Sistema de Saúde no Brasil:
organização e financiamento

Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)
Ministério da Saúde (MS)
Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil

Sistema de Saúde no Brasil:
organização e financiamento

Organizadores:
Rosa Maria Marques
Sérgio Francisco Piola
Alejandra Carrillo Roa

Rio de Janeiro (RJ)
2016

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

©1ª edição 2016 – versão impressa
Tiragem: 1000 exemplares

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Ministério da Saúde (MS)
Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Anexo B - Sala 475
CEP: 70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (61) 3315-3205

Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7º andar
CEP: 21041-20 - Manguinhos - Rio de Janeiro (RJ)
Site: www.abresbrasil.org.br
E-mail: contato@abresbrasil.org.br

Organização Pan-Americana da Saúde/
Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
CEP: 70800-400 – Brasília, DF – Brasil.
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org
Site: www.paho.org/bra

CRÉDITOS DA EQUIPE TÉCNICA:

Normalização:
Eugenia Magna Broseguini Keys /Respons. Técnica (CRB-6/MG 408-ES)
Lucileide A. de Lima do Nascimento (CRB-6/MG 309-ES)

Design Gráfico, diagramação e capa:
Pedro Lísias Moraes e Silva

Catalogação na Publicação
Eugenia Magna Broseguini Keys (CRB-6/MG 408-ES)
Lucileide Andrade de Lima do Nascimento (CRB-6/MG 309-ES)

S1623

Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento / Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, Alejandra Carrillo Roa (Organizadores). – Rio de Janeiro : ABrES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016.
260 p. : il.

ISBN: 978-85-7967-115-9 (broch.).

1. Economia da saúde. 2. Saúde pública – Avaliação. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Financiamento da saúde. I. Marques, Rosa Maria. II. Piola, Sérgio. III. Carrillo Roa, Alejandra. IV. Associação Brasileira de Economia da Saúde. V. Brasil. Ministério da Saúde. VI. Organização Pan-Americana da Saúde. VII. Organização Mundial da Saúde.

CDU 33:614.39

Títulos para indexação:
Em língua inglesa: *Health system in Brazil: organization and financing*
Em língua espanhola: *Sistema de salud en Brasil: organización y financiación*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO *5*

PARTE I
A SAÚDE NO MUNDO E NA AMÉRICA DO SUL

1 O direito à saúde no mundo *11*
Rosa Maria Marques

2 Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas *37*
Alejandra Carrillo Roa
Gerardo Alfaro Cantón
Mariana Ribeiro Jansen Ferreira

3 Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul *75*
Alejandra Carrillo Roa

PARTE II
FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

4 O financiamento dos serviços de saúde no Brasil *101*
Sérgio Francisco Piola
Maria Elizabeth Diniz Barros

5 O SUS e seu financiamento *139*
Áquilas Mendes
Francisco Rózsa Funcia

6 Transferências federais no financiamento da descentralização *169*
René José Moreira dos Santos
Viviane Rocha de Luiz

7 A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços *205*
Maria Angélica Borges dos Santos
Luciana Mendes Santos Servo

8 O financiamento do SUS numa perspectiva futura *247*
Rosa Maria Marques
Sérgio Francisco Piola
Carlos Octávio Ocké-Reis

APRESENTAÇÃO

A Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil e o Ministério da Saúde (MS) uniram esforços junto a representantes de outras instituições para produzir esta obra, que pretende ser uma referência atual para os mais diversos leitores: estudantes, gestores, acadêmicos e profissionais dos diferentes campos disciplinares interessados no sistema de saúde brasileiro.

Este livro, na forma de coletânea, insere-se em um contexto mais amplo de reflexão sobre a organização e o financiamento da saúde no Brasil, assunto que desde a própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece na agenda nacional de discussões. Nesse contexto, esta obra constitui-se em um importante esforço de sistematização e produção de conhecimentos, que visa caracterizar o financiamento do sistema de saúde brasileiro, apresentando algumas constatações iniciais do debate em curso.

A escolha e a estruturação dos capítulos responderam à necessidade de identificar e apresentar as diversas dimensões do financiamento da saúde no Brasil e seus desafios, com fundamentos técnico-científicos, contextualizados social e politicamente. Nesse sentido, as ideias aqui apresentadas, por cientistas sociais e profissionais da saúde, subsidiam o debate contemporâneo que vem sendo travado em nível nacional sobre o financiamento do SUS e representam a opinião dos autores, não representando, necessariamente, o pensamento das instituições que apoiaram a publicação.

Dessa forma, o livro está composto de duas partes e oito capítulos. A primeira parte, constituída por três capítulos, procura contextualizar o

leitor, oferecendo elementos teóricos e didáticos, com dados atualizados sobre a situação da proteção social e dos sistemas de saúde em alguns países do mundo. No capítulo um, Rosa Maria Marques discorre sobre a construção da Saúde como direito social, apresentando o processo de construção da proteção social dos países europeus ocidentais e os tipos de sistemas de saúde existentes na atualidade. A autora destaca as diferentes formas de financiamento, a relação público–privada e os desafios que estes representam para os sistemas de saúde. No capítulo dois, Alejandra Carrillo Roa, Gerardo Alfaro Cantón e Mariana Jansen Ferreira comparam os sistemas de saúde de um grupo selecionado de países da América do Sul. Além de apresentar as principais caraterísticas dos sistemas de saúde em termos de organização, cobertura populacional e de prestações de serviços, os autores discutem sobre os processos de reforma e políticas públicas implantadas para avançar no acesso universal em saúde, mostrando tanto os resultados obtidos como os desafios que esses países ainda enfrentam. No capítulo três, Alejandra Carrillo Roa analisa e compara o financiamento dos sistemas de saúde de um conjunto de países selecionados da América do Sul. A autora apresenta os níveis de gasto em saúde e a estrutura de financiamento dos diferentes sistemas de saúde, com ênfase na composição público-privada. Além disso, Alejandra busca destacar a questão do gasto direto e da proteção financeira na região, trazendo elementos sobre os gastos catastróficos e empobrecedor.

A segunda parte do livro, composta de cinco capítulos, aprofunda as caraterísticas da organização e financiamento do sistema de saúde no Brasil, com ênfase no setor público, o Sistema Único de Saúde. No capítulo quatro, Maria Elizabeth Diniz Barros e Sérgio Francisco Piola apresentam uma visão integral do sistema de serviços de saúde do Brasil.

Os autores analisam a organização do sistema de saúde de forma esquemática, discutindo os componentes do segmento público (SUS e serviços para clientelas específicas) e privado (sistemas de planos e seguros [pré-pagamento] e de pagamento no ato), sob a óptica da origem dos recursos, acesso, cobertura e rede de serviços, mas dando especial ênfase à questão do financiamento. No capítulo cinco, Áquilas Mendes e Francisco Funcia sistematizam a história do financiamento da saúde pública brasileira, analisando as caraterísticas legais e estruturais que antecederam a criação do SUS e que lhe sucederam após a Constituição de 1988. Os autores discutem sobre as diferentes crises no financiamento do SUS e analisam as fontes e os usos dos recursos financeiros e orçamentários do sistema público, destacando a participação das esferas de governo e a destinação do gasto federal segundo programas e ações. Além disso, Mendes e Fúncia debatem o subfinanciamento do SUS, constatando algumas mudanças legislativas e orçamentárias recentes que afetaram o financiamento do sistema público. No capítulo seis, René José Moreira dos Santos e Viviane Rocha de Luiz delineiam como é executada a alocação de recursos no SUS, detalhando os critérios e instrumentos legais das transferências federais para o setor saúde. Os autores analisam as tendências na descentralização dos recursos federais durantes as últimas duas décadas, alertando sobre seus principais problemas e antecipando possíveis alternativas de solução. No capítulo sete, Maria Angélica Borges dos Santos e Luciana Mendes Santos Servo estudam a provisão dos serviços e ações do SUS, considerando a participação de agentes públicos e privados e as formas de produção e remuneração dos serviços. As autoras detalham a evolução da estrutura de provisão de serviços pelo SUS nas últimas quatro décadas, considerando as mudanças institucionais e os incentivos remuneratórios. Também sistematizam as formas de

remuneração da rede de prestadores sob gestão dos governos estaduais e municipais, destacando as experiências de administração direta de serviços e de administração terceirizada de unidades de saúde, com o modelo de Organizações Sociais de Saúde. No oitavo e último capítulo do livro, Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola e Carlos Octávio Ocké-Reis discutem algumas hipóteses explicativas possíveis para a crônica insuficiência de recursos do setor público e para a manutenção de um sistema de saúde segmentado apesar do SUS, aprofundando o debate sobre o volume de recursos e o papel da participação federal no financiamento desse sistema. Além disso, os autores focam na questão da regulação do segmento de planos e seguros privados de saúde, como condição importante para o fortalecimento do SUS.

A ABrES, a OPAS/OMS no Brasil e o Ministério da Saúde se consideram recompensados por terem apoiado esta iniciativa, que conseguiu congregar autores com experiências concretas nas áreas de gestão e financiamento de sistemas de saúde e do próprio SUS, produzindo uma obra que oferece conhecimentos essenciais para todos aqueles interessados em compreender a realidade do sistema de saúde brasileiro desde a óptica do financiamento. Esperamos que este livro seja motivador de novas pesquisas e estudos neste campo disciplinar e que enriqueça ainda mais o debate contemporâneo sobre o financiamento do SUS.

Rosa Maria Marques
Sérgio Francisco Piola
Alejandra Carrillo Roa
(Organizadores)

PARTE I

A SAÚDE NO MUNDO E NA AMÉRICA DO SUL

1
O direito à saúde no mundo

Rosa Maria MARQUES[1]

Este capítulo tem como objetivo destacar que o direito à saúde, hoje garantido parcial ou totalmente em diversos países do mundo, é fruto de uma longa trajetória e deve ser visto como uma construção histórica, nascida das condições derivadas do desenvolvimento do modo de produção capitalista. Contudo, a despeito de seus determinantes maiores, a forma específica como o acesso à saúde se conforma e se organiza em cada país, se mais ou menos universal ou se mais ou menos financiado pelo Estado, por exemplo, decorre de um conjunto de fatores próprios de cada sociedade, no qual atuaram e atuam componentes políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos. Além disso, a construção dos sistemas de saúde não pode ser entendida de forma dissociada à proteção social erigida ao longo do capitalismo. Mostrar a estreita relação entre uma e outra também é objetivo deste capítulo. O outro objetivo é apresentar, de forma sintética, os tipos de sistema de saúde hoje existentes no mundo e seus desafios.

O capítulo está dividido em duas partes. Na primeira, recupera-se, ainda que de forma resumida, o processo de construção da proteção social dos países europeus ocidentais, berço da proteção social tal como a conhecemos hoje. Nessa parte, ainda, são apresentados os traços característicos dos tipos de proteção que foram conformados no mundo no período que se segue ao final da II Guerra Mundial. A seguir, são apresentados os tipos de sistemas de saúde hoje existentes,

[1] Professora titular do Departamento de Economia e do Programa de Estudos Pós-graduados em Economia Política da PUC-SP e presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde.

destacando-se sua forma de financiamento, a relação público-privado e os desafios que para eles se colocam, fruto de dinâmicas próprias ou das condições econômicas das últimas décadas.

1 As origens e os tipos de sistema de proteção social

É na sociedade capitalista que assistimos o aparecimento da garantia de acesso a ações e serviços de saúde de um segmento da população de um país. No antigo regime, a aristocracia e a população de mais alta renda tinha seus cuidados a cargo de médicos particulares; a população em geral, largamente rural, recebia os cuidados derivados do saber acumulado pela comunidade local e os mais pobres recebiam a atenção propiciada por organizações religiosas católicas em seus hospitais. Contudo, como esclarece Foucault (1982):

> Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. [...] E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação (FOUCAULT, 1982, p. 99-100).

A formação histórica dos sistemas de proteção social[2] se confunde com a própria construção da sociedade capitalista. Em suas

[2] A proteção social atual, de diferentes tipos ou modelos, configuram-se formas de organização e intervenção estatal na esfera social, abrangendo a saúde, a previdência e a assistência social.

origens, encontram-se os mecanismos criados pelos trabalhadores assalariados da indústria, os quais constituíam amparo de tipo ajuda mútua. Formados pelos trabalhadores da indústria, com base na contribuição voluntária dos trabalhadores, visavam prover necessidades derivadas do desemprego, da doença, da morte e da velhice (CASTEL, 2012). Os benefícios eram em dinheiro e em alguns casos havia assistência médica mediante a contratação de médicos pela associação de ajuda mútua.

Essas formas rudimentares e corporativistas de proteção buscavam cumprir dois objetivos. De um lado, tratava-se de preencher o vazio ocasionado pela destruição das antigas formas de solidariedade associadas às corporações de ofício e à vida no campo, provocado pelo rápido crescimento da indústria e das cidades. Naquele momento, dada a situação em que viviam os trabalhadores, a família e a vizinhança não conseguiam se colocar como efetiva rede de proteção[3]. De outro, servia como garantia mínima para que os trabalhadores pudessem não ficar completamente à mercê das condições de trabalho e salário oferecidas pelos capitalistas. Dessa forma, a existência desse tipo de proteção social, bem como sua capacidade em prover a cobertura que se propunha, dependia diretamente do grau de organização que os trabalhadores, reunidos por ramos de atividade, lograram alcançar nas fases iniciais do processo de industrialização.

Na época, a única ação realizada pelo Estado, com o concurso decisivo da iniciativa privada, se resumia às *casas de trabalho*, que longe de constituírem instrumento de integração ou de assistência social, representavam uma poderosa ferramenta para obter o disci-

[3] Para lembrarmos como viviam a maioria dos trabalhadores na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, ver Engels (2008).

plinamento da força de trabalho (CASTEL, 2012). Mais tarde, dada a omissão do Estado, alguns empresários preocuparam-se em garantir uma cobertura mínima dos principais riscos e necessidades de seus empregados. As ações desenvolvidas pelos industriais abrangiam, inclusive, o fornecimento de moradia e educação para os filhos dos trabalhadores. De acordo com alguns autores, dos quais se destaca Benjamin Coriat em *L'Atelier et le Chronomètre* (CORIAT, 1982), esse tipo de proteção permitiu que o capitalista fixasse e disciplinasse sua força de trabalho. Como bem lembra Marx (CORIAT, 1982), em *O Capital*, no capítulo XI do volume I, o principal grande desafio enfrentado pelo capital, num primeiro momento, foi transformar a imensa massa de expulsos do campo em trabalhadores que se sujeitassem a trabalhar em um lugar fechado e insalubre, todos os dias e em qualquer condição climática.

O Estado somente passou a se responsabilizar pela organização e gestão da proteção social impulsionado e/ou pressionado pelo crescimento da organização independente dos trabalhadores (ESPING-ANDERSEN, 1991).[4] Isso ocorreu no início do século XX, fase que corresponde à gestão taylorista da força de trabalho. A única exceção que se tem registro é o caso da Alemanha, onde a legislação previdenciária data dos anos oitenta do século XIX. Esse fato, no entanto, apenas vem confirmar a relação existente entre a emergência do Estado em matéria de proteção social e o grau de organização dos trabalhadores. Na leitura desse autor, a iniciativa de Bismarck tinha a clara intenção de desmobilizar e cooptar a forte organização dos trabalhadores alemães. Ninguém melhor do que Engels (1895, não paginado) para dar uma ideia da importância social desse movimento:

[4] Antes disso, porém, na segunda metade do século XIX e na Europa Ocidental, no bojo de um processo de institucionalização das associações de ajuda mútua, foram aprovadas legislações que permitiram que o Estado transferisse a elas recursos financeiros. Esses valores eram, todavia pouco expressivos.

> A guerra de 1871 e a derrota da Comuna tinham, como Marx havia previsto, transferido o centro de gravidade do movimento operário europeu, da França para a Alemanha. Na França, é evidente que foram necessários vários anos para a recuperação da carnificina de 1871. Ao contrário, na Alemanha, onde a indústria - favorecida pela entrada de milhares de franceses - desenvolvia-se rapidamente, como uma serra quente, cada vez mais rápida, a socialdemocracia crescia com uma rapidez e um sucesso ainda maior. Graças a inteligência com a qual os operários alemães utilizaram o sufrágio universal, instituído em 1866, o crescimento espantoso do partido apareceu aos olhos do mundo em cifras indiscutíveis. Em 1871, 100.000 votos; em 1874, 352.000; em 1877, 492.000 votos socialdemocratas. Em seguida veio o reconhecimento desse progresso pelas autoridades superiores, sob a forma da lei contra os socialistas. O partido foi momentaneamente disperso. O número de votos caiu para 312.000 em 1881. Mas esse golpe foi rapidamente ultrapassado e, a partir daí, sob a pressão da lei da exceção, sem imprensa, sem organização exterior, sem direito de associação e de reunião, a ampliação vai realmente começar. 1884: 550.000 votos; 1887: 763.000 votos; 1890: 1.427.000 votos. E a mão do Estado foi paralisada. A lei contra os socialistas desapareceu. O número de votos socialistas subiu para 1.787.000, mais de 1/4 da totalidade dos votos (ENGELS, 1895, não paginado).

Encaminhada em um contexto autoritário, com cerceamento da liberdade de organização, a lei de seguro de saúde da Alemanha (a primeira a ser aprovada, no mesmo ano da lei da maternidade) sofreu forte oposição dos trabalhadores (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). A lei foi aprovada graças à coalização de católicos e conservadores, mas não contemplou o substantivo aporte estatal previsto na proposta original. Dessa forma, seu financiamento ficou restrito à contribuição de empregado e empregador.

Aceitar que o Estado tenha se preocupado em organizar sistemas de proteção social pressionado pela organização dos trabalhadores não implica desconsiderar o papel que esses sistemas tiveram na

própria formação do assalariamento. De fato, como lembra Lenhardt e Offe (1984), concordando com Marx,

> [...] do ponto de vista sociológico, nada indica que os indivíduos atingidos por essa 'desapropriação' das condições de utilização do seu trabalho ou de outras condições de subsistência, transitem espontaneamente para o estado da proletarização 'ativa', isto é, passem a oferecer sua força de trabalho nos mercados de trabalho (LENHARDT; OFFE, 1984, p. 15-16).

Entre outras, havia a alternativa da mendicância, do roubo e da emigração para outras terras. O trabalho assalariado torna-se atraente somente quando os riscos a ele associados passam a ser cobertos. E é isso que possibilitou a transformação em massa dos despossuídos em assalariados (LENHARDT; OFFE, 1984; CASTEL, 2012).

De maneira geral, pode-se afirmar que o desenvolvimento desigual da indústria e da organização dos trabalhadores entre os países, isto é, o fato de alguns terem começado mais cedo do que outros determinou que o início da participação do Estado ocorresse em momentos diferentes nos vários países. Já o processo de incorporação dos riscos na cobertura da proteção social garantida pelo Estado foi mais ou menos semelhante em todos os países. Há uma clara precedência do acidente de trabalho, da velhice e da invalidez sobre os demais. De fato, a garantia de benefícios decorrentes de acidente de trabalho foi a origem da estruturação dos atuais sistemas de proteção. Mais do que isso, nas principais sociedades, seu surgimento foi o corolário de um amplo movimento social e político que lutava pela criação de legislações relativas à higiene e segurança no trabalho. Na Tabela 1, pode-se ver a estreita relação, para alguns países, do início da ação do Estado na cobertura dos riscos sociais e o momento em que foram fundados os partidos socialistas operários e as federações sindicais.

Segundo Navarro (1993), o grau de fraqueza relativa dos capitalistas frente aos demais segmentos da classe dominante determinou a maneira como foram respondidas, em cada país, as pressões da classe trabalhadora para a construção de um sistema de proteção.

> Em países com uma classe capitalista débil e incapaz de romper com a ordem feudal - como Alemanha, Áustria, França e Itália -, a classe capitalista teve que se aliar com a aristocracia para se opor ao crescimento da classe trabalhadora, criando o Estado absolutista. Devido à dominação dessa aliança sobre o Estado, o método empregado para estabelecer esquemas de seguridade social foi dividir a classe trabalhadora, outorgando benefícios de acordo com o status e tipo de emprego - seguindo um modelo corporativista.
>
> Naqueles países onde não foi necessário aliar-se com a aristocracia - como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia -, a classe capitalista responde de maneira diferente às pressões [...] Criaram-se divisões na classe trabalhadora através de dois mecanismos: 1) confiança no mercado para a provisão de diferentes tipos de seguro de saúde com cobertura social distinta dependendo do local de trabalho; 2) um forte compromisso por parte do Estado (altamente influenciado pela classe capitalista) de utilizar o parâmetro dos meios de subsistência para diferenciar os 'merecedores' dos 'não merecedores' dos benefícios sociais (NAVARRO, 1993, p. 162-163).

Tabela 1 - Ano de criação dos partidos socialistas, das federações sindicais e das primeiras leis de cobertura dos principais riscos

Países	Sindicato	Partido	Riscos					
			Velhice	Invalidez	Morte	Doença	Maternidade	Acidente de trabalho
EUA	-	-	1935	1935	1935	1965	nd	1908
R.U	1867	1900	1908	1911	1925	1911	1911	1887
Alemanha	1868	1875	1889	1889	1889	1883	1883	1884
Itália	1906	1892	1919	1919	1919	1927/43	1912	1898
Japão	-	-	1941	-	-	1922	nd	1911
França	1895	1905	1910	-	-	1928	1928	1898
Espanha	-	-	1919	1919	1919	1942	1929	1932
Suécia	1898	1889	1932	1932	1932	1891/1931	1891/1931	1901

Fonte: Security Programs Tthroughout the World (1990) e Navarro (1993). Elaboração própria.

