estava implantada.

Tabela 2. Despesas do Ministério da Saúde em 2013 – em milhões de R\$ nominais.

Categoria de Despesa	Valor das Despesas	%
Execução Direta (Fundação Nacional de Saúde e outras atividades)	30.929	37
Execução por Estados e Municípios (especialmente remuneração de internações e serviços ambulatoriais especializados)	46.823	45
Execução por Municípios (Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e outras atividades)	15.144	18
Total	82896	100

Fonte: Controladoria Geral da União³⁹.

Em 2009, entre pessoas com rendimento de até 2 salários mínimos, 54% estavam cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, enquanto entre aquelas com rendimento acima de 5 salários mínimos, apenas 16% estavam cadastradas⁴⁰.

Ao mesmo tempo, na maioria das grandes cidades – com população acima de 100 mil habitantes – tem sido observado um elevado déficit na oferta de serviços especializados e de diagnóstico e na distribuição gratuita de medicamentos. Além disso, em poucos Estados da federação observa-se o desenvolvimento de serviços hospitalares e especializados públicos⁴¹. A regra da ação dos governos Estaduais é a tomada de decisão pela oferta errática e descontínua de serviços públicos de emergência dissociados de qualquer estrutura articulada de seguimento dos pacientes e apoio no acesso a medicamentos⁴².

Assim, a política de focalização governamental incentiva, indiretamente, o desenvolvimento das despesas privadas por desembolso direto e seguro saúde em todos os estratos de renda do país⁴¹. Desde a década de 1980 existem incentivos fiscais para que as famílias adquiram seguro saúde por meio da compra direta ou pela intermediação dos empregadores privados e governamentais²⁶.

É necessário assim lembrar que, a despeito da responsabilidade formal da implantação e desenvolvimento do SUS, os governos federal, estaduais e municipais são também ativos compradores de seguro saúde para os servidores públicos. A significativa proporção de 22,5% dos segurados privados na saúde era financiada pelos 3 níveis de governo da federação em 2010⁴⁰.

Em 2011, os indivíduos com plano coletivo ou empresarial contemplavam 79,5% dos asssegurados após a criação da ANS⁴³. Em razão disso, a vinculação de indivíduos e famílias aos seguros de saúde privados no Brasil é diretamente associada à condição da renda familiar, como demonstra a Tabela 3. Em 2008, no estrato de renda familiar acima de 5 salários mínimos, 82,5% dos indivíduos tinham planos de saúde. No polo oposto, no estrato de famílias com renda de até 1/2 salário mínimo apenas 4,4% dos indivíduos tinham planos de saúde.

A expressiva diferenciação em termos de estrato de renda do acesso ao mercado do seguro saúde ratifica os prognósticos pessimistas para a política pública universalista de saúde brasileira formalizada no SUS. Esses prognósticos sustentaram que a implantação da universalidade de acesso pelo SUS, sem a rápida ampliação da oferta de serviços públicos, levaria à saída do sis-

tema público de saúde da população no mercado formal de trabalho ou com capacidade de negociação sindical¹⁶.

De fato, o financiamento governamental focalizado e centralizado no governo federal – produtor de escassez de leitos e de serviços especializados – explica porque a população brasileira escolhe preferencialmente a saída do SUS sempre que consegue uma mudança na posição na estrutura de renda. A mobilidade social possibilitada pelo crescimento econômico do país, entre os anos 2003-2011, por exemplo, provocou o aumento substancial no número de segurados, constituído pelos novos trabalhadores do mercado formal de trabalho que mudaram de estrato de renda⁴⁴. Esta mudança é compreensível porque, por um lado, o setor de seguro privado tem uma oferta de serviços especializados e de exames maior do que a do setor público (Tabela 4). Por outro, a disponibilidade de utilização da rede de serviços das empresas seguradoras e planos privados de assistência à saúde reduz a exposição ao racionamento observado no setor público.

A consulta nas especialidades médicas, os exames e as cirurgias são as principais intervenções objeto de racionamento pelo SUS, impondo aos usuários longos períodos de espera. A Tabela 5 mostra, por exemplo, a elevadíssima protelação no SUS para a provisão de diversos tipos de consulta médica especializada, exame ou cirurgias em outubro de 2012 em São Paulo, município mais rico do país. Nesta data, 660.000 pessoas estavam em lista de espera para estes procedimentos.

Tabela 3. População residente por classes de rendimento mensal familiar per capita e proporção da cobertura de seguro saúde privado – Brasil – 2003.