Em relação ao grau de cobertura e forma de financiamento, a primeira fase dos sistemas de proteção caracterizava-se por estar di-

rigida apenas aos trabalhadores urbanos e utilizar as contribuições de empregados e empregadores como fonte de recursos. No caso previdenciário, destaca-se, ainda, que o regime de custeio era de capitalização coletiva, isto é, o fundo acumulado era utilizado para o pagamento das pensões e aposentadorias dos contribuintes de acordo com a disponibilidade decorrente da rentabilidade de seus ativos. Não havia, portanto, benefícios definidos. Nessa forma de organização da proteção, a solidariedade, de caráter compulsório, era estabelecida entre os próprios ativos (OLIVENNES, 1992).

O segundo período digno de nota da construção dos sistemas de proteção inicia-se ao término da II Guerra Mundial, quando o regime fordista de acumulação tornou-se hegemônico no mundo. Apesar das diferenças nacionais, nos países da Europa Ocidental, as características básicas deste período são a ampliação paulatina da cobertura para novos segmentos de trabalhadores ou populacionais e a incorporação de novos riscos e problemas sociais como objeto de sua ação. Portanto, é própria desse período, que é conhecido como *Welfare State* (WS), a universalização da cobertura para o conjunto da população e o alargamento do próprio conceito de proteção, para além da assistência à saúde e das rendas de substituição derivadas da velhice, da doença e da invalidez. Afora a garantia de renda em caso de desemprego, alguns países chegaram a incluir a habitação, os cuidados com crianças pequenas e a reciclagem da mão de obra. Em termos de regime de custeio da área previdenciária, onde o financiamento era realizado mediante contribuição, houve a substituição da capitalização coletiva pela repartição simples, significando a introdução da solidariedade entre gerações e o abandono da solidariedade entre os ativos.

As bases materiais para o desenvolvimento do WS foram propiciadas pelo rápido crescimento das economias dos países avançados e pela expansão do assalariamento em todas as esferas da atividade humana, atingindo, nos países centrais, uma situação de quase pleno emprego. Já em termos políticos, fundamental para o processo de decisão, foi determinante o papel desempenhado pela então União Soviética na derrota da Alemanha nazista, o surgimento de outros Estados socialistas no Leste e a importância das representações políticas dos trabalhadores na composição de vários governos no imediato pós-guerra (HOBSBAWM, 1995).

Ao se levar em conta esse determinantes, está se considerando que a construção do WS também serviu como um anteparo para impedir o recrudescimento das lutas sociais nos países ocidentais após o fim da II Guerra Mundial. Além disso, segundo algumas escolas do pensamento econômico, os benefícios concedidos pela proteção social, assim como a política de aumento real dos salários e a expansão do crédito ao consumidor (características do período do WS) foram a contrapartida necessária da generalização das normas de produção que viabilizaram a produção em série, isto é, da organização fordista da produção. A incorporação de novos riscos sociais na proteção social e a melhora nos valores dos benefícios permitiram que o salário deixasse de ser o único elemento constitutivo da renda disponível da população assalariada. Passaram a compor o custo de reprodução do trabalhador os benefícios sociais concedidos às famílias ou ao trabalhador, tanto sob a forma de serviços como através de pensões, auxílios e reembolsos de despesas com saúde. Em alguns casos, como na França, em 1990, a participação das transferências realizadas pela proteção social chegou a representar mais de 30% da renda disponível das famílias (D'INTIGNANO, 1993, p. 55). Isso,

sem sombra de dúvida, constituiu um importante aporte para o consumo de massa.

A universalização da cobertura implicou a superação da proteção social voltada para os trabalhadores assalariados e urbanos e a eleição da cidadania como princípio para a concessão dos direitos. Uma das consequências dessa profunda modificação foi o uso, cada vez mais significativo, das receitas de impostos no interior de sistemas basicamente dependentes das contribuições sobre a folha salarial. Em alguns países, como se verá mais adiante, a saúde passou a ser integralmente financiada por impostos e o acesso tornou-se universal, mesmo sem considerar a situação de quase pleno emprego.

Esses traços gerais aqui apresentados para a proteção social dos países da Europa Ocidental, fundados em sistemas corporativistas (de inspiração bismarckiana), financiados na origem por contribuições de trabalhadores e empregadores, ou em sistemas nacionais financiados por impostos, mas um e outro universalizado em função da incorporação crescente da população ativa ao mercado de trabalho, não foi a opção seguida pelos Estados Unidos. Neste país não estavam presentes parte importante dos fatores que atuaram na conformação da proteção social do pós-guerra, especialmente a particular correlação de forças que se estabeleceu entre as classes sociais na Europa Ocidental quando o conflito terminou. Dessa forma, a trajetória anterior, de fundos de pensão e planos de saúde, com uma quase ausência do Estado, foi continuada e aprofundada[5].

Esping-Andersen (1991), a partir das diferentes configurações de proteção social do pós-guerra, aí incluindo os Estados Unidos e o Canadá, sugere a seguinte tipologia para os sistemas de proteção social.

[5] Nos Estados Unidos, os imigrantes criaram associações de ajuda mútua. Contudo, logo se organizaram em sindicatos que foram duramente reprimidos no século XIX (ZINN, 2002).

Quadro 1 - Tipos de sistema de proteção social

Residual ou liberal	Políticas seletivas e focadas. O Estado intervém apenas quando os canais tradicionais (família, mercado, redes comunitárias) são insuficientes.	Baixo potencial de promoção de justiça social
Corporativista ou meritocrático	Políticas sociais amplas, mas com benefícios estratificados por grupos ou corporações. Contrapõe-se de maneira limitada ao efeito das forças de mercado na alocação de recursos.	Potencial intermediário de promoção de justiça social
Institucional -Redistributivo ou socialdemocrata	O Estado provê o acesso universal a uma vasta gama de bens e serviços, "desmercantilizando" os cidadãos e igualando os desiguais. A premissa é de que o mercado produz riscos sociais que devem ser eliminados	Elevado potencial de promoção de justiça social

Fonte: Esping-Anderson (1991). Elaboração própria.

De acordo com a classificação de Esping-Andersen, a proteção social dos Estados Unidos seria o exemplo típico do sistema residual ou liberal; as da Alemanha e a França, do corporativista ou meritocrático; e a da Inglaterra, o institucional – redistributivo ou socialdemocrata.

2 Os sistemas de saúde

2.1 Os diferentes tipos

Lobato e Giovanella (2012), ao discutirem os sistemas de saúde típicos, hoje presentes no mundo, partem da definição de Roemer (1991, p. 3) sobre o que seria um sistema: "[...] um conjunto de partes inter-relacionadas e interdependentes que tem como objetivo atingir determinados fins". Para elas, essa noção aplica-se aos sistemas de saúde,

pois em todos os países é "[...] possível identificar uma série de ações, organizações, regras e indivíduos cujas atividades se relacionam direta ou indiretamente com a prestação de atenção à saúde" (ROEMER, 1991, p. 90). Dessa foram, os tipos de sistemas de saúde "[...] correspondem a modalidades de intervenção governamental no financiamento, na condução da regulação dos diversos setores assistenciais e na prestação de serviços de saúde, gerando condições distintas de acesso e no direito à saúde" (ROEMER, 1991, p. 92). Como anunciado na apresentação, os aspectos que aqui são abordados, presentes nos sistemas de saúde, restringem-se ao financiamento e à relação público-privado.

Os sistemas de saúde hoje existentes guardam uma relação estreita com os tipos de proteção social apresentados na primeira parte deste capítulo. Nos países centrais[6], os tipos mais encontrados de proteção social são os corporativistas ou meritocráticos e os socialdemocratas ou institucional redistributivo. O tipo residual, também chamado de assistencial, está presente somente nos Estados Unidos.

Na saúde, a proteção social do tipo socialdemocrata ou institucional redistributivo, fundada na cidadania e inspirada na busca da aplicação de justiça social, resultou nos **sistemas nacionais de saúde**[7], de caráter universal e financiado por impostos. O exemplo mais emblemático desse tipo de assistência à saúde é o National Health Service (NHS). Esses sistemas, também são conhecidos como beveridgianos, dado sua referência histórica ao Relatório Beveridge, de 1942, na Inglaterra. Naquele

[6] Adota-se neste capítulo a classificação de países centrais e periféricos, assumida pela teoria da dependência de Ruy Mauro Marini, André Gunder Frank e Theotônio dos Santos, entre outros. Os países centrais seriam aqueles em que ocorrem as determinações da economia mundial; os periféricos seriam aqueles que se integram a essa dinâmica de forma dependente, não influindo nessas determinações.

[7] Segundo Lobato e Giovanella (2012), os sistemas nacionais de saúde são mais eficientes, equânimes e têm maior impacto positivo sobre as condições de saúde de suas populações.

momento, em plena guerra, foi proposta, pela primeira vez, uma proteção social no campo da saúde que fosse alicerçado no princípio da cidadania, de modo a garantir o acesso a todos, independentemente de sua renda. Como forma de financiamento, foi proposta a substituição das contribuições de empregados e empregadores pelos impostos gerais. A proposta derivada desse relatório, entendida como uma promessa de governo feita durante a guerra, foi aprovada em 1946. Embora o partido no poder fosse trabalhista, a proposta recebeu aprovação de todos os outros. O NHS começou a funcionar em 1948. A partir daí, todo cidadão britânico teria acesso gratuito à assistência saúde, bastando para isso se registrar junto a um clínico geral, responsável pela atenção básica e por fazer a referência a especialistas e hospitais. Naquele momento, apenas 5% dos hospitais permaneceram na mão do setor privado, os demais tendo sido estatizados.

Nos sistemas universais, geralmente o Estado é o executor dos serviços de saúde, de modo que a rede hospitalar e ambulatorial é quase totalmente de propriedade estatal e os profissionais de saúde são funcionários públicos. Mesmo no caso de haver contratação de serviços, como se constitui um monoposônio (dado que é de longe o principal comprador no mercado; quase o único), têm grande capacidade de regulamentá-los e de controlar seus custos. Além do Reino Unido, o sistema de saúde beveridgiano, de serviços nacionais de saúde organizados pelo Estado e financiados com recursos de impostos, existe na Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia[8]. Na maioria desses países, os sistemas eram anteriormente do tipo corporativo ou meritocrático. A implantação

[8] Immergut (1992) conta que, embora não haja uma lei que tenha criado um serviço nacional de saúde na Suécia, sucessivas mudanças em sua legislação transformaram o sistema de saúde de tal forma que ele assim pode ser considerado desde 1969. Nele, a maior parte dos hospitais e dos médicos são públicos e funcionários do Estado.

desse sistema de saúde em Portugal e na Espanha ocorreu somente nos anos 1980, no bojo do processo de redemocratização propiciado com a Revolução dos Cravos e com a morte de Franco, respectivamente. Na Itália, ocorreu um pouco antes, em 1978, fruto de amplo movimento de reforma sanitária.

À proteção social corporativista ou meritocrática, correspondem os **sistemas de saúde de tipo seguro**, financiados fundamentalmente com contribuições de empregados e empregadores, embora possam contar também, em alguns casos, com recursos de impostos. A origem mais remota desses sistemas são as Caixas[9], organizações por categoria profissional que concediam assistência médica de acordo com sua capacidade financeira, o que se traduzia em segmentação e em diferenciação dos cuidados. Em termos históricos, sua origem remonta à Alemanha de Bismarck, nos anos 80 do século XIX, tal como mencionado na parte 1 deste capítulo, e por isto são também chamados de sistemas bismarkianos. Nesses sistemas, as ações de serviços de saúde coletiva são de responsabilidade de um órgão público, ficando o seguro responsável pelo tratamento e reabilitação.

Na interpretação de Lobato e Giovanela (2012, p. 97), a adoção em outros países europeus de sistemas de saúde do tipo bismarkiano deveu-se ao reconhecimento de seu sucesso por parte da classe dirigente:

> Desse modo, no início do século XX, observou-se um efeito importante de difusão de políticas sociais e de saúde. O exemplo da Alemanha provocou intensa discussão sobre seguros sociais em países da Europa. Governos de outras nações reconheceram as reformas sociais alemãs como uma política conservadora de sucesso, tanto para enfrentar o crescimento da esquerda quanto para preservar o sistema político e econômico, aumentar a produtividade do trabalho e satisfazer necessidades dos eleitores da classe trabalhadora. E assim criaram programar similares em seus países (LOBATO; GIOVANELA, 2012, p. 97).

[9] E antes disso, como visto anteriormente, as associações de ajuda mútua.

Aqui a interpretação é um pouco distinta. Considera-se que a expansão e aprofundamento das relações capitalistas, ao provocarem a organização dos trabalhadores, determinavam necessariamente a introdução do Estado na organização da proteção social e, portanto, do acesso à saúde. Considerando que as leis de assistência à saúde nos demais países só virão à luz no século XX, com exceção da Suécia, e que ocorrerão a partir dos anos 1920 (exceto na Inglaterra), a estratégia de Bismarck não poderia ser vista como uma forma bem sucedida de contenção da esquerda, posto que a Alemanha vivenciou uma revolução em 1919 e teve instalada a república de Weimar neste mesmo ano, que terminou somente em 1933, com a ascensão de Hitler.

Das Caixas aos tempos atuais, houve, principalmente depois das décadas que se seguiram ao fim da II Guerra Mundial (II GM), uniformização das ações e serviços de saúde concedidos e progressiva inclusão de novos grupos profissionais ao seguro social. Como mencionado anteriormente, em um quadro de quase pleno emprego, este último processo resultou na cobertura de quase toda sua população, de modo que eram considerados sistemas universais, na prática. Dito de outra maneira, a cobertura de quase 100% da população foi muito mais resultado da dinâmica do mercado de trabalho dos *trinta anos gloriosos* (HOBSBAWM, 1995) do que alterações institucionais ou legais nesses sistemas de saúde.

Por último, na proteção social **residual**, o Estado somente se responsabiliza por proteger os mais pobres, deixando que cada um compre serviços de saúde no mercado. O exemplo emblemático desse sistema é os Estados Unidos. Os programas públicos de proteção à saúde, introduzidos em 1965, dirigem-se apenas aos mais necessitados (Medicaid, financiado por impostos) e parcialmente aos aposentados (Medicare, financiado por contribuição compulsória).

Aqueles que não têm renda suficiente, embora não sejam considerados pobres, não estão cobertos nem pelos programas públicos nem pelos seguros e planos de saúde privados. Estima-se que 46 milhões de estadunidenses não tenham nenhum tipo de cobertura no caso de doença. Apesar disso, os Estados Unidos é o país que mais gasta em saúde no mundo, tanto em termos *per capita* como proporção do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2011, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), o gasto *per capita* em saúde foi de US$ 8.476 e o gasto total correspondeu a 17,7% do PIB, o que denota a grande ineficiência do gasto em saúde nesse país.

Ainda nos Estados Unidos, em 2010, o governo Obama propôs uma reforma no sistema de saúde, a fim de controlar a expansão dos custos e, principalmente, ampliar o acesso aos serviços de saúde. A Lei do Seguro Saúde Acessível previa uma ampliação da faixa de renda de pessoas elegíveis ao Medicaid e importantes alterações nos seguros privados. O governo criou um mercado regulado de venda de planos de saúde, com preços mais baixos e sem a possibilidade de negar cobertura a pessoas com doenças preexistentes. A partir de janeiro de 2014, quando a lei passou a vigorar, todo residente nos Estados Unidos passou a ser obrigado a contratar um seguro. A população de baixa renda, não elegível pelo Medicaid, tem direito a um subsídio parcial dos governos federal e estadual. Contudo, como a implantação da lei depende da adoção por cada estado, tem apresentado importantes diferenças nacionais.

Restaria ainda mencionar outro tipo de sistema de saúde, cuja inspiração foi o modelo Semashko, nome associado ao sistema de saúde da ex-União Soviética (URSS) e dos países do Leste Europeu que integravam o Pacto de Varsóvia. Esse sistema, implantado depois da revolução russa, garantia acesso universal, era centralizado e financiado pelo orçamento

estatal (CHAVÉZ, 1996). Cuba é um exemplo ainda vivo desse sistema. Embora mostre características semelhantes ao sistema de saúde institucional redistributivo, não pode ser a ele comparado, pois foi construído em sociedade socialista, na qual não havia a possibilidade do desenvolvimento de um setor privado de saúde, mesmo que pequeno. Atualmente, nos países da Europa do Leste, anteriormente sob a influência da ex-URSS, foram introduzidos sistemas de saúde do tipo seguro. No caso da Rússia, persiste a assistência à saúde pública e universal, financiado por impostos, mas restrita a um programa básico previamente definido. Para uma assistência à saúde para além desse básico, é necessário estar vinculado a um seguro de saúde voluntário.

De maneira geral, pode-se dizer que, quanto maior a participação do Estado no financiamento da assistência à saúde, fundada no entendimento de que o acesso à saúde constitui um direito derivado da cidadania, maior a igualdade de oportunidades de acesso e o nível de cobertura. Além disso, conforme Lobato e Giovanella (2012, p. 94), "[...] o papel governamental no financiamento condiciona a capacidade estatal de regulação do sistema de saúde". E "[...] a habilidade do governo para regular as diversas dimensões do setor saúde (medicamentos, tecnologia, serviços, prestadores) é crítica para a eficiência, para a garantia de cobertura ampliada e o controle de gastos".

2.2 Financiamento e relação público-privado

Os diferentes tipos de sistema de saúde abordados anteriormente, que pressupõem financiamento via impostos, contribuições ou pagamento direto das famílias, seja para planos de saúde ou para os profissionais e empresas de saúde, implicam uma distribuição do gasto em

saúde, entre público e privado, de forma distinta em cada país. Para se ter um panorama da importância dessas determinações, apresenta-se a Tabela 2, que trata do gasto em saúde em países selecionados.

Tabela 2 - Gasto em saúde para países selecionados, 2011

	Alemanha	Canadá	Espanha	EUA	França	Itália	RU	Suécia
Gasto total como % do PIB	11,3	10,9	8,3	17,7	11,6	9,2	9,4	9,5
Gasto do governo como % do gasto total	76,5	70,4	73,0	47,8	76,8	77,8	82,8	81,6
Gasto privado como % do gasto total	23,5	29,6	27,0	52,2	23,2	22,2	17,2	18,4
Gasto do governo em saúde como % do gasto total do governo	19,1	17,4	15,0	20,3	15,9	14,4	16,0	15,1
Gasto da proteção social em saúde como % do gasto do governo em saúde	88,6	2,0	6,3	86,0	92,3	0,2	-	-
Gasto direto das famílias como % do gasto privado em saúde	50,8	48,5	76,6	22,0	32,1	92,7	56,8	88,1
Planos prepagos privados como % do gasto privado em saúde	39,9	43,3	20,6	62,5	59,7	4,9	6,0	1,5
Gasto total per capita em dólares internacionais (PPA)	4 474	4.541	2.984	8.467	4.128	3.017	3.364	3.938
Gasto do governo em saúde per capital em dólares internacionais (PPA)	3 420	3.197	2.180	4.047	3.169	2.348	2.787	3.214

Fonte: OMS (2014). Elaboração própria.

Chama atenção, em primeiro lugar, tal como afirmado anteriormente, que os Estados Unidos registram o maior gasto em saúde como percentual do PIB (17,7%) e como per capita (US$ 4.128), muito embora milhões de estadunidenses não tenham nenhum tipo de acesso à assistência saúde. Também é o país que apresenta a maior participação do gasto privado no total do gasto (52,2%), bem como dos planos de saúde no total do gasto privado (62,5%). Isso não poderia ser diferente, pois historicamente esse país optou por construir sua trajetória em saúde com base no

desenvolvimento de planos de saúde. Nos demais países, tenham eles sistemas nacionais de saúde ou sistemas de seguro, o peso do gasto privado no total do gasto é bem menor, variando de 22,2% a 29,6%, na Itália e Canadá respectivamente. No Reino Unido e na Suécia, a presença privado já é mais reduzida, de 17,2% e 18,4%.

Outro aspecto destacável refere-se à participação do gasto direto das famílias no total do gasto privado nos países, apresentando uma variação extremamente significativa: a menor nos Estados Unidos (22,0%) e a maior na Itália (92,7%), seguida da Suécia (88,1%) e da Espanha (76,6%), expressando que quanto maior a presença dos planos de saúde, menor o gasto direto das famílias, o que seria esperado. Segundo a OMS (2010), uma das formas mais comuns de gasto das famílias, em nível mundial, é o pagamento direto de medicamentos e serviços de saúde e esse é tanto maior quanto mais pobre for o país. Também a OMS (2000) se refere a uma pesquisa realizada em cinquenta países. Entre eles, somente em seis não havia algum tipo de pagamento direto quando são utilizadas instalações de saúde de propriedade estatal. Como sabido, o pagamento direto é extremamente regressivo e inibe o acesso à saúde da população mais pobre.

Com relação à participação do gasto em planos de saúde no total do gasto privado, destaca-se a França (59,7%). Embora neste país o gasto privado no total do gasto em saúde seja relativamente baixo (22,2%), mais do que 50% do gasto das famílias ocorre via planos de saúde, indicando, tal como no Canadá, certa importância desse segmento na sociedade.

Curiosamente, no quesito gasto em saúde realizado pelo governo, como percentual do gasto total do governo, os Estados

Unidos registra o maior valor (20,3%). Quanto ao gasto da proteção social em saúde como percentual do gasto do governo em saúde, destacam-se a França (92,3%) e a Alemanha (88,6%) e os Estados Unidos (86%). No caso dos dois primeiros, onde existem seguros de saúde, isso significa que o gasto realizado mediante contribuições é apropriado com gasto público, tal como no Brasil é feito. Um exemplo disso se encontra na definição dos recursos que são tratados pela Desvinculação da Receita da União (DRU), procedimento que recebe críticas de determinados setores, principalmente sindicatos mais organizados, na medida em que consideram que as contribuições são recursos dos trabalhadores. Já nos Estados Unidos, implica que o Medicare, dirigido aos aposentados, tem um gasto substancialmente maior do que o Medicaid, voltado à população extremamente pobre.

Tabela 3 - Gasto em Saúde em países de rendas baixas e rendas médias baixas, 2011

	Rendas Baixas	Rendas Médias Baixas
Gasto total como % do PIB	5,2	4,4
Gasto do governo como % do gasto total	38,9	36,6
Gasto privado como % do gasto total	61,1	63,4
Gasto do governo em saúde como % do gasto total do governo	9,2	8,1
Recursos Externos em saúde como % do gasto em saúde	28,9	2,3
Gasto da proteção social em saúde como % do gasto do governo em saúde	4,3	16,4
Gasto direto das famílias como % do gasto privado em saúde	76,2	87,1
Planos prepagos privados como % do gasto privado em saúde	1,5	4,4
Gasto total per capita em dólares internacionais (PPA)	64	163
Gasto do governo em saúde per capital em dólares internacionais (PPA)	25	60

Fonte: OMS (2014). Elaboração própria.

Nos países mais pobres do mundo, classificados pela OMS como de rendas baixas[10] e rendas médias baixas[11], que não viveram o processo de construção de sistemas tais como os descritos anteriormente, o gasto com saúde é largamente privado, realizado diretamente pelas famílias e apresenta um *per capita* irrisório. No caso dos países de rendas baixas, destaca-se, ainda, a participação de recursos externos no gasto total com saúde (28,9%) (Tabela 3).

2.3 Os desafios atuais

Mesmo antes da crise dos anos 1970 manifestar seus efeitos junto ao mercado de trabalho e influir negativamente sobre a situação financeira dos sistemas de proteção social, principalmente na Europa Ocidental, especialistas de vários matizes já apontavam a existência de certa fragilidade em seu financiamento. Os principais motivos levantados eram: o ritmo de crescimento das despesas, principalmente na área da saúde e da aposentadoria, e a queda da relação contribuintes/segurados decorrente do envelhecimento da população e da maturidade dos sistemas. Jansen-Ferreira (2016, p. 94), ao analisar o gasto em saúde na Alemanha, França e Reino Unido, para o período 1960-2013, mostra a persistência do aumento, seja como percentual do PIB, per capita e participação do setor público no gasto total em saúde.

[10] Afeganistão, Bangladesh, Benin, Burquina Faso, Burundi, Camboja, Chade, Comoras, Eritrea, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Haiti, Quênia, Quirguistão, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Moçambique, Birmânia, Nepal, Nigéria, Republica Centro-africana, República Democrática do Congo, República Popular Democrática de Coreia, República Unida de Tanzânia, Ruanda, Serra Leoa, Somália, Sudão do Sul, entre outros.

[11] Armênia, Butão, Bolívia (Estado Plurinacional de), Cabo Verde, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egito, El Salvador, Filipinas, Geórgia, Gana, Guatemala, Guiana, Honduras, Índia, Indonésia, Ilhas Salomão, Kiribati, Lesotho, Marrocos, Mauritânia, Micronésia (Estados Federados de), Mongólia, Nicarágua, Nigéria, Paquistão, Papua Nova Guiné, Paraguai, República Árabe Síria, República de Moldova, República Democrática Popular Lao, Samoa, Santo Tomé e Príncipe, Senegal, entre outros.

Apenas para exemplificar, esse último, que era de 61,5% em 1960, na França, passou a 78,7% em 2013.

Os países centrais já haviam apresentado uma forte expansão da despesa pública com proteção social no pós-guerra. Em um primeiro momento, o aumento do gasto foi resultado da incorporação de segmentos populacionais até então não assistidos e da ampliação da cobertura mediante o tratamento de novos riscos e problemas sociais, isto é, do processo de universalização abordado na Parte 1 deste capítulo. Em um segundo momento, o crescimento da despesa deixou de estar correlacionado com esse processo e começou a expressar a dinâmica própria dos riscos que se propunha a cobrir e/ou a refletir a atuação de determinados atores no interior dos arranjos institucionais.

No caso da saúde, a literatura especializada aponta que os fatores responsáveis pelo crescimento da despesa foram (são): a extensão e a melhoria da cobertura; a maior exigência do usuário; o envelhecimento da população; a alta de preços de bens e serviços; e a introdução e o desenvolvimento de tecnologias mais sofisticadas.

A extensão da cobertura foi resultado da universalização do acesso, que prosseguiu mesmo depois da crise dos anos 1970. Traduziu-se na incorporação de novos segmentos populacionais, incluindo aqueles que não contribuíam. Já a melhoria da qualidade de cobertura foi produzida pela crescente diversificação e complexidade que assumiu a oferta pública de ações e serviços de saúde. Ao longo dos anos, muitos dos sistemas de saúde passaram a conceder assistência odontológica, psicanalítica e terapias de alto custo. Esse crescimento vertical foi a contrapartida do avanço da concepção da integralidade das ações e serviços de saúde pública em um ambiente de franco desenvolvimento das técnicas da medicina.

O envelhecimento da estrutura etária da população, provocado pela queda da fecundidade e da mortalidade, também teve impacto direto nos

gastos com saúde. A população idosa tende a ter doenças crônicas, que exigem tratamentos prolongados e, não raras vezes, dispendiosos. Sendo assim, a curva de custos em saúde por idade tem a forma de um jota. No nascimento e nos primeiros anos de vida são mais altos, decrescem ao longo da infância e adolescência, passam a crescer com a maturidade e aumentam exponencialmente na velhice. De forma que o custo com saúde para pessoas maiores de 65 anos é três vezes maior do que os cuidados exigidos pela população entre 14 e 64 anos. Para os de mais de 75 anos, o custo é cinco vezes mais elevado (UNICAMP, 1985; MEDICI; MARQUES, 1996).

A maior exigência do usuário, por sua vez, é explicada como resultado da própria melhoria do nível de vida das pessoas. De fato, a expansão da saúde ocorreu num período que se caracterizou por aumentos do salário real, pela melhoria da distribuição da renda e pela democratização do acesso a informações e bens de consumo. É provável que isso tenha incentivado as pessoas e suas organizações a exigirem acesso a tratamentos mais sofisticados. Mais do que isso, a incorporação de novas técnicas de tratamento ou de diagnóstico, bem como a prescrição de medicação cara, são em grande medida altamente definidas pelo corpo de profissionais da área da saúde, principalmente pelos médicos. Esse tipo de pressão pode resultar na incorporação de equipamentos sofisticados sem que tenha havido qualquer estudo da necessidade da demanda ou de sua eficiência. É preciso mencionar, ainda, que junto com a adoção de novas técnicas e equipamentos, surgiram novas especialidades.

A incorporação do progresso tecnológico em saúde, como novas formas de diagnóstico, terapia baseada em equipamentos e medicamentos sofisticados, diferentemente do que ocorre em outros setores, não substitui trabalho por capital. Ao contrário, aumenta a necessidade de mão-de-obra cada vez mais complexa e especializada. Uma nova tecnologia de imagem,

além de incorporar seus custos ao tratamento, determina o uso de operadores e médicos especializados na interpretação dos exames produzidos pela nova tecnologia.

Por último, a alta de preços de bens e serviços, muitas vezes a taxas maiores que em outros setores, reflete a inexistência de escolha por parte do usuário e do setor público no tratamento a ser realizado. Isso porque a saúde é um setor único, no qual a demanda é altamente determinada pelos médicos, pelos atendentes, entre outros profissionais da área. Sendo assim, a estrutura de custos também o é. Na melhor das hipóteses, o profissional sempre tenderá a utilizar os recursos de última geração, na esperança de tornar seu diagnóstico mais preciso, para melhor definir o tratamento a ser seguido. Ocorre que toda tecnologia de ponta é, por definição, cara, pois exigiu anos de pesquisa e desenvolvimento que exigem ser amortizados e apresenta um mercado produtor extremamente oligopolizado.

Somados a esses fatores que impulsionaram e impulsionam o aumento do gasto em saúde, é preciso se destacar o alto nível do desemprego. Este, com variações, tornou-se um elemento permanente da realidade cotidiana das pessoas; e isso a mais de 35 anos, período superior aos 30 anos gloriosos do pós II GM. A persistência do desemprego - enquanto elemento estrutural das sociedades capitalistas contemporâneas - pressiona financeiramente os sistemas de saúde do tipo seguro, tanto pelo lado das receitas como pelo lado das despesas, tendo em vista que em vários países o seguro desemprego é acompanhado de garantia de assistência saúde. Nos demais países, onde os sistemas de saúde são nacionais, o problema não é menor, pois o fraco desempenho da economia corrói a capacidade de arrecadação dos Estados.

Dessa forma, o grande desafio da atualidade em matéria de assistência saúde é encontrar alternativas de gestão que permitam não retroceder com relação à universalização do direito à saúde nos países em que isso ocorreu. Naqueles em que esse direito ainda não foi conquistado, o desafio é levar a assistência à saúde para o conjunto da população, mas isso se imbrica com os problemas atinentes à gestão, pois parte importante dos determinantes da elevação dos custos em saúde coloca-se como uma realidade universal. De qualquer forma, nos dois grupos de países, a restrição financeira aparece como um determinante maior. Contudo, para além das aparências, trata-se da sociedade, mais uma vez, tal como feito no pós II GM, fazer escolhas entre alternativas, concedendo prioridade à saúde enquanto um direito emanado da cidadania. A lembrança *mais uma vez* é apenas para que seja enfatizando que escolhas e priorização no campo das políticas públicas são sempre políticas, resultado de interesses e embates presentes na sociedade.

Referências

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CHAVÉZ, Caridad F. Sistemas de atención de salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 22, n. 1, ene./jun. 1996. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006>. Acesso em: 13 abr. 2016.

CORIAT, B. **L'atelier et le chronomètre.** Paris: Christian Bourgois Editeur, 1982.

D'INTIGNANO, Beatrice. M. **La protection sociale**. Paris: Éditions de Fallois, 1993.

ENGELS, Friedrich. Introdução de Friedrich Engels à edição de 1895. In: MARX, Karl. **As Lutas de Classes em França de 1848 a 1850**.1895. [Esta edição digital foi publicada segundo o texto completo das provas tipográficas do texto original, cotejado com o manuscrito. Inclusão: 13 maio 2008. Alteração: 25 out. 2010. Traduzido do alemão]. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1850/11/lutas_class/introducao.htm>. Acesso em: 30 jul. 2015.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2008.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-115, set. 1991.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

HOBSBAWM, E. **Era dos extremos**: o breve século XX - 1914/1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IMMERGUT, Ellen M. **Health politics**: interests and institutions in Western Europe. Nova York: Cambridge University Press, 1992.

JANSEN-FERREIRA, Mariana R. **Tendências e contratendências de mercantilização**: as reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. 2016. Tese (Doutorado em Serviço de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

LENHARDT, Gero; OFFE, Claus. Teoria do Estado e política social: tentativas de explicação político-sociológica para as funções e os processos inovadores da política social. In: OFFE, C. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

LOBATO, Lenaura de V. C.; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MARX, K. **O Capital**. 8. ed. São Paulo: Difel, 1982.

MEDICI, André. C.; MARQUES, Rosa. M. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 19, p. 47-59, jan./abr. 1996.

NAVARRO, Vicente. Produção e Estado de bem-estar: o contexto político das reformas. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28/29, p. 156-199, 1993.

OLIVENNES, D. Le societé de transferts. **Le Debat**, Paris, n. 69, p. 110-121, mars/avr.1992.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde**: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2016.

OMS. **Estadísticas Sanitarias Mundiales**: 2014. Genebra, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 2 abr. 2016.

ROEMER, M. I. **National Health Systems of the World**. Nova York: Oxford University Press, 1991.

UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Despesas públicas e programas sociais. In: UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. **Relatório da pesquisa**: a crise internacional e as políticas sociais: uma proposta de análise comparada. Campinas: Convênio Unicamp/Nepp/Fundap, 1985.

ZINN, Howard. **Une histoire populaire des États-Unis**: 1492 à nos jours. Paris: Agone, 2002.

2
Os sistemas de saúde na América do Sul: caraterísticas e reformas

Alejandra CARRILLO ROA[1]
Gerardo ALFARO CANTÓN[2]
Mariana Ribeiro Jansen FERREIRA[3]

Introdução

Em décadas recentes, os países da América do Sul experimentaram mudanças demográficas e epidemiológicas que alteraram o perfil das populações e suas necessidades de saúde. Paralelamente, processos de mobilização social, motivados por contextos econômicos e políticos diversos, contribuíram para a consolidação de direitos sociais, entre eles a saúde, ocasionando aumento da demanda por melhor acesso a serviços de saúde de qualidade. Em resposta, os governos realizaram um conjunto de reformas e intervenções de políticas públicas no sentido de ampliar o acesso e a cobertura universal em saúde.

A partir de diversas fontes de informação, neste capítulo, são estudados os sistemas de saúde de sete países da América do Sul: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai e Venezuela. Estes países foram

[1] Economista pela Universidad Central da Venezuela (UCV, Venezuela). Mestre em Seguridade Social (UCV, Venezuela) e Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz, Brasil). Consultora Nacional em Economia da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil.

[2] Médico Cirurgião pela Universidad de la Ciencias Médicas (UCIMED, Costa Rica). Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pelo Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP, Costa Rica). Coordenador da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/ OMS) no Brasil.

[3] Cientista Econômica pela Universidade de Campinas (UNICAMP, Brasil). Mestre em Economia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP, Brasil). Doutora em Economia pela Universidade de São Paulo (USP, Brasil). Professora assistente-mestre (PUC-SP, Brasil).

selecionados por pertencerem ao continente sul-americano; terem introduzido reformas e políticas públicas visando avançar no acesso e na cobertura universal em saúde e disporem de dados para a análise.

Assim, este capítulo tem por objetivo comparar os sistemas de saúde desses países. Para tal fim, o texto é composto de quatro seções, além desta breve introdução. A primeira seção traz um panorama econômico e sociodemográfico dos países selecionados, mostrando indicadores básicos referentes à situação atual na região. A segunda seção apresenta uma breve caraterização dos sistemas de saúde em termos de organização e cobertura populacional e de prestações de serviços. Na terceira seção, são abordadas as principais reformas e políticas públicas realizadas com o intuito de avançar no acesso e na cobertura universal em saúde, identificando os contextos e motivações das mudanças em cada país, bem como os resultados atingidos e os desafios centrais que os sistemas ainda enfrentam. Finalmente, na quarta e última seção, se apresentam as considerações finais.

Panorama econômico e sociodemográfico

A fim de compreender melhor o contexto em que se situam os sistemas de saúde dos países selecionados é oportuno começar por uma breve comparação de seus indicadores econômicos e sociais (Tabela 1). Este conjunto de países apresenta uma grande diversidade em termos do tamanho de suas economias. O Brasil, com a maior economia do grupo, tem um Produto Interno Bruto (PIB) de US$ 1.206 bilhões (em 2014) que supera a somatória do PIB do restante dos países em análise. Em contraposição, a economia uruguaia é significativamente menor se comparada com os demais países, enquanto Argentina, Colômbia, Venezuela, Chile e Peru possuem economias de tamanho intermediário

(entre US$128 bilhões e 328 bilhões). Entretanto, esse cenário muda quando se compara o PIB *per capita* dos sete países: o indicador chileno (US$ 9.854), que encabeça a lista, é mais do que o dobro do peruano e do colombiano, que apresentam os menores valores do grupo com PIB per capita inferior a US$ 5.000.

Os países selecionados também possuem semelhanças e diferenças em termos sociais. Enquanto o Peru apresenta uma situação que pode ser considerada de pleno emprego (com uma taxa de desemprego de 4,2%, em 2014); uma décima parte da força de trabalho colombiana não tem emprego. O resto dos países encontra-se em uma posição intermediária, com taxas de desemprego que oscilam entre 6,4% (Chile) e 8,6% (Venezuela). Apesar do nível relativamente baixo de desemprego, todos os países, excetuando o Chile (29,2%), têm mais de um terço da população ocupada no setor informal da economia. Destacam os casos de Peru (57,2%) e Colômbia (56,3%), onde a informalidade é a principal fonte de emprego. Estes dois países, junto com o Brasil (taxa de pobreza 4,9%, em 2013), são também os que apresentam as mais elevadas taxas de pobreza (Tabela 1).

Em termos de distribuição de renda, Colômbia, Brasil e Chile mostram grandes desigualdades, com coeficientes de Gini superiores a 50,5 (em 2013). No Uruguai, Argentina e Peru esta desigualdade é relativamente menor (oscilando entre 41,9 e 44,7). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os países varia de 0,72 (Colômbia) a 0,836 (Argentina), colocando a cinco dos países do grupo num ranking alto (Uruguai, Venezuela, Brasil, Peru e Colômbia) e dois (Argentina e Chile) no ranking muito alto.

Em termos gerais, os indicadores evidenciam os resultados da transição demográfica vivenciada pelos países da região há várias

décadas, apresentando taxas de fertilidade inferiores ou próximas do nível de reposição populacional (2,1), bem como expectativas de vida ao nascer (entre 75 e 80 anos de idade) e índices de dependência que revelam o envelhecimento da população. Simultaneamente, a transição epidemiológica tem lhes gerado um novo perfil de saúde. Ao analisar a composição da mortalidade por causa, observa-se um forte predomínio das doenças não transmissíveis que, em 2012, representaram em média 76,2% de todas as mortes dos países em análise. No mesmo ano, as doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais foram responsáveis em média por 12,3% do total de mortes, enquanto as causas externas representaram em média 11,5% (Tabela 1). Embora existam algumas diferenças significativas entre os países (por exemplo, prevalência de elevadas taxas de mortalidade materna e infantil na Venezuela, Colômbia e no Brasil), a mudança do perfil epidemiológico com a preponderância de doenças crônicas e não transmissíveis na região é uma tendência generalizada, que implica novos desafios para os sistemas de saúde no tocante à universalização do acesso e a cobertura em saúde.

Organização e cobertura dos sistemas de saúde: breve caraterização

A maior parte dos países analisados neste capítulo organizam seus sistemas de saúde com base em uma combinação de sistemas públicos não contributivos, seguro social contributivo e sector privado, mantendo uma significativa segmentação no financiamento do sistema e fragmentação na prestação de serviços de saúde. Entre os países, o Brasil destaca-se como o único com um sistema de saúde público e universal. O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona com acesso

universal e integral aos serviços de saúde financiados com receitas de contribuições e de impostos, em que participam as três esferas de governo (união, estados e municípios). O SUS fornece serviços de saúde próprios e contrata parte dos serviços junto ao setor privado. O setor privado, constituído por operadoras de planos e seguros privados de saúde, cobre ao redor de um quarto da população brasileira (CADERNO..., 2015), que corresponde principalmente aos extratos de maior renda (SILVA; VIANA, 2011) e parte dos trabalhadores ocupados no setor formal.

Tabela 1 - Indicadores básicos econômicos, sociais, demográficos e de Saúde: países selecionados da América do Sul

		Argentina	Brasil	Chile	Colômbia	Peru	Uruguai	Venezuela
PIB em bilhões US$* (2014)		327,9	1206,0	175,0	222,6	127,7	27,4	186,9
PIB *per capita* em US$*(2014)		7.708	5.852	9.854	4.658	4.124	8.017	6.088
Desemprego** (2014)		7,1	6,8	6,4	10,1	4,2	7,0	8,6
Ocupados urbanos no setor informal (2014) (a)		37,0	37,9	29,2	56,3	57,2	36,8	49,4
Taxa de pobreza*** (2013)		1,8	4,9	0,9	6,1	3,7	0,3	n.d.
Coeficiente de Gini (2013)		42,3	52,9	50,5	53,5	44,7	41,9	n.d.
IDH (2014)		0,836	0,755	0,832	0,72	0,734	0,793	0,762
Ranking IDH de um total de 189 países (2014)		40	75	42	97	84	52	71
Expectativa de vida (ancs) – ambos os sexos (2015)		76,7	74,5	80,5	74,4	75,4	77,5	74,9
Taxa de fertilidade - filhos por mulher (2015)		2,1	1,8	1,8	2,2	2,4	2,0	2,3
Razão de dependência -100 hab. (2015)		54	45,2	45,2	50,6	53,1	55,6	52,7
Composição da mortalidade 2012 (% do total de mortes)	Doenças transmissíveis	11,7	13,5	8,2	10,9	22,8	8,5	10,2
	Doenças não transmissíveis	79,6	74,8	82,5	74,7	68,3	81,7	71,8
	Causas externas	8,7	11,7	9,3	14,4	8,9	9,8	18,0
Taxa de mortalidade materna - 100.000 nv. (2012-2014) (b)		32,5	61,6	15,7	65,9	n.d.	18,6	69,8
Taxa de mortalidade de menores de cinco anos - 1.000 nv. (2012-2014) (c)		12,6	16,5	8,1	17,8	n.d.	9,0	17,3
Taxa de mortalidade por neoplasias malignas – 100.000 hab. (2013) (d)		144,3	140,4	139,6	98,8	103,1	222,4	76,2
Taxa de mortalidade por doenças cardíacas isquêmicas – 100.000 hab. (2013) (d)		44,7	49,9	51,1	36,6	21,4	75,4	37,8

Fonte: Banco Mundial (©2016). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (DADOS..., 2015). CEPALSTAT (©2000-2016). Organização Mundial da Saúde (GLOBAL..., ©2016). Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos. Cálculos e elaboração própria. * US$ a preços internacionais de 2005. ** Desemprego:

como % da população economicamente ativa. *** Taxa de pobreza: percentual da população que vive com menos de US$ 1.90 por dia aos preços internacionais de 2011. (a) O dado de Chile corresponde a 2013. (b) Taxa de mortalidade materna. 2012: Brasil, Colômbia e Venezuela; 2013: Argentina e Chile; 2014: Peru e Uruguai. (c) Taxa de mortalidade em menores de cinco anos. 2012: Colômbia e Venezuela; 2013: Argentina, Brasil e Chile; 2014: Peru e Uruguai. (d) Taxa de mortalidade por neoplasias malignas. 2012: Colômbia, Peru e Venezuela.