Classes de rendimentos mensais familiares (salários mínimos)	Percentual da População Residente com Seguro Saúde Privado
Até 1/2 e sem rendimento	4,4%
> de ½ a 1 salário mínimo	16,1%
> de 1 a 2 salários mínimos	33,7%
> de 2 a 3 salários mínimos	54,8%
> de 3 a 5 salários mínimos	68,8%
> de 5 salários mínimos	82,5%

Fonte: IBGE/PNAD. 2010.

Tabela 4. Disponibilidade de estabelecimentos de apoio e diagnóstico no SUS e no setor de seguro saúde – Brasil 2009.

	Frequência	População Coberta	Disponibilidade de Estabelecimentos por 1
SUS	63.401	161.804.365	3,40
Seguro Saúde	30.669	29.676.265	10,33

Fonte: IBGE/AMS, 2010.

Tabela 5. Tempo de espera para consultas especializadas, exames de cirurgias, no sistema público único de saúde no município de São Paulo – outubro de 2012.

Descriptor	Espera em Dias
Consulta ortopedia e traumatologia geral	35
Consulta oftalmológica	74
Consulta dermatologia	152
Consulta otorrinolaringologia	110
Ultrassonografia vaginal	183
Endoscopia digestiva alta	288
Ultrassonografia de abdômen total	83
Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	510
Cirurgia do aparelho circulatório	103
Cirurgia osteomuscular	451

Fonte: Folha de São Paulo, 18 de Janeiro de 2013.

políticas para a dívida social na saúde durante a redemocratização dos anos 1980. Considerava-se que a reforma universalizante para o setor traria uma solução sistêmica para a questão do financiamento, do acesso e da provisão da assistência coletiva e individual à saúde.

A exacerbão dos interesses particularistas na nova democracia, contudo, foi um evento não antecipado pelos reformistas¹⁵. A crescente focalização da provisão do SUS nos estratos de menor renda no país indica que a ação pública cumpre nos dias atuais funções meramente distributivas que abdicam do projeto de reforma abrangente e sistêmica do setor. A intervenção distributiva do governo federal não busca nem mesmo a implantação de novas funções regulatórias, como observado nos sistemas de saúde das economias centrais, mas o desenvolvimento de políticas públicas focais e seletivas para os pobres⁴⁶.

O setor saúde brasileiro é, portanto, muito singular quando comparado com aos países emergentes pela importante participação de seguro privado de assistência à saúde e pela magnitude do desembolso direto na sua configuração²⁰. Infelizmente, o desenvolvimento do SUS não é o traço distintivo da experiência brasileira no setor saúde como quer fazer crer a produção intelectual nacional. Não resta dúvida de que a combinação da focalização da atenção primária nos estratos mais pobres com a prática da seleção de risco dos planos e seguros de saúde impõe o ônus do desembolso direto como a saída para os que necessitam assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. A evidência sobre a fila de espera comprova que a população está desassistida na área da saúde a despeito da orientação institucional para a universalização e a gratuidade dos serviços no Brasil. Diante de tamanha desregulação sistêmica, as falhas governamentais para a assistência à saúde não serão superados apenas com a bala de prata da austeridade como supõe o pensamento dos economistas liberais brasileiros.

Considerações finais

Paim et al.¹⁹ estão completamente certos ao afirmar que o setor saúde tornou-se dominante privado no Brasil. É aceitável a tese de que o SUS foi resultado de um processo de mobilização democrática. No entanto, os vários mecanismos de participação criados pela reforma sanitária não impediram a consolidação de arranjo institucional privatista²⁰. Muitos autores já aceitam a desconfortável ideia de que o setor saúde brasileiro é iníquo e regressivo sob o ponto de vista das despesas das famílias pela relevância do desembolso direto⁴⁵. Nesse sentido, a superação do déficit de equidade na provisão de assistência à saúde é ainda um desafio ao país. A proposta da CF 1988 foi uma solução eficiente das elites