Essa parcela da população se beneficia dos serviços de saúde de ambos os setores, público e privado. Portanto, apesar de o SUS ter eliminado o seguro social de saúde financiado pela contribuição sobre salários, em certo modo, persiste uma segmentação do sistema de saúde como um todo resultante do nível de renda e da inserção no mercado de trabalho (DMYTRACZENCO; TORRES; ATEN, 2015).

À exceção do Brasil, o restante dos países mantém as contribuições sobre salários como uma das fontes de financiamento dos seus sistemas de saúde (Quadro 1). Alguns países, tais como, Chile, Colômbia e Uruguai, em maior ou menor medida, encontram-se em processo de integração dos sistemas financiados com contribuições sobre folhas salariais com os sistemas públicos financiados a partir de impostos gerais. Enquanto países como Argentina, Peru e Venezuela conservam uma relevante segmentação em seus sistemas de saúde, inclusive no segmento público.

O Chile possui um sistema de seguro social de saúde segmentado, constituído por um setor público e outro privado. O sistema público se financia com impostos gerais, contribuições obrigatórias sobre a folha de salários e copagamentos que são reunidos no *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), cobrindo 80% dos chilenos, entre eles os pobres. Neste setor, os serviços de saúde são fornecidos pelo *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNSS) por meio da sua rede que conta com 29 serviços de saúde regional e redes municipais de atenção primária. O setor privado se

financia principalmente com as contribuições obrigatórias sobre salários que são reunidas nas *Instituciones de Salud Previdenciaria* (ISAPREs) que cobrem o 17% da população (Quadro 1). As ISAPREs prestam serviços de saúde em suas próprias instalações ou em outras do setor privado ou mesmo do setor público, funcionando sob uma lógica de mercado de serviços ambulatoriais e hospitalares com predomínio nas grandes cidades. A contribuição social obrigatória para a saúde é de 7% do salário (até um teto equivalente a cerca de US$ 1.500). As ISAPREs, por sua vez, possuem autorização para cobrar valores mais elevados, vinculando a mensalidade do plano de saúde ao risco de adoecer, assim os pagamentos podem atingir 10% da renda dos trabalhadores. Teoricamente, a população pode escolher livremente entre a contribuição para o FONASA ou para as ISAPREs. Na prática, o determinante central é o nível de renda, já que as ISAPREs cobram contribuições mais elevadas, oferecendo serviços mais amplos que o setor público. Sendo assim, a integração é considerada parcial (GIOVANELLA et al., 2012; TITELMAN; CENTRÁLOGO; ACOSTA, 2015; ESCOBAR; BITRÁN, 2014).

Antes das mudanças mais recentes, que serão abordadas mais adiante, o sistema de saúde da Colômbia admitia coberturas diferentes de acordo com o tipo de financiamento. O *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) colombiano consiste em um seguro de saúde obrigatório financiado com impostos gerais e contribuições sobre salários que inclui dois regimes: o regime contributivo, para trabalhadores formais e independentes e o regime subsidiado para trabalhadores informais, pessoas de baixa renda, indígenas, entre outros grupos considerados vulneráveis. Além disso, existe o regime de benefício especial, que manteve a estrutura prévia à reforma de 1993 e que abrange membros das forças armadas, professores e funcionários da companhia petrolífera, Ecopetrol.

No regime contributivo, os recursos são provenientes das contribuições sociais pagas pelos trabalhadores (4%) e os empregadores (8,5%), além de receitas fiscais. Os valores arrecadados são centralizados em um fundo único, o *Fondo de Solidaridad y Garantía* (FOSYGA). Este fundo financia também o regime subsidiado, gerando subsídios cruzados entre os diferentes grupos populacionais. Em 2012, aproximadamente 48% dos colombianos encontrava-se no regime contributivo, 43% no regime subsidiado e 1% no regime especial (Quadro 1). Os filiados aos regimes contributivo e subsidiado têm, mediante suas *Entidades Promotoras de Salud* (EPS), acesso a um elenco padrão de bens e serviços de saúde (*Plan Obligatorio de Salud*). Inicialmente, o conjunto de serviços de saúde do regime contributivo era mais abrangente que do subsidiado. Desde 2008, o governo, pressionado pela justiça e pela demanda por maior equidade, iniciou a equalização dos serviços de saúde incluídos para ambos os regimes por meio do aumento de subsídios estatais. Porém a transição é complexa e demorada (GIEDION; CAÑÓN, 2014; OCDE, 2015; TITELMAN; CENTRÁLOGO; ACOSTA, 2015).

No Uruguai, o *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS) separa as funções de prestação e financiamento. O principal prestador público de serviços é a *Administradora de Servicios de Salud Colectiva* (ASSE) e o setor privado está integrado pelas *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC), instituições sem fins lucrativos. O sistema é financiado mediante contribuições sociais e impostos, que são arrecadados e distribuídos por meio de dois fundos: o *Fondo Nacional de Recursos* (FNR), responsável pelo financiamento dos cuidados de alta complexidade, e o *Fondo Nacional de Salud* (FONASA) que financia os serviços de saúde de baixa e média complexidade. Para acessar a estes últimos, os trabalhadores formais e informais, com condições de

pagamento, contribuem ao FONASA e são atendidos nas instituições filantrópicas IAMC (47%). Uma parcela destes trabalhadores realiza um aporte adicional ao FONASA, a fim de serem atendidos pelas seguradoras privadas (1,3%). Por sua vez, a população sem recursos financeiros recebe atenção por meio das instituições públicas da ASSE (34%) (Quadro 1). Com relação aos serviços de alta complexidade, financiados mediante o FNR, a prestação é realizada para todos por instituições públicas e privadas credenciadas pelo Ministério da Saúde Pública, compondo os *Institutos de Medicina Altamente Especializada* (IMAE) (GIOVANELLA *et al*., 2012; OPAS, 2012; MOLINS; ALONSO; FERNÁNDEZ, 2014). Como se verá nas próximas seções, o sistema uruguaio avançou na equalização dos benefícios entre os subsistemas, porém aqui se evidencia que os distintos grupos acessam a diferentes prestadores de serviço.

O sistema de saúde argentino é bastante descentralizado na provisão e gestão dos serviços de saúde, coincidindo em boa medida com as caraterísticas político-territoriais do país, que se organiza em 24 jurisdições (23 estados e a *Ciudad Autónoma de Buenos Aires*) e 2.172 municípios. O sistema está composto de três subsetores: a) público, que é gratuito e universal; b) privado, que é voluntário e c) *Obras Sociales*, que é obrigatório para os trabalhadores do setor formal. O setor público é gerido de forma descentralizada pelo Ministério de Saúde Nacional e pelos Ministérios das províncias (Estados), bem como seus órgãos dependentes centralizados e descentralizados. O financiamento do setor provém principalmente de fontes fiscais federais, estaduais e municipais e fornece serviços a toda população, principalmente aqueles que não estão cobertos por outros subsistemas. O subsetor privado é maioritariamente utilizado pelos grupos de maior nível de renda, cobrindo 9% da população.

O seguro privado é contratado diretamente junto a empresas de medicina pré-paga[4] ou mediante terceirização da cobertura por uma das *obras sociales*. Seu financiamento é decorrente do pagamento direto dos trabalhadores, além de algumas empresas que o contratam como parte de seus benefícios. O subsetor da seguridade social é composto por um amplo conjunto de instituições: 298 vinculadas a determinadas profissões - as *obras sociales* (OS), 24 estaduais e o instituto previdenciário nacional. Os trabalhadores do mercado formal e suas famílias, bem como os funcionários públicos do âmbito federal possuem seguro social mediante suas respectivas OS; os pensionistas e aposentados, por meio do instituto previdenciário; e os funcionários públicos regionais, mediante as 24 instituições estaduais. As *obras sociales* cobrem 60,8% da população argentina e se financiam mediante contribuições sociais, pagas pelas empresas (6%) e pelos trabalhadores (3%) (ARCE, 2012; GIOVANELLA et al., 2012; SABIGNOSO; SILVA; CURCIO, 2014). Desse modo, como aponta Centrálogo (2014), parte da população possui múltiplas coberturas de diferente qualidade devido à superposição da oferta pública e a cobertura obrigatória da seguridade social. Além disso, a organização do sistema altamente descentralizado e fragmentado determinam acessos diferentes para cada grupo populacional.

O Peru possui um sistema segmentado com um terço da população sem nenhum tipo de cobertura. O *Seguro Integral de Salud* (SIS), destinado principalmente à parcela mais pobre da população, cobre 34,4% dos peruanos que acessam a serviços públicos de saúde, financiados mediante receitas fiscais. O SIS também possibilita acesso às pessoas não consideradas pobres, mas que não possuem seguro de saúde, mediante um regime

[4] As *empresas de medicina prepaga* conformam um setor aparentemente pulverizado, com mais de 200 empresas. No entanto, apenas seis delas concentram mais de 50% do total de argentinos com seguro privado (GIOVANELLA et al., 2012).

Quadro 1 - Principais características dos sistemas de saúde de sete países selecionados da América do Sul

		Argentina	Brasil	Chile	Colômbia	Peru	Uruguai	Venezuela
Sistema de Saúde (classificado por fonte de financiamento)		Tripartite: Público, Seguro Social e Privado	Público (federal, estadual e municipal) e Privado (suplementar)	Dual: Público ou Seguro Social e Privado	Tripartite: Público ou Seguro Social Subsidiado, Seguro Social Contributivo e Privado	Tripartite: Público, Seguro Social e Privado	Dual: Público ou Seguro Social e Privado (pequeno)	Tripartite: Público, Seguro Social e Privado
Integração dos fundos públicos e da seguridade social		Segmentado	Integrado	Em processo de integração	Em processo de integração	Segmentado	Em processo de integração	Segmentado
Principais fontes de receita		Seguro contributivo (*Obras Sociales*): contribuições sobre folha de salários, Seguros subsidiados (*Plan Nacer / Plan Sumar*): receitas fiscais.	SUS: Receitas fiscais e Seguridade Social, exclusive contribuições sobre folha de salário.	Seguro contributivo (ISAPREs): contribuições sobre salários e primas voluntárias; Seguros subsidiados (FONASA): contribuições sobre salários e receitas fiscais (subsídios para os grupos vulneráveis).	Seguro contributivo (*Régimen Contributivo*) contribuições - sobre salários; Seguros subsidiados (*Régimen Subsidiado*): receitas fiscais e subsídios cruzados do *Régimen Contributivo*.	Seguro contributivo (*EsSalud*): contribuições sobre salários; Seguros subsidiados (SIS): receitas fiscais, copagamentos.	Seguro contributivo (FONASA): contribuições sobre salários; subsídios gerados separadamente para grupos vulneráveis; receitas fiscais.	Seguro contributivo (IVSS): contribuições sobre salários e receitas fiscais; Seguros subsidiados: (*Programa Barrio Adentro*) receitas fiscais e receitas extraordinárias da exploração do petróleo.
Cobertura populacional por subsistema de saúde*	**Público**	Universal (serviços básicos)	Universal (74,1% cobertura exclusiva do SUS com atendimento integral)	Universal (benefícios do *Plan de GES*)	*42.8% (Régimen Subsidiado)*	*34.4% (SIS)*	*34% (ASSE)*	Universal (atenção primária *Misión Barrio Adentro*)
	Seguridade Social	*60.8%*	*0%*	*80% (FONASA)*	*48.4% (Régimen Contributivo);*	*19.8% (EsSalud)*		*17.5 (IVSS, IPASME, IPSFA)*
	Privado	*9%*	*25.9% (suplementar e privado autônomo)*	*17% (ISAPREs)*	n.d.	*5.1%*	*1.3% (seg. priv.)*	
	Outro			*3% (FFAA ou sem cobertura)*	*4.9% (Especiais: FFAA, ECP, etc.) 4.3% (sem cobertura)*	*32.7% (sem seguro)*	*7% (FFAA e polícia) 2.8% (sem cobertura)*	

Fonte: Cloteer et al. (2015); Dmytraczenco; Torres; Aten (2015) *. Argentina e Venezuela (OPAS, 2012); Brasil (CADERNO..., 2015) e (OPAS, 2012); Chile (ESCOBAR; BITRÁN, 2014) e (ATUN et al., 2015); Colômbia (GIEDION; CAÑÓN, 2014) e (OPAS, 2012); Peru (PRIETO; CID; MONTAÑEZ, 2014); Uruguai (GIOVANELLA et al., 2012). Elaboração própria.

semi-contributivo (mensalidades subsidiadas e poucos copagamentos). A seguridade social (EsSalud) abrange os trabalhadores do setor formal por meio de contribuições sociais pagas pelo empregador (9% do salário). O EsSalud possui uma cobertura de atendimento ampla, sem copagamentos, porém com atendimento restrito aos prestadores de serviços próprios. A seguridade social também abrange, no caso dos empregadores que propõem essa solução, a filiação a entidades prestadoras de serviço. Neste caso, a cobertura é dividida em dois segmentos: a obrigatória (*capa simple*, que abrange serviços ambulatoriais, de emergência, maternidade, oftalmológicos e odontológicos) e a completa (*capa compleja*, que contempla a prestação de serviços de cuidados mais complexos), envolvendo pagamentos adicionais, dedutíveis e copagamentos. Desse modo, o EsSalud conta com diferentes seguros de acordo com a inserção do trabalhador, e cada seguro apresenta diferentes taxas de contribuição, base tributável, regras de afiliação e prestações de saúde. A seguridade social como um todo cobre cerca de 20% da população peruana (Quadro 1). O seguro privado, em moldes clássicos, é acessado pela população de maior renda que, mediante o pagamento de um valor fixo, possui cobertura para cuidados preestabelecidos no contrato, com acesso a prestadores de serviços privados (CETRÁNGOLO et al., 2013; PRIETO; CID; MONTAÑEZ, 2014).

O sistema de saúde da Venezuela está integrado por um setor público, o seguro social e um setor privado. O setor público está constituído pelo Ministério da Saúde e os organismos de saúde descentralizados (23 direções estaduais). Um conjunto de instituições – *Instituto Venezolano de los Seguros Sociales* (IVSS), *Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas* (IPSFA), *Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes* (IPASME), *Petróleos de Venezuela* (PDVSA) e universidades – conformam a seguridade social. O setor privado está composto por empresas de seguros de saúde e medicina pré-paga e aqueles que prestam serviços por pagamento direto, atomizados em termos de prestação e pagamento. Desse modo, existe não apenas segmentação como também uma considerável fragmentação no sistema de saúde, manifestado nos diferentes tipos de acesso ao "sistema" e na diversidade de financiamento. Os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e suas famílias, bem como os aposentados estão cobertos pelos diversos institutos de seguridade social: dos trabalhadores formais (IVSS[5]), das forças armadas (IPSFA), dos docentes (IPASME) e universidades. Os trabalhadores de alta renda possuem seguros privados e utilizam a rede privada de prestação de serviços por meio de desembolso direto. A população mais pobre, desempregada, ocupada no setor informal ou que não possui outro tipo de cobertura tem acesso a serviços primários de saúde mediante o programa *Misión Barrio Adentro* e serviços de atenção ambulatorial e hospitalar do Ministério da Saúde e das esferas regionais. Um levantamento realizado em 2005 apontava que 17,5% da população estavam cobertos pelos institutos de seguro social, quase 12% por seguros privados, 2,5% possuíam ambos e cerca de 70% pelo sistema público. Quanto ao financiamento, o Ministério da Saúde e parte de suas políticas são financiados com recursos fiscais do orçamento geral; o programa *Barrio Adentro* é financiado com recursos extraordinários da exploração de petróleo. Em relação aos seguros sociais, o IVSS recebe contribuições sociais dos trabalhadores (de 2% a 4% do salário) e empregadores (de 11% a 13% do salário) além de repasses do governo

[5] O IVSS cobre também os trabalhadores do mercado informal que possuem relações trabalhistas claramente estabelecidas, como os trabalhadores domésticos. Além disso, trabalhadores independentes ou autônomos inscritos no regime facultativo também são beneficiários dos serviços do IVSS (BONVECCHIO et al., 2011).

central (correspondente a, no mínimo, 1,5% do salário dos contribuintes cobertos). Os demais sistemas de seguro social vinculados a determinadas profissões e ocupações (IPSFA, IPASME e as universidades) também são financiados por seus contribuintes e pelo Estado (BONVECCHIO et al., 2011).

Se bem é evidente a existência de uma grande heterogeneidade na organização dos sistemas de saúde dos países selecionados, também é possível identificar algumas semelhanças entre eles. Na maioria, existe uma convivência de diferentes esquemas de financiamento, onde as condições de acesso a serviços de saúde e o grau de cobertura varia entre os grupos populacionais dependendo, em grande medida, dos recursos financeiros designados para tal. Em maior ou menor escala, os países carecem de mecanismos redistributivos que permitam melhorar o acesso dos grupos populacionais com maiores necessidades de serviços de saúde. Além disso, o mercado de trabalho e sua dinâmica imprimem grande influência nos sistemas de saúde dos países analisados, uma vez que os modelos organizativos preservam um caráter segurador baseados nas categorias profissionais com amplo peso para as contribuições obrigatórias. Existe também superposição de coberturas. Em geral, os diferentes subsistemas (público, seguro social e privado) cobrem os distintos níveis de atenção à saúde. Em vários casos, há inclusive a contratação de serviços de saúde entre os mesmos subsistemas.

Reformas e políticas para avançar para a saúde universal

Nas décadas mais recentes, vários países da América do Sul empreenderam mudanças legislativas e implantaram políticas e reformas nos

sistemas de saúde. Algumas das reformas podem ser consideradas integrais, uma vez que as mudanças da legislação em termos de prestação de serviços e população-objeto são abrangentes. Entre os países, as reformas de Brasil, Chile, Colômbia e Uruguai enquadram-se neste tipo. Outras políticas são focalizadas, dado que se referem a condições particulares de saúde ou subgrupos de população mais específicos, como na Argentina, no Peru e na Venezuela (Quadro 2).

Brasil

No Brasil, o caráter centralista da época da ditadura militar e a crescente insatisfação com as desigualdades no acesso, particularmente, as diferenças na atenção para segurado e não segurado, bem como a insatisfação com a qualidade da atenção prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelos prestadores privados favoreceu a formação de um movimento social, o Movimento da Reforma Sanitária, que denotou um forte comprometimento com a democratização, a descentralização e a participação social. Esse movimento constituiu uma ampla aliança, principalmente entre academia e o movimento de secretários estaduais e municipais de saúde, que após uma crescente discussão culminou na adoção da maioria de suas propostas pelos Constituintes, na Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988[6]. Por outro lado, a luta para criar um sistema nacional de saúde com financiamento público enfrentou muitos adversários. Para evitar o colapso da aliança, foi estabelecido um acordo: seria criado um novo Sistema Único de Saúde (SUS) que integraria toda a provisão pública e a regulação da atenção

[6] Com os princípios que embasaram a reforma do sistema: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular.

a saúde sob os auspícios do Ministério da Saúde. Em troca, o sistema privado continuou existindo e não foram desativados mecanismos de estímulo à provisão privada de serviços, como é o caso da possibilidade de deduzir uma parte dos gastos com planos e seguros privados de saúde e outras despesas de saúde no imposto de renda das pessoas que contratassem esses serviços (ESTEVES, 2012). Assim, a reforma brasileira foi orientada à criação de um sistema público puro, o SUS. Entretanto, desde sua criação na Constituição de 1988, houve elementos que distorceram a consecução dos princípios que regem o sistema, deixando espaço para a segmentação. Além disso, a carta magna não especificou diversos aspectos da operação do sistema. A efetiva implantação do novo sistema dependeu de um longo processo, mas é possível afirmar que a abrangência do acesso ao sistema de saúde se modificou completamente a partir do SUS, pois toda a população passou a ter direito de utilizar o sistema que oferece um conjunto muito abrangente de serviços de saúde. Desde 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a definição, em 1996, de mecanismos de financiamento da Atenção Básica para os municípios (Piso Assistencial Básico (PAB), composto de uma parte fixa e outra variável), houve um aumento do financiamento e uma expansão da atenção primária para as regiões mais pobres. Em 2012, 33.400 equipes de saúde da família cobriam 100 mm de brasileiros (54,8% da população) e 257.000 agentes comunitários de saúde cobriam 119 mm de pessoas (65,4% da população), obtendo melhores resultados de saúde, incluindo redução da mortalidade infantil e doenças crônicas (ATUN et al., 2015). No entanto, diversos problemas devem ser salientados. Primeiro, as filas de espera estão presentes em todo tipo de cuidado, ambulatorial e hospitalar. A quantidade de equipamentos e profissionais de saúde abaixo do necessário e mal distribuídos dificulta o efetivo acesso aos cuidados (PIOLA et al., 2008; OPAS, 2012). Por sua vez, estes problemas estão relacionados a um importante subfinanciamento do sistema público, com uma elevada dependência dos gastos privados para o financiamento dos serviços de saúde, incluindo despesas diretas que afligem os objetivos da universalidade e da equidade. Ademais, a qualidade dos serviços de saúde continua sendo um desafio no sistema. Por exemplo, existe evidência que o cuidado pré-natal muitas vezes não alcança seu potencial em matéria de redução de mortalidade materna e o cumprimento dos protocolos clínicos é frequentemente fraco. A persistência de elevada inequidade regional no acesso a serviços de saúde perpetua as iniquidades em saúde, retardando o progresso nos resultados obtidos. Todos estes elementos explicam os níveis elevados e aparentemente crescentes de insatisfação pública com o sistema de saúde (ESTEVES, 2012; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

Chile

Em 1981, o governo ditatorial chileno modificou as bases do sistema de saúde público, com a criação do *Sistema Nacional de Servicios de Salud* (SNSS) e os órgãos diretamente relacionados: o Instituto de Saúde Pública e o *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), sendo este responsável pela centralização e distribuição dos recursos financeiros (contribuições sociais e impostos). Além disso, desenvolveu as bases do sistema de saúde previdenciário, com a criação das Instituições de Saúde Previdenciária (ISAPRES), gerando o sistema de saúde misto, público/privado, que prevalece na atualidade. Na década de 1990, em meio à redemocratização do país, a coalisão governante de esquerda,

a *Concertación*, iniciou um processo de discussões sobre a reforma em saúde e aumentaram-se os investimentos para ampliar a infraestrutura do sistema público de saúde, tanto em termos de pessoal quanto na construção de espaços de atendimento para cuidados primários e hospitalares (ATUN et al., 2015). Uma pesquisa realizada no ano 2000 mostrou que a saúde estava entre as três primeiras preocupações dos chilenos, junto à pobreza e o desemprego. A população se queixava da falta de acesso e da qualidade dos serviços públicos, ao mesmo tempo em que se mostrava insatisfeita com a cobertura prestada pelas ISAPREs e os elevados preços dos seguros privados. No entanto, foi apenas em 2005, que uma ampla reforma foi implantada. Motivados pela insatisfação da população e as diferenças entre o FONASA e as ISAPREs em termos de qualidade e acessibilidade aos serviços de saúde, o governo criou o *Plan AUGE* (*Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas*), uma reforma do sistema de saúde que teve por cerne a estruturação de um elenco mínimo de benefícios comum para FONASA e as ISAPREs, com garantias explícitas no que se refere a acesso, qualidade e financiamento. A reforma teve adversários como o Colégio de Médicos que argumentava que o Plano trazia restrições à autonomia médica ao estabelecer as patologias que seriam cobertas pelo plano. Também os trabalhos com a população, realizados pela Comissão de Saúde, liderada pela então Ministra da Saúde, Michelle Bachelet, apontavam para uma reforma em moldes diferentes à que foi projetada (ESCOBAR; BITRÁN, 2014). Apesar da oposição, a reforma foi implantada e a partir de estudos que consideraram a situação de saúde da população, bem como critérios de custo-efetividade foi definido o plano de benefícios que incluiu incialmente 25 patologias consideradas prioritárias. Com a finalidade de impedir aumentos

excessivos no gasto de saúde, a quantidade de problemas de saúde foi sendo lentamente expandida, até atingir 80 patologias em 2013, o que corresponde a cerca de 60% dos cuidados em saúde no país (Quadro 2). No caso de enfermidades não cobertas pelo plano básico de saúde, os pacientes tanto do sistema público quanto do privado podem requerer cobertura mediante um plano complementar. Neste caso, ambos os sistemas podem cobrar copagamento, que não podem exceder em 20% o valor estipulado para o bem ou serviço de saúde. No caso do sistema público, pessoas de baixa renda são exoneradas do copagamento. No entanto, o acesso ao plano complementar no sistema público possui importante fila de espera (GIOVANELLA et al., 2012; OPAS, 2012; ESCOBAR; BITRÁN, 2014). Com a reforma, os níveis de população sem cobertura diminuíram, passando de 11% para 3% entre 2000 e 2011, e nesse último ano a população afiliada ao FONASA aumentou para 80,1% (ATUN et al., 2015). Escobar e Bitrán (2014) assinalam que o AUGE contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a melhora de indicadores relacionados às enfermidades atendidas. Contudo, os mesmos autores apontam que existe assimetria no cumprimento do AUGE entre o FONASA e as ISAPREs, sobretudo em termos do prazo estabelecido por lei. Além disso, ao menos três desafios merecem ser apontados: a necessidade de ampliar a transparência na escolha das doenças priorizadas para garantia de cobertura; o enfrentamento de importantes filas de espera para o atendimento das doenças não priorizadas (que, de acordo com o próprio governo, podem ser de anos) e a existência de estrutura pública insuficiente para garantir os atendimentos previstos no plano básico de saúde, o que tem levado o governo a contratar a prestação de serviço junto ao setor privado, mais caro (ESCOBAR; BITRÁN, 2014).

Colômbia

A reforma do sistema de saúde da Colômbia foi tanto produto da influência internacional por atores como o Banco Mundial (BM), quanto resultado de uma agenda de modernização impulsionada pelo poder executivo nacional. Uma "equipe de mudança" que trabalhou na reforma tinha uma posição ideológica que seguia as teorias promovidas pelo BM e que estavam em voga nas décadas de 1980 e 1990: como a mudança do papel do Estado no setor social de prestador de serviços a entidade reguladora; a promoção do setor privado e o uso de mecanismos como subsídio à demanda e focalização no uso e prestação de serviços de saúde. Além disso, a reforma aconteceu num contexto histórico marcado pela promulgação de uma nova Constituição (1991), que definiu amplos direitos sociais e mecanismos de exigibilidade como as *tutelas*; bem como promoveu a descentralização dos serviços públicos para departamentos e municípios e terminou com o monopólio do governo sobre os serviços públicos, incluindo a saúde (ESTEVES, 2012; GIEDIÓN; CAÑÓN, 2014). Nesse contexto, por meio da Lei nº 100, de 1993, criou-se o *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) que tornou compulsória a obtenção de um seguro de saúde, com livre escolha por parte da população por meio de novas instituições seguradoras, denominadas *Entidades Promotoras de Salud* (EPS). As EPS tornaram-se responsáveis pelo planejamento e compra dos serviços de saúde, garantindo um pacote padronizado de benefícios explícitos a todos os filiados dos seguros, o *Plan de Salud Obligatorio* (POS). Além disso, as funções de compra e prestação de serviços foram separadas como incentivo para competição entre os prestadores (*Instituciones Prestadoras de Servicios* - IPS), em sua maioria, privados (cerca de 89%), sendo remunerados por capitação, ponderado por fatores geográficos, demográficos e epidemiológicos (OCDE, 2015). Argumentando insuficiência de recursos financeiros, o seguro de saúde foi concebido, na verdade, como um sistema de duas camadas, composto pelo Regime Contributivo e pelo Regime Subsidiado, que ofereciam planos diferentes (POS contributivo e POS subsidiado) aos respetivos segmentos da população afiliada a cada regime. Projetava-se que haveria uma expansão da cobertura do seguro para a população elegível para os subsídios, acompanhada por adições graduais ao pacote de benefícios, de modo que para o ano 2000 ambos os regimes teriam cobertura idêntica de benefícios (Lei nº 100, de 1993, art. 162). Não obstante, até 2002, os beneficiários do regime subsidiado tinham direito a apenas 70% (ou menos, dependendo de onde eles moravam) do pacote de benefícios padrão disponível para os afiliados ao regime contributivo (ESTEVES, 2012). Essa diferenciação explícita do modelo de seguro social colombiano pode ter cristalizado as desigualdades em saúde devido ao acesso e uso desigual dos serviços. De fato, estudos como o de Ruiz e outros (2013), mostram evidências de que, entre 2003 e 2008, houve alguns avanços no acesso a medicamentos. Contudo, existiam ainda grandes lacunas referentes ao uso dos serviços de saúde entre os quintis mais rico e mais pobre da população, em detrimento destes últimos. Consequentemente, diante da iniquidade padecida pela população mais vulnerável, a Corte Constitucional ordenou, em 2008, a unificação e a atualização dos planos de forma definitiva. Os POS de ambos os regimes foram igualados de forma progressiva e por grupos populacionais, concluindo a equalização em 2012. De acordo com a OCDE (2015), entre 1993 e 2014, a parcela da população com cobertura de saúde, dos regimes subsidiado e contributivo, passou de 24% para 96%, com

crescimento mais rápido entre os colombianos que possuíam, até então, menor acesso aos serviços de saúde: de 4,3% para 89,3% entre os 20% mais pobres e de 6,6% para 92,6% entre a população rural. Esta progressão foi acompanhada de uma acentuada redução do desembolso direto (de 45% para menos de 15% dos gastos totais em saúde). Apesar desses avanços, restam vários desafios para o sistema. O acesso a serviços não incluídos no POS é uma questão importante. Segundo Giedión e Cañón (2014), a existência de mecanismos judiciais e administrativos expeditos e o fato de que as EPS devem prestar os serviços cobrando recursos do Estado, particularmente do *Fondo de Solidaridad y Garantía* (FOSYGA), têm ocasionado incentivos para que as seguradoras solicitem serviços fora do plano, uma vez que estes representam receitas adicionais. Consequentemente, o financiamento dos serviços excluídos do POS aumentou exponencialmente, minando a sustentabilidade do sistema e impactando ainda a equidade na distribuição desses recursos, favorecendo àqueles com maiores níveis de renda. Os autores também assinalam como desafio a implantação de processos institucionalizados, transparentes e sistemáticos para a definição dos serviços incluídos no POS, que na atualidade enfrenta grande oposição da comunidade médica que defende a atenção de saúde em função das necessidades dos pacientes e não de um pacote de benefícios.

Uruguai

Antes da reforma, o Uruguai possuía um sistema de saúde segmentado, com um subsetor privado para os trabalhadores formais ou pessoas com capacidade de pagamento, financiado mediante uma quota fixa que era assumida pela seguridade social; e um subsetor público para

trabalhadores informais e população sem capacidade de pagamento. Ambos os subsistemas apresentavam variabilidade na cobertura de serviços e nos copagamentos. Em 2005, com uma mudança política relevante – primeira vez que a Frente Ampla, coalizão de centro-esquerda, tomou o poder – começou o debate em torno de uma profunda reforma sanitária no país, que culminou na estruturação do *Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS) em 2007. Como parte da criação do SNIS, o governo estruturou o Seguro Nacional de Saúde[7], seguro único para toda a população gerido pela *Junta Nacional de Salud* (JUNASA)[8] e estabeleceu um plano de benefícios explícitos para todos, denominado *Plan Integral de Atención a la Salud* (PIAS). O PIAS define uma lista positiva de bens e serviços de saúde e possui normas específicas para os procedimentos considerados prioritários, criando uma vinculação entre as prioridades de política e adoção de padrões para a prestação de serviços de saúde. Os benefícios incluem políticas de promoção e prevenção voltadas a grupos específicos, bem como um catálogo de serviços garantidos. O catálogo é dividido em três categorias: serviços de diagnóstico e terapêuticos de baixa e média complexidade; medicamentos de baixo e médio custo; e serviços de diagnóstico e terapêuticos de alta complexidade e medicamentos de alto custo. Nesse sentido, trata-se de um catálogo de procedimentos, semelhante ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar no Brasil, e não de enfermidades de tratamento garantido (como no Chile e no Peru) (MOLINS; ALONSO;

[7] A reforma incluiu uma adesão progressiva de beneficiários ao novo sistema até 2016, iniciando com os trabalhadores públicos, os filhos menores de 18 anos, os deficientes físicos e os novos aposentados foram os primeiros incorporados. Posteriormente entrariam os conjugues dos trabalhadores e os demais trabalhadores (OPAS, 2012).

[8] A JUNASA possui representantes do Ministério da Saúde Pública, Ministério da Economia e Finanças, Banco da Previdência Social, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários do sistema.

FERNÃNDEZ, 2014). A partir disso, o cumprimento do catálogo é obtido mediante contratos entre os prestadores de serviços e a JUNASA, com a inclusão de metas e critérios de qualidade a serem atendidos. A remuneração paga aos prestadores depende de dois elementos: uma vinculação ao cumprimento dos contratos e um *per capita* de pacientes atendidos, ajustado por riscos (associados à idade e sexo). Desse modo, houve mudanças significativas no modelo de atenção. Por um lado, com o PIAS foram niveladas a quantidade e a qualidade das prestações definidas explicitamente e exigíveis ante as autoridades. Por outro lado, a redefinição das remunerações aos prestadores considerou tanto as necessidades de saúde como os custos diferenciais de sua atenção. Além disso, os contratos entre JUNASA e os prestadores é uma ferramenta de gestão que visa o incentivo dos prestadores a cumprir determinadas ações e, em última instância, atingir os objetivos da reforma (GIOVANELLA et al., 2012; OPAS, 2012). Observa-se que a reforma uruguaia tem atingido avanços progressivos em termos de aumento de cobertura, diminuição do gasto direto e das barreiras econômicas de acesso aos serviços (MOLINS; ALONSO; FERNÁNDEZ, 2014; OPAS, 2012).

Segundo Molins, Alonso e Fernández (2014) o acompanhamento das metas estabelecidas nos contratos permite constatar a melhora de indicadores de saúde, tais como a taxa de mortalidade materna, além da redução nas filas de espera e a redução dos desembolsos diretos pela população. Não obstante, alguns desafios ainda estão presentes no sistema de saúde uruguaio. A gestão do PIAS, compartilhada entre o *Fondo Nacional de Recursos* (FNR) e o Ministério da Saúde Pública, necessita de maior articulação entre as duas instituições, a fim de evitar sobreposição de funções e coerência na definição e implementação das políticas de saúde. Um segundo desafio é, apenas parcialmente, decorrente do primeiro.

Quadro 2 - Principais caraterísticas das reformas e políticas para avançar para o acesso universal

	Argentina	Brasil	Chile	Colômbia	Peru	Uruguai	Venezuela
Reforma ou política para avançar ao acesso universal	*Plan Nacer/Plan Sumar*	Sistema Único de Saúde (SUS)/ Programa Saúde da Família (PSF)	FONASA/ *Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas* (AUGE)	*Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS)/ *Plan Obligatorio de Salud* (POS)	*Seguro Integral de Salud* (SIS)/ *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud* (PEAS)	*Sistema Nacional Integrado de Salud* (SNIS)/ Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)	*Sistema Público Nacional de Salud* (SPNS)/ *Misión Barrio Adentro*
Ano de adoção	2003	1988/1994	1981/2005	1993 - 2012	2007/ 2009	2006	2003
Motivação	Crises econômica e social ocasiona busca de garantías explícitas.	Sistema de saúde segmentado com limitados serviços públicos e democratização gerou o Movimento da Reforma Sanitária e a busca do acesso universal à saúde.	Insatisfação dos usuários gerou a necessidade de oferecer serviços de saúde com garantias explícitas.	Estabelecimento de um esquema de seguro com separação de funções e financiamento para garantir um piso mínimo de cobertura para todos.	Equidade. Desigualdade de acesso à atenção gerou o desejo de oferecer um piso mínimo de cobertura para todos os cidadãos como parte de um esquema de seguro universal.	Equidade no acesso a prestações explícitas e exigíveis.	Necessidade de ampliar acesso à atenção primária em saúde, principalmente para populações pobres.
População alvo	Mães e crianças não cobertas pelo seguro contributivo- Mulheres < 65 Adolescentes e crianças.	Toda a população.	Toda a população.	Toda a população por meio de dois regimes de gestão separada: regime contributivo e regime obrigatório.	Aqueles não cobertos pelo seguro contributivo.	Toda a população.	População principalmente pobre e sem outro tipo de cobertura.
Benefícios cobertos	Serviços maternos infantil da atenção primária, com expansão para alguns serviços especializados e de alta complexidade.	Benefícios abrangentes de atenção primária até alta complexidade.	80 problemas de saúde (da atenção básica até a alta complexidade), cujo tratamento cobre ao redor de 60% da carga de doenças nacional.	Benefícios abrangentes de atenção primária até alta complexidade, com benefícios mínimos iguais para ambos os regimes.	140 condições cujas tratamento cobre ao redor de 65% da carga de doença nacional, com ênfase em condições pediátricas e ginecobstétricas.	Benefícios abrangentes, o PIAS cobre serviços preventivos, curativos, de reabilitação e os cuidados paliativos.	Serviços preventivos, de promoção e atenção primária.
Afiliação	Voluntária	Sem afiliação	Obrigatória	Obrigatório	Obrigatório	Obrigatório	Sem afiliação

Fonte: Bonvecchio et al. (2011); Dmytraczenco; Torres; Aten (2015); Giedion; Cañon (2014).

Como a atenção à alta complexidade se manteve aparte, a proposta do PIAS de se organizar em torno do modelo de prevenção foi apenas parcialmente atendido. Por outro lado, conforme verificado em outros países da América do Sul (como no Brasil e na Colômbia), a judicialização a fim de garantir cobertura de cuidados não previstos originalmente tornou-se prática recorrente. No caso uruguaio, outra insatisfação deve-se à existência de copagamentos para realização de alguns procedimentos, com preços que podem ser bastante elevados. Ainda que o governo tenha buscado contornar este problema, com a criação de isenções para algumas enfermidades, o copagamento continua presente no sistema, limitando o efetivo acesso (MOLINS; ALONSO; FERNÁNDEZ, 2014).

Argentina

Na Argentina, a crise econômica e financeira de 2001 ampliou a parcela da população sem emprego e sem a cobertura propiciada pelas *Obras Sociales*, aumentando a pressão sobre o sistema público. Além disso, o crescimento da pobreza decorrente da crise contribuiu com a piora de vários indicadores de saúde, em particular, a reversão da redução da mortalidade infantil, que, em 2003, diminuiu para 16,5/mil nascidos vivos. Antes da implementação do *Plan Nacer,* seis em cada dez mortes neonatais se deviam a causas evitáveis (SABIGNOSO; SILVA; CURCIO, 2014). Como resposta, em 2003, o Ministério da Saúde em consenso com os estados, desenvolveu e começou a implantar o *Plan Nacer* (PN), que tinha como objetivo central reverter o aumento da taxa de mortalidade materno-infantil, principalmente junto à população mais vulnerável. O PN iniciou bastante focalizado em poucas prestações e grupos populacionais prioritários para se expandir de forma gradual e

por camadas de novos grupos populacionais e serviços. Assim, a partir de 2005, o plano estabeleceu um conjunto de serviços de atenção primária a seu público alvo e foi inicialmente adotado em dois estados, se expandindo em 2007, para todo o país. Em 2010, o governo ampliou sua cobertura para atendimentos de alta complexidade. Dois anos depois, o programa mudou de nome, para *Programa SUMAR* e incorporou novos grupos populacionais, abrangendo crianças e adolescentes até 19 anos; mulheres com até 64 anos sem cobertura de seguro social ou privada, que, em conjunto, representavam o 63% da população sem *obra social* ou medicina pré-pagada e 23% da população total (GIOVANELLA et al., 2012; OPAS, 2012; SABIGNOSO; SILVA; CURCIO, 2014). Segundo Sabignoso, Silva e Curcio (2014), o PN contribuiu para um maior acompanhamento da mulher durante a gestação, uma redução da mortalidade neonatal, infantil e de nascidos com baixo peso. Em termos de gestão, o PN conseguiu se articular com outras políticas nacionais, fortalecendo sua institucionalização. Além disso, com o programa foram alcançados acordos entre diferentes níveis de governo para gerar resultados em saúde mediante transferências de recursos baseadas em resultados. Certamente, ambos os programas Nacer-Sumar são iniciativas importantes para avançar no acesso e cobertura em saúde da totalidade dos argentinos, porém é oportuno destacar que as caraterísticas estruturais do sistema de saúde argentino (alta fragmentação, segmentação, iniquidade) continuam.