Referências

1. Ames B. Os entraves da democracia no Brasil: uma crise antevista? *Folha de S. Paulo* 2016 maio 13.
2. Lisboa M. Entrevista. *Valor Econômico* 2016 jun 23; p. 8.
3. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 1963; 53(5):941-973.
4. Hsiao W. Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn from One Another. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1992; 17(4):613-636.
5. Hsiao W, Heller PS. What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? *IMF Working Papers* 2013.
6. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdin R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362(9378):111-117.
7. Castro JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias* 2002; 1(7):122-135.
8. Esping-Andersen G. As Três Economias Políticas do Welfare State. *Lua Nova* 1991; 1(24):85-115.
9. Moran M. Understanding the welfare state: the case of health care British *Journal of Politics and International Relations* 2000; 2(2):135-160.
10. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance, OECD Health Project. June 2004. [acessado 2013 dez 23]. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/24/52/31916207.pdf>
11. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* 2012; 380(9845):924-932.
12. Schmitter PC. Still the Century of Corporatism? *The Review of Politics* 1974; 36(1):85-131
13. Costa NR. Estudo de Caso: México. In: Biasoto G, Silva PLB, Dain S, organizadores. Regulação do Setor Saúde nas Américas: As Relações Entre o Públíco e o Privado. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2006. p. 375-392.
14. Weyland K. Social Movements and the State: The Politics of Health Reform in Brazil. *World Development* 1995; 23(10):1699-1712.
15. Costa NR. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. *Physis* 2014; 24(3):809-829.
16. Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excluente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 1990; 3(1):139-162.
17. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
18. Draibe SM. Há Tendências e Tendências: Com que Estado de Bem Estar Social Haveremos de Conviver? *Cadernos de Pesquisa NEPP Unicamp* 1989; 1(10):1-89.
19. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 1(377):1778-1797.
20. Costa NR, Vaitsman J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis Can Help Understand the Development of Brazil's Health System. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2014; 16(5):441-456.
21. Krasner SD. *International Regimes*. Ithaca: Cornell University Press; 1983.
22. Poullier JP, Hernandez P, Kawabata K. *National Health Accounts. Concepts, Sources, and Methodology*. Genebra: WHO; 2002.
23. Braga JC, Paula SG. *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: Cebes/Hucitec; 1981.
24. Bahia L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação In: Negri B, Giovanni G, organizadores. *Radiografia da Saúde no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp; 2001. p. 325-362
25. Lewis MA, Medici AC. Private Payers of Health Care in Brazil: characteristics, costs and coverage. *Health Policy Plan* 1995; 10(4):362-375.
26. Costa NR, Castro AJW. *O regime regulatório e estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. Regulação e Saúde*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2003.
27. Costa NR. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1453-1462.
28. Dias Filho PPS. *Neocorporativismo e Saúde Suplementar: as bases sociais da privatização da Saúde no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2016.
29. Dain S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl.):1851-1864.
30. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1389-1398.
31. Macinko J, Marinho de Souza Mde F, Guanais FC, da Silva Simões CC. Going to Scale with Community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil 1999 – 2004. *Soc Sci Med* 2007; 65(10):2070-2080.
32. Obinger H, Castles FG, Leibfried S. Introduction: federalism and the welfare state. In: Obinger H, Castles FG, Leibfried S, editors. *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 1-46.
33. Arretche MTS. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):331-345.
34. Falleti TG. Infiltrating the State. The Evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964-1988. In: Mahoney J, Kathleen T, editors. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 38-62.
35. Guanais FC, Macinko J. The Health Effects of Decentralizing Primary Care. *Brazil Health Affairs* 2009; 28(4):1127-1135.
36. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges *Lancet* 2011; 1(377):1863-1876.
37. Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):907-923.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde*. Brasília: MS; 2011.

39. Controladoria Geral da União – Portal da Transparéncia. [acessado 2016 jun 1]. Disponível em: http://www.portaldatransparencia.gov.br/PortalFuncoes_Detalhe.asp?Exercicio=2013&codFuncao=10&Pagina=1
40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *POF - Pesquisa de Orçamento Familiar*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
42. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e Dinâmica Política do Federalismo Sanitário Brasileiro. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):204-211.
43. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados do Setor. [acessado 2016 jun 13]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/dados_setor/dados_setor.asp
44. Classe C entra em Planos de Saúde e superlota hospitalais. *Valor Econômico* 2012; 3 dez.
45. Ugá MAD, Santos IS. An Analysis of Equity in Brazilian Health System Financing. *Health Affairs* 2007; 26(4):1017-1028
46. Hunter W, Sugiyama NB. Democracy and Social Policy in Brazil: Advancing Basic Needs, Preserving Privilege Interests. *Latin American Politics and Society* 2009; 51(2):29-58.

Artigo apresentado em 29/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 11/10/2016