Peru

Como resposta à fragmentação e segmentação do sistema de saúde, bem como à elevada parcela da população sem acesso aos serviços, o congresso peruano, com amplo respaldo do poder executivo

nacional, aprovou em 2009 a *Ley de Aseguramiento Universal en Salud* (Lei AUS) que foi o produto de um amplo debate nacional iniciado no ano de 2002. A Lei AUS estabeleceu um mandato mínimo comum para as instituições asseguradoras (SIS, EsSalud, FFAA, polícia nacional e setor privado) visando garantir o direito à saúde a toda a população independentemente de sua situação laboral e econômica. Como parte da reforma, a Lei criou o *Plan Esencial de Asistencia a la Salud* (PEAS) que consiste em uma lista priorizada de condições objeto de seguro e intervenções que são financiadas a todos os afiliados pelas instituições asseguradoras. A Lei também estabeleceu a existência de planos complementares. O PEAS foi desenhado a partir de um estudo de cargas de doenças, considerando critérios econômicos para a definição dos diagnósticos que seriam incluídos (CENTRÁLOGO et al., 2013). O plano vem sendo adotado de forma progressiva. Inicialmente, o governo definiu áreas geográficas como piloto, oferecendo o plano pelo sistema público em duas modalidades: para a população mais pobre, o plano essencial acrescido de um complementar, e para os demais apenas o plano essencial. Em 2010, a seguridade social passou a ofertar o plano essencial para os trabalhadores independentes e, em 2011, os seguros privados também passaram a fornecer este plano. Finalmente, em 2012, o governo aprovou a gradativa expansão do plano essencial às demais regiões geográficas do país (LEVINO; CARVALHO, 2011; GIOVANELLA et al., 2012; PRIETO; CID; MONTAÑEZ, 2014). Não obstante, cabe assinalar que devido às diferenças nos recursos financeiros entre os departamentos do Peru, nem todas as regiões apresentavam as mesmas condições para ampliar o seguro universal entre a população pobre (CENTRÁLOGO et al., 2013). O plano abrange uma atenção integral (incluindo prestações em todos os níveis de atenção),

garantindo cobertura para 140 condições de saúde, que abrange 65% das doenças e 80% da demanda na atenção básica (Quadro 2). Há uma priorização aos cuidados preventivos junto à determinada parcela da população, explicitado pelo fato de que 40% das condições cobertas são referentes a cuidados às mulheres grávidas e crianças. Por sua vez, o plano só cobre o tratamento para três doenças graves: câncer no colo do útero; mioma no útero; câncer de próstata. Outras enfermidades mais graves, e que envolvem altos custos, são abrangidas pelo *Plan Esperanza* e financiadas mediante o *Fondo Intangible Solidario de Salud* (FISSAL), que recebe recursos do tesouro nacional. No entanto, o arranjo não cobre todos os atendimentos de alto custo, sendo que algumas doenças graves não têm qualquer garantia de cobertura – ou seja, dependem de desembolso direto do paciente (LEVINO; CARVALHO, 2011; GIOVANELLA et al., 2012; PRIETO; CID; MONTAÑEZ, 2014). Segundo Centrálogo et al. (2013), a ampliação progressiva da cobertura também se refere aos benefícios e garantias explícitas, estas últimas atingiriam 185 em 2014. Além disso, a afiliação ao AUS é obrigatória para toda a população que deve se inscrever em função de suas caraterísticas socioeconômicas. A universalidade na afiliação seria progressiva em função dos recursos disponíveis. A partir dos estudos realizados pela UNASUR (GIOVANELLA et al., 2012) e pelo BID (PRIETO; CID; MONTAÑEZ, 2014), é possível apontar algumas limitações nas políticas implementadas em 2009. O processo de aprovação da reforma teria sido pouco transparente na definição de suas prioridades, e com baixa consulta à população e especialistas da área. Em termos de financiamento, os recursos arrecadados não cobriam a totalidade dos custos do sistema e tampouco há obrigatoriedade de que os repasses realizados para os prestadores de

serviços sejam efetivamente alocados no atendimento das condições de saúde priorizadas pelo plano. As funções realizadas pelo Ministério da Saúde e a *Superintendência Nacional de Garantía de Salud*, embora definidas, ainda não estão plenamente regulamentadas, dificultando a garantia no cumprimento de determinados parâmetros, como o atendimento dos cuidados priorizados e sua qualidade. O plano não incluiu formas de abranger parcelas da população que, por razões culturais e ou de isolamento, não acessam habitualmente os serviços de saúde (principalmente na região amazônica). Cabe assinalar ainda que o sistema de saúde preserva um elevado nível de fragmentação institucional, sendo fonte de inequidades e ineficiências.

Venezuela

Como consequência das crises econômica e social que assolaram a Venezuela ao final da década de 1980, foi iniciado um processo de reforma, promovido pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, com políticas de caráter neoliberal que, no setor saúde, se traduziram em: redução do gasto público, cobranças nos estabelecimentos públicos de saúde, estímulos fiscais para construção de centros de saúde privados, redução de vagas universitárias para formação de profissionais de saúde, contratos coletivos dos servidores públicos com seguros privados, entre outras medidas. Como parte da reforma também se deu início à descentralização progressiva para os estados federais da prestação e financiamento dos serviços de saúde (TEJERINA, 2014). Nesse contexto, em 1998, assumiu o poder um governo progressista com propostas contrárias às reformas mencionadas, cujos princípios foram plasmados na nova Constituição de 1999, estabelecendo o direito à saúde

como obrigação do Estado, que deveria criar e gerir um *Sistema Público Nacional de Salud* (SPNS). Além do SPNS, o novo governo suspendeu a aplicação de leis que privatizariam a seguridade social e propôs um modelo de atenção integral em saúde cuja gestão e financiamento estariam a cargo do Estado. Essa nova reforma encontrou uma forte oposição de parte da corporação dos médicos e profissionais da saúde, inibindo a aprovação da Lei Orgânica de Saúde, que trataria questões específicas do setor. Assim a institucionalização do SPNS não foi concretizada. Além disso, entre 2001-2002, a situação política econômica do país teve um notável deterioro (golpe de estado, greve da indústria petroleira, elevado desemprego e inflação). Neste contexto, em 2003, estruturou-se a *Misión Barrio Adentro* como um projeto de desenvolvimento comunitário que responderia às necessidades das localidades pobres de Caracas, dotando-as de serviços de saúde, moradia, nutrição, educação, entre outros, contando com a participação de 200 médicos cubanos e 30 venezuelanos (BRIGGS; MANTINI-BRIGGS, 2007). A missão transformou-se num programa médico que, em 2006, havia se estendido a todo o território nacional, visando a ampliação do acesso à atenção primária em saúde. Com esse objetivo, o programa era composto por duas modalidades: Bairro Adentro I, porta de entrada do sistema, focado nas políticas de prevenção e atenção primária; e Bairro Adentro II, que oferece acesso a especialidades que não requerem hospitalização, incluindo consultas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, laboratório e cirurgias simples, com atendimento em clínicas populares. A fim de promover acesso a cuidados hospitalares, o governo criou o Bairro Adentro III, utilizando a rede pública hospitalar já existente e agregando hospitais universitários da rede de seguridade social e instituições especializadas. Este processo demandou uma recentralização dos recursos e uma

coordenação das políticas (BONVECCHIO et al., 2011). Esta estrutura é financiada diretamente por Petróleos de Venezuela S.A. e está sob a responsabilidade administrativa direta de um conselho para a missão que responde diretamente à presidência da república. A maioria dos profissionais ainda é cubana e respondem técnica e administrativamente à estrutura da missão médica cubana na Venezuela. Além disso, a dotação de equipamentos, medicamentos e insumos se realiza por meios diferentes da estrutura de gestão do país (TEJERINA, 2014). Desse modo, o programa conta com um financiamento e prestação de serviços paralelos e independentes da rede regular do sistema de saúde. A disparidade de financiamento e de estrutura de acesso gerou um sistema que não se expandiu plenamente nem como sistema nacional, nem como sistema de seguros sociais de saúde. A criação do Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS) depende da maior integração dos recursos e dos mecanismos de acesso, o que não ocorreu. De acordo com Tejerina (2014, p. 8, tradução livre), "[...] a rede Barrio Adentro conseguiu inquestionavelmente incrementar o acesso aos serviços de saúde das populações mais vulneráveis [...]". Contudo, o mesmo autor afirma que a segmentação do sistema se mantem e provavelmente aumentou em termos do financiamento e da gestão. Além disso, cabe assinalar que desde 2014, com a forte queda no preço do petróleo[9], o programa Barrio Adentro e o sistema público de saúde em geral têm sofrido redução dos recursos financeiros. A política de controle sobre os preços e as restrições cambiais restringiu a importação de medicamentos e criou uma cisão profunda entre o governo e a indústria farmacêutica (LOHMAN, 2015). Em consequência, o acesso a medicamentos e outros

[9] Entre novembro de 2014 e janeiro de 2016, o preço do petróleo Brent (uma das principais referências internacionais) caiu de US$ 110 para US$ 30.

suprimentos tornou-se precário, afetando negativamente a prestação de serviços de saúde, que também padece com a fuga de cérebros motivada em grande medida pelas baixas remunerações dos profissionais de saúde no setor público e as deterioradas condições de trabalho. Os indicadores de saúde também evidenciam a situação precária do sistema de saúde venezuelano, com taxas de mortalidade materna e infantil que estão muito distantes dos níveis que o país concordou em alcançar para os Objetivos do Milênio (Tabela 1).

Conclusão

Nas três décadas mais recentes, os países selecionados neste estudo reformaram seus sistemas de saúde, definindo os princípios que nortearam o exercício do direito à saúde, que ganhou força legal na maioria das constituições na região. A busca pelo acesso e a cobertura universal em saúde, bem como a promoção da equidade em saúde tornaram-se alvos das mais diversas políticas públicas empreendidas no setor. Contextos variados de fim de ditaduras militares e crises socioeconômicas, caraterizados por elevados níveis de injustiça social, foram o caldo de cultura para a mobilização social e as mudanças de governo que impulsionaram as reformas dos sistemas de saúde e imprimiram a força necessária para superar a oposição que as mudanças suscitavam. A implantação de diversas políticas públicas estendeu a cobertura dos serviços de saúde às populações mais vulneráveis, melhorando o acesso à saúde.

Apesar dos avanços, os sistemas de saúde conservam caraterísticas estruturais de fragmentação na organização e prestação dos serviços e segmentação do financiamento, que implicam iniquidades e ineficiências

dos sistemas de saúde. Embora algumas das reformas realizadas podem ser consideradas paradigmas em termos de integração dos sistemas (Brasil e Uruguai), outras geraram maior segmentação e fragmentação, multiplicando os níveis e tipos de cobertura e dividindo cada vez mais a população de acordo com seu patamar de renda e situação no mercado de trabalho (Colômbia, Peru), chegando inclusive a funcionar com sistemas paralelos (Venezuela). Além disso, em alguns dos países selecionados, os sistemas de saúde estabeleceram responsabilidades de financiamento, prestação e gestão de serviços de saúde em jurisdições subnacionais, condicionadas por situações socioeconômicas heterogêneas e capacidades díspares de gestão (Argentina, Brasil), resultando em diferenças de cobertura de acordo com a localização geográfica da população, em outras palavras, fragmentando-se territorialmente.

Somados a esses fatores estruturais, a conjuntura atual apresenta mudanças que precisam ser consideradas. Vários dos países selecionados atravessam processos relevantes de alterações nas lideranças políticas, acompanhados de claros sinais de desgaste socioeconômico: aumento da inflação, crescimento do desemprego, déficits fiscal e de balança de pagamentos, queda dos preços de petróleo (Venezuela), maiores níveis de informalidade e recessão econômica. Um novo período de crise poderia desencadear reduções na capacidade contributiva dos trabalhadores, diminuição do financiamento da saúde, tanto do setor público quanto do privado, aumento da demanda por serviços de saúde e maiores níveis de insatisfação entre os usuários. Em momentos como estes, os princípios norteadores do direito à saúde precisam ser fortalecidos para evitar retrocessos nos avanços obtidos e as novas oportunidades que a situação oferece devem ser aproveitadas para o desenvolvimento e a melhora dos sistemas de saúde.

Referências

ARCE, H. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. **Medicina (B. Aires)**, Buenos Aires, v. 72, n. 5, p. 414-418, oct. 2012.

ATUN, R. et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**, v. 385, p. 1230-1247, march 2015.

BANCO MUNDIAL. **Countries and economies**. Washington (D.C.), ©2016. Disponível em: <http://datos.bancomundial.org/pais>.

BONVECCHIO, A. et al. Sistema de salud de Venezuela. **Salud Publica Mex**, n. 53, supl. 2, p. S275-S286, 2011.

BRIGGS, C., MANTINI-BRIGGS, C. Mission barrio adentro: social medicine, social movements of the poor and new coalitions in Venezuela. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 3, n. 2, p. 159-176, 2007.

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, ano 9, n. 2, jun. 2015. 64p.Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2015_mes06_caderno_informacao.pdf>.

CEPALSTAT. **Panorama Regional de América Latina y el Caribe**: indicadores seleccionados. [S. l.]: Nações Unidas/CEPAL, ©2000-2016. Disponível em: <http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_ CEPALSTAT/Portada.asp>.

CETRÁNGOLO, O. et al. **El sistema de salud del Perú**: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: OIT, Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2013.

CETRÁNGOLO, O. Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. **Rev. de Economía Política de Buenos Aires**, Buenos Aires, año 8, v. 13, p. 145-183, 2014.

CLOTEAR, D. et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. **Lancet**, v. 385, p. 1248-1259, out. 2015.

DADOS sobre o Desenvolvimento Humano: 1980-2015. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2015. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/data>.

DMYTRACZENCO, T.; TORRES, F. M.; ATEN, A. Universal health coverage policies in Latin America and the Caribbean. In: DMYTRACZENCO, T.; ALMEIDA, G. (Ed.). **Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean**: evidence from selected countries. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2015. p. 53-80.

ESCOBAR, L.; BITRÁN, R. Chile: las Garantías Explícitas de Salud. In: GIEDION, U.; BITRÁN, R.; TRISTAO, I. **Planes de beneficios en salud de América Latina**: una comparación regional. Washington (D.C.): Banco

Interamericano de Desarrollo (BID), 2014. p. 45-79.

ESTEVES, R. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. **International Journal for Equity in Health**, London, 2 Feb. 2012.

GIEDION, U.; CAÑÓN, O. Colombia: el Plan Obligatorio de Salud. In: GIEDION, U.; BITRÁN, R.; TRISTAO, I. **Planes de beneficios en salud de América Latina**: una comparación regional. Washington (D.C.): Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2014. p. 80-113.

GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Sistemas de Salud en Suramérica**: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

GLOBAL Health Observatory Data. **Word Health Statistics 2016**: monitoring health for the SDGs. New York: WHO, ©2016. Disponível em: <http://www.who.int/gho/en/>.

GRAGNOLATI, M., LINDELOW, M., COUTTOLENC, B. **Twenty years of health system reform in Brazil**: an assessment of the Sistema Único de Saúde. Washington (D.C.): The World Bank, 2013.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington (D.C.), v. 30, n. 5, p. 490-500, 2011.

LOHMAN, D. La crisis del sistema de salud de Venezuela. **Human Rights Watch**, New York, 29 abr. 2015. Disponível em: <https://www.hrw.org/es/news/2015/04/29/la-crisis-del-sistema-de-salud-de-venezuela>. Acesso em: mar. 2016.

MOLINS, S.; ALONSO, L.; FERNÁNDEZ, J. Uruguay: el Plan Integral de Atención a la Salud. In: GIEDION, U.; BITRÁN, R.; TRISTAO, I. **Planes de beneficios en salud de América Latina**: una comparación regional. Washington (D.C.): Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2014. p. 114-143.

OECD. **Reviews of Health Systems**: Colombia 2016. Paris: OECD Publishing, 10 dez. 2015.

OPAS. Sistemas de salud y protección social en salud. In: OPAS. **Salud en las Américas**: 2012. Brasília (DF): OPAS, 2012. p. 217-265.

PIOLA, S. et al. Vinte anos de Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? In: POLÍTICAS Sociais: acompanhamento e análise. Brasília (DF): IPEA, n. 17, v. 1, 2008.

PRIETO, L.; CID, C.; MONTAÑEZ, V. Perú: el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. In: GIEDION, U.; BITRÁN, R.; TRISTAO, I. **Planes de beneficios en salud de América Latina**: una comparación regional. Washington (D.C.): Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2014. p.170-198.

SABIGNOSO, M.; SILVA, H.; CURCIO, J. Argentina: el Plan Nacer. In: GIEDION, U.; BITRÁN, R.; TRISTAO, I. **Planes de beneficios en salud de América Latina**: una comparación regional. Washington (D.C.): Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2014. p. 199-225.

RUIZ, G. F.; ZAPATA, J. T; GARAVITO, B. L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008. **Rev Panam Salud Publica**, Washington (DC), v. 33, n. 2, p. 107–15, 2013 .

SILVA, H.; VIANA, A. O financiamento do sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. M.; SEIXAS, P. H. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 179-203.

TEJERINA, H. **Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur**: mapeo de la APS en Venezuela. Rio de Janeiro: ISAGS, jun. 2014.

TITELMAN, D.; CENTRÁLOGO, O.; ACOSTA, O. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. **MEDDIC Review**, Havana, v. 17, suplemento, p. S68-S72, 2015.

3
Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul

Alejandra CARRILLO ROA[1]

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os três objetivos fundamentais dos sistemas de saúde são: a) melhorar a saúde da população; b) responder às necessidades e expectativas das pessoas; e c) fornecer proteção financeira em saúde (WHO, 2000). Esses três objetivos estão fortemente relacionados entre si, pois o aprimoramento da saúde da população depende tanto da capacidade de resposta dos sistemas de saúde quanto da disponibilidade de recursos financeiros para arcar com os custos dos serviços de saúde prestados. Além disso, o nível de gastos com saúde, as fontes e a estrutura de financiamento condicionam e determinam em que medida o sistema de saúde responde às necessidades da população.

Assim, os modelos de financiamento estão estreitamente vinculados aos arranjos dos sistemas de saúde que na maior parte dos países da América do Sul analisados neste capítulo (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai e Venezuela) são segmentados, com diferentes regras de filiação e coberturas, bem como múltiplas fontes de financiamento, resultando em diversos esquemas redistributivos

[1] Economista pela Universidade Central da Venezuela (UCV). Mestre em Seguridade Social pela Universidade Central da Venezuela (UCV) e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Consultora Nacional em Economia da Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil.

dos recursos financeiros. Estas características dos sistemas de saúde implicam um enorme desafio para os gestores e formuladores de políticas públicas da região, que enfrentam o problema de como financiar os sistemas de saúde para aproveitar ao máximo os recursos escassos e poder gerar o mais elevado nível de saúde da população e proteção financeira contra riscos à saúde.

Várias das reformas dos sistemas de saúde implantadas na América do Sul incorporaram diversas políticas e mecanismos de financiamento como parte da estratégia para ampliar o acesso e a cobertura em saúde. Assim, dando continuidade ao capítulo anterior, este capítulo pretende analisar e comparar o financiamento dos sistemas de saúde dos sete países da América do Sul previamente selecionados, considerando que tanto o nível quanto a estrutura de financiamento dos sistemas possuem um papel importante no alcance da universalidade em saúde.

Para tal fim, o texto é composto de quatro seções, além desta introdução. A primeira seção apresenta os níveis de gasto em saúde dos países selecionados, mostrando indicadores em termos do Produto Interno Bruto (PIB) e *per capita*. Na segunda seção é analisada a estrutura de financiamento dos sistemas de saúde, estudando a composição público-privada. A terceira seção aborda a questão do gasto direto e da proteção financeira na região, trazendo dados sobre os gastos catastróficos e empobrecedor. Na quinta e última seção, apresentam-se as considerações finais.

É relevante assinalar que as informações sobre os gastos em saúde nos países da região estão em muitos casos desatualizadas, apresentam inconsistências e diferem em termos conceituais e de contabilização, dificultando as análises comparadas sobre o

financiamento dos sistemas de saúde. Neste trabalho foram utilizados como fonte principal os dados do Observatório Global da OMS, que dispõe de informações para os diferentes países aqui analisados.

Níveis de gasto em saúde

O financiamento se refere aos mecanismos pelos quais os recursos são mobilizados para financiar atividades do setor de saúde. Com exceção da ajuda externa que, para o ano de 2013, constituiu ao redor de 1,0% das despesas totais de saúde na Argentina e no Peru, todos os recursos financeiros nos países aqui analisados são arrecadados internamente, por meio de diferentes tipos de mecanismos de financiamento, diretos ou indiretos, públicos ou privados (Figura 1).

Uma caraterística evidente sobre o financiamento da saúde dos países analisados é a grande heterogeneidade de gastos no setor. Em 2013, o gasto em saúde como proporção do PIB variou de 3,6% na Venezuela até 9,7% no Brasil. O Gráfico 1 mostra que, para esse ano, os países que gastaram mais com saúde em termos do PIB foram, além do Brasil, Uruguai (8,8%), Chile (7,7%) e Argentina (7,3%), enquanto a Venezuela (3,6%), Colômbia (6,8%) e Peru (5,3%) foram os que gastaram menos. Ressalvadas as diferenças entre as realidades econômicas, políticas e sociais dos países desenvolvidos, cabe assinalar que, à exceção do Brasil, os níveis de gasto em saúde feitos pelos países selecionados são comparativamente baixos aos executados por países com sistemas universais de saúde pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)[2].

[2] Em 2013, os gastos em saúde como proporção do PIB para alguns países desenvolvidos com sistemas universais de saúde foram: Austrália (9,4%), Canadá (10,9%), França (11,7%), Japão (10,3%), Reino Unido (9,1%) e Suíça (11,5%).

Apesar de que, entre os anos 2000 e 2013, todos os países selecionados mostraram resultados macroeconômicos positivos[3], a participação do gasto em saúde no PIB registrou uma queda em três dos sete países analisados, Argentina (de 9,2% a 7,3%), Uruguai (de 11,2% a 8,8%) e Venezuela (de 5,7% a 3,6%). Argentina e Uruguai apresentaram aumentos significativos no gasto público em saúde durante o período em questão, no entanto a diminuição da participação deveu-se ao fato de que o crescimento econômico registrado nesses países foi ainda mais acelerado. Já na Venezuela, houve uma redução acentuada dos gastos públicos em saúde que impactou negativamente o percentual de gasto em saúde no PIB.

Traduzido em termos *per capita*, em 2013, os uruguaios gastaram em média de US$ 1.431, valor significativamente mais elevado se comparado com as despesas dos peruanos que registraram uma média *per capita* de US$ 354. Evidencia-se novamente a grande diversidade nos níveis de gasto na região[4]. Os países com maiores gastos em saúde *per capita* (Uruguai, Chile, Brasil e Argentina) são também os que possuem as maiores economias e os PIB *per capita* mais elevados. A exceção é a Venezuela que, apesar de ter um dos maiores PIB *per capita*do grupo (US$ 6.425[5]), gastou em saúde apenas US$ 520 por pessoa em 2013 (Figura 1).

[3] No período 2000-2013 registrou-se uma taxa média anual de crescimento do PIB que variou de 3,1% no Uruguai a 5,5% no Peru, mesmo com as quedas decorrentes das crises financeiras.

[4] Cabe assinalar que no período 2000-2013 houve aumentos significativos no gasto em saúde per capita em todos os países selecionados, destacando as variações de Brasil (309%), Peru (273%), Colômbia (260%) e Chile (231%) onde o gasto mais que triplicou. Ainda assim, novamente se observa que os níveis de gasto em saúde dos países selecionados são muito inferiores aos dos países com sistemas universais de saúde da OCDE. Em 2013 o gasto per capita em saúde nesses países foi: Austrália (US$6.110), Canadá (US$ 5.718), França (US$ 4.864), Japão (US$ 3.966), Reino Unido (US$ 3.598) e Suíça (US$ 9.276).

[5] Segundo dados da OMS, Global Health Expenditure Database, PIB per capita (US$ a preços constantes de 2005) (WHO, 2016).

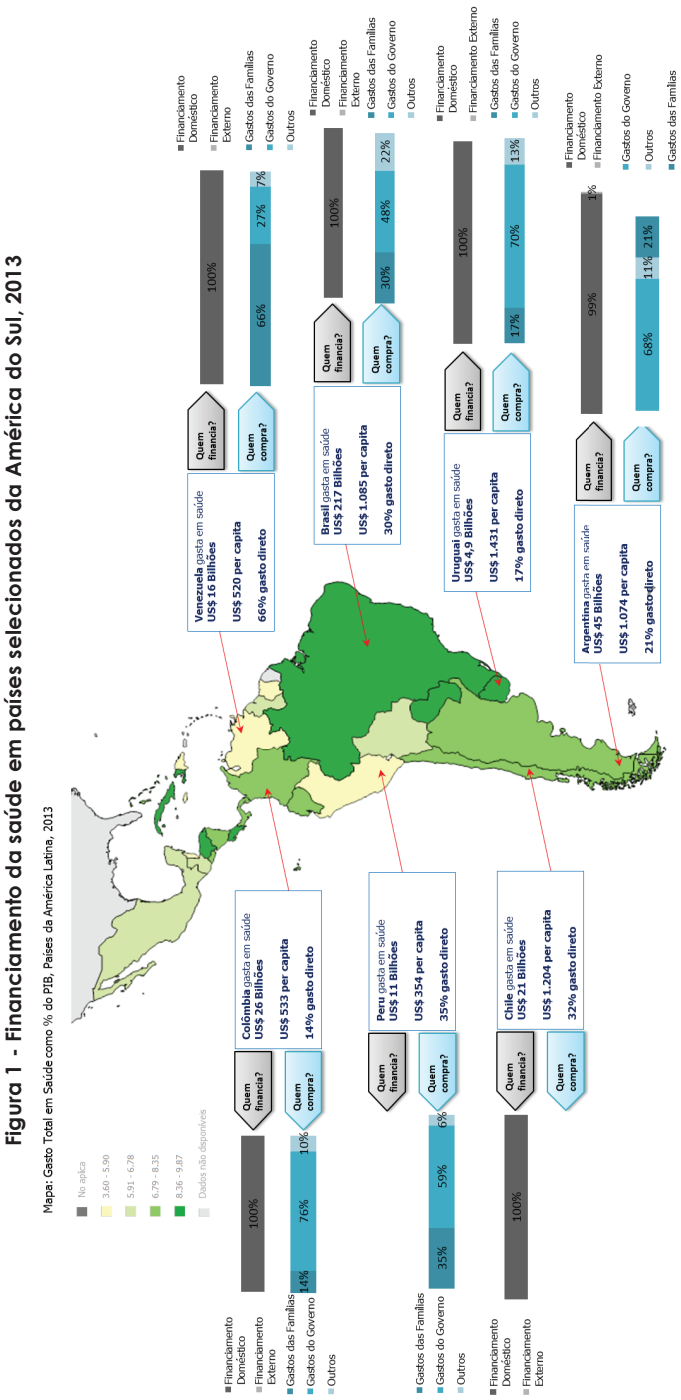


Figura 1 - Financiamento da saúde em países selecionados da América do Sul, 2013

Fonte: WHO (2016). Elaboração própria.

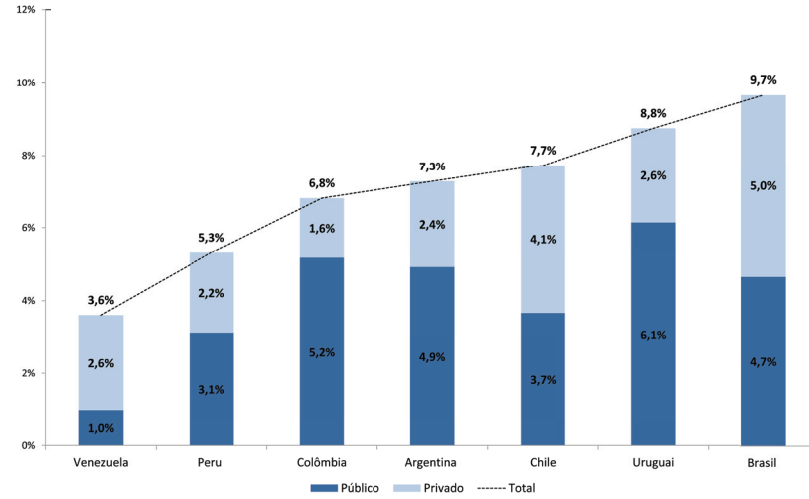
O nível de riqueza de um país não é a única variável explicativa da priorização do setor saúde. Outros fatores de caráter social e político, vinculados com a garantia da universalidade no acesso aos serviços de saúde, são também determinantes (BÁSCOLO et al., 2014). Também cabe assinalar que gastos semelhantes com saúde não necessariamente produzem o mesmo estado de saúde em diferentes países, pois fatores como o perfil epidemiológico podem ser substancialmente diferentes entre eles (SAVEDOFF, 2007). Além disso, maiores níveis de gasto não implicam necessariamente serviços de melhor qualidade, mais eficientes e equitativos, pois os modelos de financiamento e de organização dos sistemas de saúde exercem grande influência nos resultados em saúde (PIOLA, 2013). Observa-se que, embora Uruguai, Chile, Brasil e Argentina tenham níveis semelhantes de gastos com saúde, indicadores básicos como os da mortalidade infantil e da mortalidade materna apresentam disparidades entre os países (capítulo anterior), os quais podem estar relacionados com as variáveis apontadas na literatura.

Mix público-privado

Desde a ótica da universalidade e da igualdade, a composição do gasto em saúde e a estrutura do financiamento são determinantes. Em termos gerais, o financiamento dos serviços de saúde na maioria dos países é compartilhado entre fontes públicas e privadas, variando o predomínio de uma e de outra forma de financiamento na composição do gasto. O financiamento privado é realizado mediante desembolsos diretos (*out of pocket*) ou por meio do pré-pagamento de planos e seguros privados de saúde. Nos países selecionados, observa-se uma mistura nos

formatos de financiamento que merece atenção. Porém, também são relevantes os traços comuns que preponderam nestes países.

Gráfico 1 - Gasto em Saúde como % do PIB e repartição Público e Privado, 2013



Fonte: WHO (2016). Elaboração própria.

Entre 2000 e 2013, o gasto público como proporção do PIB aumentou em quatro dos sete países (Brasil, Chile, Colômbia e Peru), manteve-se estável no Uruguai e na Argentina, e diminuiu na Venezuela[6]. Apesar dos aumentos registrados, em 2013, apenas o Uruguai superou o nível de 6% do PIB proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde como uma referência útil de gasto público em saúde para os países da região (OPAS, 2014). Considerando-se essa referência, o gasto público em saúde como proporção do PIB praticado pelos países analisados é baixo (Gráfico 1).

[6] Entre 2000 e 2013 os maiores aumentos no gasto público como percentagem do PIB foram registrados no Brasil (de 2,9% para 4,7%) e no Chile (de 2,6% para 3,7%). No caso da Venezuela, o indicador passou de 2,4% para apenas 1,0% no mesmo período.

Em termos da participação do gasto público no total de gasto em saúde, houve, em média, um aumento de 5 pontos percentuais (pp) no período de 2000 a 2013, destacando-se o Uruguai (15,6pp), a Argentina (13,8pp) e o Chile (11,3pp) com os maiores incrementos e a Venezuela (-14,4pp) com a maior redução. A Figura 1 mostra que, em 2013, coexistiam duas situações opostas no conjunto de países em estudo. Por um lado, no Brasil (48%), no Chile (47%) e na Venezuela (27%) menos da metade do total de gasto em saúde era gasto público. Por outro lado, a Colômbia (76%), o Uruguai (70%) e a Argentina (68%) exibiam proporções de gasto público em saúde compatíveis com as de alguns países da OCDE com sistemas universais de saúde[7].

Historicamente a saúde não tem sido uma prioridade nos orçamentos governamentais do Brasil e da Venezuela, onde a percentagem destinada ao setor não atinge nem uma décima parte dos recursos públicos[8]. Com exceção desses dois países, o gasto público em saúde representou uma proporção igual ou superior a 15% do total de gasto do governo nos países analisados (Gráfico 2). Como assinalam Dmytraczenco, Torres e Aten (2015), isto levanta preocupações de que alguns países podem estar chegando ao limite superior da sua capacidade de capturar uma fatia maior do orçamento para o setor, sobretudo onde a saúde já absorve um quinto ou mais da receita pública, como na Argentina (31,8%) e no Uruguai (20,4%).

Esses indicadores evidenciam que houve certos avanços na ampliação da participação pública no gasto em saúde na última década. De fato, várias reformas vincularam receitas públicas para a saúde (definindo valores *per capita* a ser financiados a partir do orçamento; estabelecendo mínimos legais para o setor saúde; definindo contribuições para a saúde ou

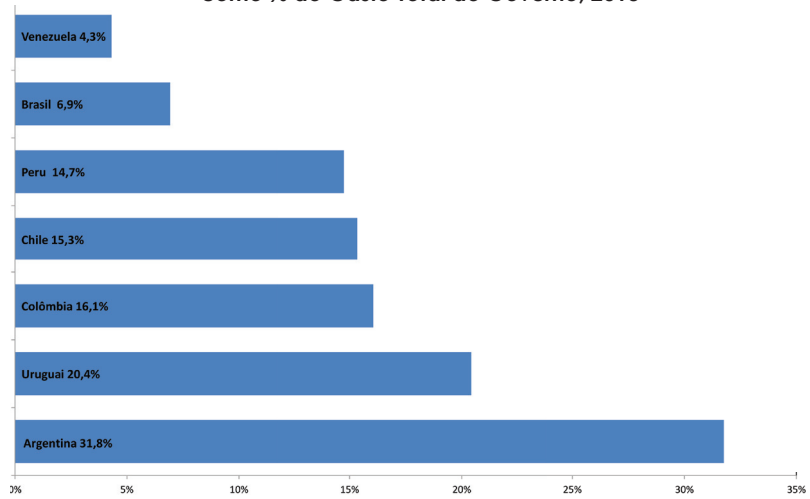
[7] Em 2013, o gasto público como percentagem do gasto total em saúde para alguns países desenvolvidos com sistemas universais de saúde foi: Austrália (66,6%), Canadá (69,8%), França (77,5%), Japão (82,1%), Reino Unido (83,5%) e Suíça (66,0%).

[8] No período de 2000-2013, o gasto público em saúde como proporção do total de gasto do governo passou de 4,1% a 6,9% no Brasil; e de 8% a 4,3% na Venezuela.

reservando-se as contribuições sobre folha de salários e outras contribuições) para financiar ampliações de acesso e cobertura, priorizando aqueles sem capacidade de pagamento (DMYTRACZENCO et al., 2015).

Não obstante, os indicadores também mostram que o gasto privado continua tendo uma importância relativa significativa em vários dos países da região. Com exceção da Colômbia, em 2013, em todos os países o gasto privado representou mais do que um quarto do total de gastos com saúde (Figura 1). Como observa Piola (2013), são notórios os casos de Brasil, Chile e Venezuela, países de renda média alta, onde o gasto privado supera o gasto público[9], contrariando a tendência de que em países com renda mais elevada a participação pública seja, quase sempre, maior. Particularmente, o Brasil, apesar de ter por mandato constitucional um sistema público de saúde de acesso universal, apresenta a terceira maior proporção de gasto privado entre os países em estudo.

Gráfico 2 - Gasto Público em Saúde como % do Gasto Total do Governo, 2013



Fonte: WHO (2016). Elaboração própria.

[9] Tanto em termos do total de gastos em saúde como em termos do PIB.

Ao analisar o impacto do gasto em saúde no bem-estar das famílias e no acesso a serviços de saúde, é particularmente relevante a categoria de gastos diretos ou *out of pocket*. Segundo a OMS (2015), o *out of pocket* é definido como pagamento direto feito por indivíduos no momento mesmo do uso ou acesso a serviços e produtos de saúde, ou seja, excluindo pré-pagamento e, se possível, líquidos de quaisquer reembolsos posteriores[10]. As despesas diretas atuam, muitas vezes, como uma barreira de acesso que desestimula as pessoas de utilizar os serviços de saúde, adiando a atenção. Esse adiamento pode implicar um aumento dos gastos futuros, tanto a nível individual, como do sistema de saúde em seu conjunto; além de reduzir as possibilidades de se obter melhores resultados de saúde (OMS, 2010). Mas ainda, os pagamentos diretos dependem do poder de compra de cada indivíduo e, consequentemente, fogem a uma lógica de solidariedade ou de diversificação de riscos. Por tanto, o *out of pocket* é um mecanismo de financiamento da saúde ineficiente e injusto (CEPAL, 2008).

Algumas das reformas implantadas nos países visaram, entre outros objetivos, diminuir a carga de despesas diretas com saúde, eliminando *user fees* e copagamentos ou criando fundos especiais para o financiamento de serviços de saúde de alto custo que podem levar à pobreza as famílias afetadas[11]. Segundo Dmytraczenco et al. (2015),

[10] As despesas com medicamentos em farmácias, o pagamento de consultas com profissionais formais médicos, curandeiros tradicionais ou alternativas informais são exemplos de gasto direto (OMS, 2015).

[11] Por exemplo, o Uruguai tem o Fundo Nacional de Recursos que é uma instituição que oferece cobertura financeira a procedimentos de medicina altamente especializada e a medicamentos de alto custo para toda a população do país. O Brasil, por meio da Constituição de 1988, eliminou as user fees, para financiar publicamente os serviços de saúde, cuja gestão foi descentralizada e, posteriormente, com uma emenda constitucional definiu a participação das receitas a ser alocadas para a saúde por cada nível de governo. A Colômbia aumentou o financiamento público para o Regime Subsidiado por meio de um imposto de solidariedade sobre as folhas de pagamento do setor formal, bem como com transferências fiscais nacionais e locais legalmente definidas. O Chile aumentou o gasto público no FONASA, financiado com impostos gerais com o incremento de um ponto percentual na alíquota do imposto sobre o valor acrescentado e outros recursos (DMYTRACZENCO; TORRES; ATEN, 2015).

existem poucos estudos que avaliem os efeitos dessas reformas em termos de proteção financeira e as evidências disponíveis demonstram que os programas resultam na diminuição dos gastos diretos. Entre 2000 e 2013, o desembolso direto como proporção do gasto total em saúde contraiu-se em cinco dos sete países analisados (Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Peru). Apesar dessa redução, pode-se ver na Figura 1 que, em 2013, o *out of pocket* ainda era muito elevado e representava mais de um quinto das despesas com saúde em cinco dos países em estudo, Venezuela (66%), Peru (35%), Chile (32%), Brasil (30%) e Argentina (21%).

Em todos os países, o gasto direto representa a maior parcela do gasto privado, variando de 57% no Uruguai até 90% na Venezuela, em 2013. No Uruguai, 43% do gasto privado corresponderam a planos e seguros privados de saúde. Colômbia (42%), Brasil e Chile (40%) são os outros países cuja proporção de gasto na modalidade de pré-pagamento é mais expressiva (Gráfico 3). Por outro lado, a média da proporção do gasto com planos e seguros privados de saúde aumentou, passando de 24,5% a 29,4% entre 2000 e 2013, destacando-se o Uruguai, onde o incremento foi de 28pp. Os seguros privados e planos de saúde cujo financiamento é baseado no pré-pagamento são mecanismos relevantes que contribuem para a diminuição da carga dos desembolsos diretos[12] e colocam um grande desafio em termos do desenho de políticas públicas referentes à aplicação de regulações que

[12] Estes mecanismos não garantem que os pagamentos diretos reduzam-se por completo, pois muitas vezes, esta modalidade faz uso dos custos compartilhados, sejam em forma de cosseguro (uma percentagem do custo é coberta pelo assegurado); copagamentos (o assegurado paga um valor fixo cada vez que faz uso do serviço) ou dedutíveis (o assegurado cobre o custo dos serviços até um limite determinado).

zelem pela eficácia do funcionamento dos mercados e atuem sobre as desigualdades de acesso aos sistemas de saúde (CEPAL, 2008).

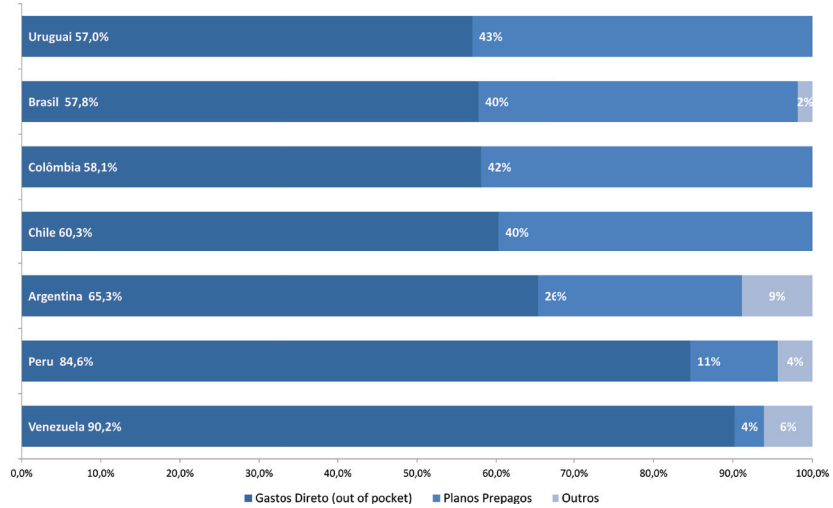
O gasto direto e a proteção financeira

Alguns estudos analisam as caraterísticas das despesas diretas nos países em estudo, com exceção da Venezuela, para o qual não foram encontradas evidências sobre este particular. No Brasil, Andrade, Noronha e Oliveira (2006, p. 496), baseados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/1998), mostram que os gastos com remédios e os gastos odontológicos nas famílias mais pobres representavam em média 23% e 21% do orçamento familiar respetivamente, contra 3% e 4% para as famílias mais ricas. Esses resultados indicam que as famílias mais pobres têm maiores dificuldades de fazer o provimento privado de assistência à saúde, sendo tal realização tipicamente própria de estratos econômicos mais favorecidos. Silva e Viana (2011) mostram, a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (POF/2008-2009), que as despesas com a assistência à saúde aumentaram entre 2002-2003 e 2008-2009, passando de 6,5% para 7,2% do total de gastos das famílias (tanto no ato como pré-pagamento), principalmente na compra de medicamentos (extratos de menor renda) e planos de saúde (extratos de maior renda).

No Chile, Cid e Prieto (2012) analisaram as PNAD de 1997 e 2007 para *El Gran Santiago,* mostrando que, nesse período, o gasto direto aumentou fortemente. A proporção das despesas diretas do quintil mais pobre comparada a do quintil mais rico diminuiu, mas a redução deveu-se ao menor aumento do gasto no estrato mais rico da população, o que reduz o aspecto positivo da diminuição da diferença. Além disso, segundo os autores, em 2007, o *out of pocket* esteve determinado pela

presença de grupos de risco na família, crianças e, em menor medida, idosos. Castillo-Laborde e Dintrans (2013), usando dados da VI Pesquisa de Orçamentos Familiares (2007), exploraram as diferenças no gasto direto das famílias beneficiárias do FONASA e das ISAPREs. Os resultados mostram que enquanto os beneficiários das ISAPREs têm maiores despesas diretas, tanto em termos absolutos (gasto quatro vezes maior que os de FONASA) como em termos relativos, dedicando 6,1% de sua renda para esse fim, os beneficiários de FONASA dedicam 3,8%. As famílias mais pobres pertencentes às ISAPREs (comparáveis a algumas famílias do FONASA) registraram a maior proporção de gasto direto sobre a renda. Segundo os autores, medicamentos foi o item mais relevante dessas despesas.

Gráfico 3 - Composição Percentual do Gasto Privado em Saúde, 2013



Fonte: WHO (2016). Elaboração própria.

Na Colômbia, Pérez-Valbuena e Silva-Ureña (2015) utilizaram a *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos* (ENIG) 2006-2007 para carac-

terizar a incidência do *out of pocket* no país. Os autores encontraram que as famílias da região do Caribe são as que mais incorrem neste tipo de despesa e também são as mais propensas a empobrecer devido aos gastos diretos. Além disso, existem algumas regiões, principalmente no Pacífico, onde, pelas condições de isolamento, pobreza e falta de cobertura dos serviços de saúde, as famílias apresentam baixos níveis de *out of pocket*. Outros grupos identificados como vulneráveis são as famílias com membros menores de cinco anos de idade e idosos, lares com chefe feminino e os de baixa renda.

Perticara (2008) analisou a incidência do gasto direto em sete países de América Latina, entre eles Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Uruguai. Os resultados mostram que, em todos os países, existe uma alta proporção de famílias que não informa despesas deste tipo, variando entre 50% em Argentina e 20%-30% em Brasil, Colômbia e Uruguai. Na Argentina, Brasil e Uruguai, a proporção é relativamente maior em famílias sem nenhuma cobertura de plano ou seguro de saúde privado. A Argentina, o Brasil, o Chile e o Uruguai também mostram que a parcela de famílias que informa gasto direto zero é significativamente maior nos primeiros quintis de renda. Segundo Perticara (2008), existem duas razões que explicam estes resultados. Por um lado, em todos os países considerados, a população de menores recursos, em maior ou menor grau, está coberta pelos sistemas públicos de saúde ou por seguros solidários que, na maioria dos casos, não exigem copagamentos. Por outro lado, famílias com menores níveis de renda podem enfrentar restrições orçamentárias para pagar por serviços privados de saúde. Além disso, o estudo encontrou que os gastos com medicamentos representam uma elevada proporção das despesas diretas em todos os países e que os eventos hospitalares e a presença de idosos elevam a incidência desse tipo de despesas.

Num estudo mais recente, Dmytraczenco et al. (2015) também mostram que, a exceção da Colômbia, os medicamentos representam a maior parcela do gasto direto (45% em média), alcançando 75% no Brasil. Segundo os autores, os medicamentos consomem uma parcela maior do orçamento da saúde das famílias pobres do que nas ricas. Contudo, a lacuna está diminuindo em todos os países. O segundo item em relevância nas despesas diretas são os serviços ambulatoriais. Entretanto, em contraste com os medicamentos, estes representam uma maior carga para as famílias com maior nível de renda. Finalmente, os serviços hospitalares tendem a representar uma menor parcela dos gastos diretos (inferior aos 10%), à exceção da Colômbia, onde a proporção atinge ao redor de 30%-37%.

Sistemas de saúde com um elevado componente de desembolsos diretos, como os de vários países da região, implicam que as famílias estão expostas ao risco não previsto de ter de realizar elevados gastos para cuidar da saúde de seus membros. Essas despesas imprevistas com serviços de saúde podem representar parte significativa do orçamento de uma família, que em alguns casos, pode enfrentar dificuldades financeiras. Segundo a OMS (2015), enquanto o nível de gasto direto é um indicativo de proteção financeira, o seu monitoramento é baseado, geralmente, em dois indicadores: gasto catastrófico e gasto empobrecedor. As despesas diretas em saúde são consideradas *catastróficas* quando excedem um determinado limiar[13] dos gastos das famílias. O segundo indicador refere-se ao

[13] A forma de calcular os gastos catastróficos pode variar bastante, dependendo se são considerados ou não as despesas em bens e serviços necessários. Assim, os gastos catastróficos podem ser contabilizados como despesas em saúde superiores a uma percentagem da despesa total do grupo familiar, ou também como despesas em saúde que excedem uma determinada fração da capacidade de pagamento das famílias. Além disso, os limiares a partir dos quais as despesas com saúde podem se tornar catastróficas variam dependendo da definição que é utilizada, mas a maioria dos estudos relatam resultados para diferentes limiares, 10%, 15%, 20%, 25% dos gastos totais, por exemplo (OMS, 2015).

gasto empobrecedor, que acontece quando as despesas diretas em saúde empurram as famílias para baixo da linha da pobreza[14].

O estudo de Knaul et al. (2011) analisou doze países da América Latina e o Caribe, entre eles, Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Peru e utilizou pesquisas por amostra de domicílios de diferentes anos (2003-2008) mostrando que, os gastos catastróficos em saúde variam bastante na região, de 2% a 5% na Colômbia, Brasil e Peru, e de até 15% no Chile. Para todos os países analisados, o estudo encontrou que certos grupos da população estão mais expostos aos gastos catastróficos: famílias nas áreas rurais, pobres, com crianças ou idosos e sem nenhum tipo de plano ou seguro de saúde. Sobre esta última categoria, cabe assinalar, que as diferenças entre assegurados e não assegurados não é tão grande quanto se esperaria, o que, segundo os autores, poderia estar indicando que as famílias com seguro têm gastos diretos em despesas que não são cobertas pelos planos de saúde tais como medicamentos ou para evitar longas filas de espera. Dmytraczenco et al. (2015) também encontraram grande variabilidade nos gastos catastróficos entre os países estudados e, apesar de que os países com maiores níveis de renda apresentam menores níveis de gastos catastróficos, a relação entre estas duas variáveis não é tão forte. Além disso, com exceção de Peru e Brasil, onde houve um aumento marginal do gasto catastrófico na primeira década do milênio (igual ou inferior a 1%), a maior parte dos países da região registrou uma redução estatisticamente significativa deste tipo de gasto. O mesmo aconteceu com o gasto empobrecedor.

[14] Existem diversas opções de linha de pobreza, sendo a mais óbvia a Linha Internacional da Pobreza (IPL, em inglês), o indicador de consumo de US$ 1,25 ou US$ 2,00 por dia, per capita (expressado em paridade de poder aquisitivo). Outra opção é utilizar uma linha de pobreza relativa, baseada em um nível de subsistência como as despesas com alimentos, como é usado pela OMS (OMS, 2015).

Nesse sentido, a resolução da OPAS (2014) recomenda aumentar a proteção financeira e indica que:

> A substituição do pagamento direto como mecanismo financeiro deve ser planejada e alcançada de maneira progressiva. Avançar rumo a mecanismos agrupados (*pooling*)[15] solidários que considerem, de acordo com o contexto nacional, fontes de financiamento diversas como contribuições à seguridade social, impostos e receitas de natureza tributária, pode ser uma estratégia eficaz para substituir o pagamento direto como mecanismo de financiamento e aumentar a equidade e a eficiência do sistema de saúde (OPAS, 2014, p. 12).

Os elevados gastos diretos, que apresentam a maior parte dos países em estudo, estão relacionados com o limitado alcanço da seguridade social financiada por meio de contribuições e com as restrições fiscais do regime não contributivo.

Financiamento público da saúde

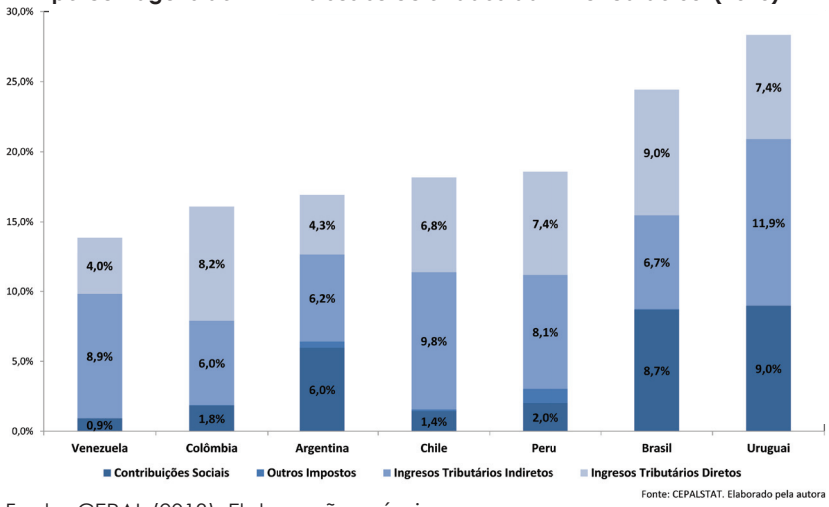
Analisando a composição do financiamento público da saúde do conjunto de países selecionados, encontra-se que, unicamente o Brasil possui um sistema de saúde inteiramente financiado por receitas fiscais gerais, o resto dos países mantem sistemas segmentados com parcial ou nenhuma integração entre receitas fiscais e contribuições da seguridade social, principalmente contribuições sobre folha de salários.

Em 2013, a participação das contribuições sobre folha de pagamentos no financiamento público da saúde superou o 35% em todos os países menos no Brasil e no Chile (8,8%), variando de 35,1% no Peru até 84,3% na Colômbia[16]. Portanto, excetuando-se Brasil e Chile, as contribuições so-

[15] O agrupamento (pooling) de fundos permite combater a segmentação ao diminuir os custos de transação e aumentar a eficiência do sistema de saúde (OPAS, 2014, p. 12).
[16] Nos outros países, a parcela da seguridade social foi de: Argentina (54%), Uruguai (63%) e Venezuela (39%).

bre salários são uma fonte bastante importante de financiamento público da saúde. As limitações em termos de proteção financeira das contribuições sobre folha de salários estão vinculadas ao comportamento do mercado de trabalho nesses países, caraterizados por apresentar elevadas taxas de desemprego e informalidade (capítulo anterior). Sistemas baseados no financiamento contributivo geralmente fornecem cobertura segmentada, priorizando os trabalhadores do setor formal. Consequentemente, uma proporção importante do gasto em saúde deve ser assumida diretamente pelas famílias, na forma de despesas diretas, e o efeito redistributivo da seguridade social é limitado (TITELMAN; CENTRÁLOGO; ACOSTA, 2015).

Gráfico 4 - Composição da carga tributária em porcentagens do PIB – Países selecionados da América do Sul (2013)



Fonte: CEPAL (2013). Elaboração própria.

Por outro lado, apesar do aumento registrado na carga tributária entre 2000 e 2013, passando em média de 16,2% para 19,5% do PIB[17],

[17] Segundo a CEPAL (2013), vários fatores influíram no aumento da carga tributária entre eles: a) a aceleração das taxas de crescimento económico mundial; b) o persistente aumento do preço internacional dos produtos primários e commodities entre 2000 e 2009; c) contexto macroeconómico favorável, com diminuição significativa do déficit público e o nível de endividamento dos países; d) políticas sociais que, contribuíram com um incremento do consumo privado e dos impostos que incidem sobre bens e serviços; e) introdução de novos tributos sobre transações financeiras; f) diminuição e eliminação de várias exceções, deduções e subsídios tributários concedidos em décadas passadas para atrair investimentos estrangeiros.

vários dos países selecionados ainda apresentam dificuldades para aumentar sua arrecadação. Excetuando Uruguai (28,3%) e Brasil (24,4%), as cargas tributárias dos países da amostra não atingem o 20% do PIB. Além disso, como mostra o Gráfico 4, a estrutura dos sistemas tributários ainda é altamente regressiva. Em 2013, em média, mais de 40% da receita fiscal correspondia a impostos indiretos, principalmente sobre vendas de bens e serviços. Em torno de 35% provinha de impostos sobre renda, propriedade, lucros e outros tributos diretos. O restante 25% eram obtidos das contribuições sociais e outras taxas. Evidentemente, essas médias ocultam situações muito diversas, porém a alta participação dos impostos indiretos, em maior ou menor grau, é uma constante na composição da carga tributária dos países analisados, o que limita em boa medida a capacidade redistributiva do Estado, necessária para garantir um sistema universal de saúde.

Conclusão

Todos os países analisados neste capítulo se beneficiaram do aumento do valor das commodities do novo milênio, favorecendo o aumento do gasto em saúde e fornecendo um maior espaço fiscal que permitiu a ampliação da participação pública no total de gastos do setor. Desse modo, e com a realização de algumas reformas que aumentaram as receitas públicas para o setor saúde, foi viabilizada a implantação de políticas que estenderam a cobertura dos serviços

às populações mais vulneráveis, melhorando o acesso à saúde e registrando alguns avanços em termos de proteção financeira.

Apesar dos progressos alcançados e da tendência geral de expansão fiscal na região, os países analisados apresentam situações distintas em termos de gasto público em saúde: o Uruguai, a Colômbia e a Argentina mostram as maiores participações de gasto público, enquanto no Brasil e no Chile essa parcela representa menos da metade do gasto total em saúde. Já a Venezuela exibe a pior situação, com um gasto público que não alcança um terço do total de gastos no setor. Em particular, o Brasil e a Venezuela precisam conceder maior prioridade ao setor saúde dentro de seus orçamentos regulares. Resumindo, o aumento evidenciado no gasto público em saúde ainda é insuficiente para fazer frente ao gasto direto de forma significativa.

O baixo gasto público no setor contribui com as insuficiências de cobertura e de acesso efetivo aos serviços de saúde dos sistemas públicos. Em consequência, o acesso universal à saúde nos países estudados é negativamente afetado pelos elevados níveis de gasto direto que, apesar de terem diminuído na última década, ainda persistem na região. Na maior parte dos países selecionados o gasto direto ainda é maior do que 30% do total de gastos em saúde. Este tipo de despesa afeta à população de todos os níveis de renda, em alguns países impactando em maior proporção aos estratos mais pobres. Observa-se que o uso de planos e seguros de saúde não garante a mitigação do *out of pocket*. Além disso, o gasto direto tende a ser maior em famílias com membros idosos e crianças, possuindo um alto componente de medicamentos e serviços hospitalares. Os gastos catastróficos em saúde, por sua vez, apresentam uma grande variação entre os países selecionados, afetando em maior medida

àquelas famílias das áreas rurais, pobres, com crianças ou idosos e sem nenhum tipo de plano ou seguro de saúde.

Continuar avançando na direção da universalidade em saúde implica reduzir as despesas diretas que representam barreiras de acesso à saúde. Este é um desafio que compete não apenas ao setor saúde, mas também a ações inter-setoriais coordenadas que visem melhorar tanto a geração de receitas fiscais como a eficiência dos gastos em saúde.

É preciso elevar ainda mais a contribuição do setor público por meio de impostos e contribuições com maior efeito redistributivo que tenham por premissa princípios de equidade, progressividade e sustentabilidade fiscal. A maior parte dos países selecionados ainda tem espaço para aumentar a arrecadação fiscal. Contudo, países como Uruguai e Brasil já possuem uma carga tributária bastante elevada, o que dificulta a introdução de novos impostos destinados ao setor saúde. Nestes casos é ainda mais imperioso reformar o sistema tributário, visando progressividade e sustentabilidade das receitas fiscais.

Por outro lado, as contribuições sociais sobre salários ainda são uma fonte de financiamento da saúde de relativo destaque em quase a totalidade os países analisados, apesar de que na maioria deles não representem uma parcela muito grande do total da carga tributária como porcentagem do PIB. Essa realidade consiste em um grande desafio para a integração dos sistemas de saúde. Não obstante, considerando a relevância dessas fontes para o setor, as políticas de financiamento devem ponderar as dinâmicas do mercado de trabalho dos países, de modo que as contribuições sobre folhas de pagamentos de salários não incentivem o crescimento da informalidade e da evasão fiscal.

O setor de planos e seguros privados de saúde ganhou relevância na maioria dos países selecionados na última década. Esse tipo de mecanismos de pré-pagamento também merece a atenção dos formuladores de políticas públicas preocupados com o financiamento do setor saúde. Portanto, faz-se necessário desenvolver e aprimorar as regulações existentes sobre o funcionamento destes mercados, de modo a enfrentar problemas vinculados à desigualdade de acesso e à qualidade dos serviços de saúde.

Finalmente, como assinalado no capítulo anterior, vários dos países deste estudo estão vivenciando mudanças políticas e crises socioeconômicas que poderiam impactar negativamente no financiamento dos sistemas de saúde e nos avanços alcançados em termos de ampliação da cobertura e do acesso universal à saúde. Transformar situações de crise em oportunidades de fortalecimento e aprimoramento de resultados exige lideranças capazes e comprometidas que impulsionem o direito à saúde das populações que representam.

Referências

ANDRADE, M.; NORONHA, K.; OLIVEIRA, T. Determinantes dos gastos das famílias com saúde no Brasil. **Revista Economia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 485–508, set./dez. 2006.

BÁSCOLO, E. et al. Financiamiento público del gasto total en salud: un estudio ecológico por países según niveles de ingreso. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 13, n. 26, p. 60-75, enero./jun. 2014.

CASTILLO-LABORDE, C.; DINTRANS, P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. **Rev Med Chile**, Santiago, v. 141, p. 1456-1463, 2013.

CEPAL. El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas. In: CEPAL. **Objetivos de desarrollo del milenio**: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Santiago: ONU/CEPAL, maio 2008. p. 85-102.

CEPAL. **Panorama fiscal de América Latina y el Caribe Reformas tributarias y renovación del pacto fiscal**. Santiago de Chile, 2013.

CID, C.; PRIETO, L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. **Rev Panam Salud Publica**, Washington (DC), v. 31, n. 4, p. 310-316, 2012.

DMYTRACZENCO, T.; TORRES, F.; ATEN, A. Universal health coverage policies in Latin America and the Caribbean. In: DMYTRACZENCO, T.; ALMEIDA, G. (Ed.). **Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean**: evidence from selected countries. Washington (DC): International Bank for Reconstruction And Development / The World Bank, 2015.

DMYTRACZENCO, T. et al. Progress toward universal health coverage in Latin America and the Caribbean: outcomes, utilization and financial protection. In: DMYTRACZENCO, T.; ALMEIDA, G. (Ed.). **Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean**: evidence from selected countries. Washington (DC): International Bank for Reconstruction And Development / The World Bank, 2015.

KNAUL, F. et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin America and Caribbean countries. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 53, s. 2, p. S85-S95, 2011.

OMS. **Relatório mundial da saúde**: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, 2010.

OMS. Monitoring financial protection. In: OMS. **Tracking universal health coverage**: first global monitoring report. Genebra, 2015.

OPAS. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. In: CONSELHO DIRETOR, 53.; SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS, 66., 2014. **Tema 4.3 da Agenda**. Washington, D.C., EUA, 2014. CD53/5, Rev. 2, 2out. 2014.

PÉREZ-VALBUENA, G.; SILVA-UREÑA, A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. **Documentos de Trabajo sobre Economía Regional**, Bogotá, n. 218, abr. 2015.

PERTICARA, M. **Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos**. CEPAL, abr. 2008. (Serie Políticas Sociales, n. 141).

PIOLA, S. Financiamento da saúde em países selecionados da América Latina. In: RODRIGUES, V. A. (Org.). **Observatório internacional de capacidades humanas**, desenvolvimento e políticas públicas: estudos e análises 1. Brasília (DF): UnB/OBSERVARH/NESP, 2013. p. 193-211.

SAVEDOFF, W. What should a country spend on health care? **Health Affairs**, Bethesda, v. 26, n. 4, p. 962–970, jul./ago. 2007.

SILVA, H.; VIANA, A. O financiamento do sistema de saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para sua racionalização. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. M.; SEIXAS, P. H. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 179-203.

TITELMAN, D.; CENTRÁLOGO, O.; ACOSTA, O. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. **MEDDIC Review**, Havana, v. 17, suplemento, p. S68-S72, 2015.

WHO. **The World Health Report 2000—Health Systems**: improving performance. Geneva, 2000.

WHO. **Global Health Observatory (GHO) data**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/gho/en>.

PARTE II

FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

4
O financiamento dos serviços de saúde no Brasil

Maria Elizabeth Diniz BARROS[1]
Sérgio Francisco PIOLA[2]

Introdução

O sistema de saúde brasileiro foi, até 1988, marcado pela exclusão da grande massa da população que não estava inserida no mercado formal de trabalho. Essa parcela excluída, durante muito tempo, só tinha acesso a cuidados de saúde por meio de pagamentos diretos aos prestadores ou por meio de ações filantrópicas. O sistema público, incipiente, atuava em alguns estados e só começou a oferecer serviços básicos mais amplos a partir de meados da década de setenta. A Constituição Federal de 1988 (CF88) inaugura uma nova fase, ao reconhecer o direito universal à saúde e instituir a obrigação do Estado em prover ações e serviços de saúde de acesso universal. Não obstante essa diretriz, foi assegurada pelo mesmo texto constitucional a possibilidade de coexistência de atividades privadas nessa área.

Neste capítulo, serão inicialmente apresentadas as características gerais do sistema de saúde do Brasil pós CF88, focalizando os subsistemas público e privado (seção 1). O sistema público universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), é descentralizado e opera sob responsabilidade das três esferas de governo, que compartilham também o financiamento de sua operação. O subsistema privado congrega dois segmentos – o de pré-pagamento (também denominado supletivo) e o de desembolso direto. O subsis-

[1] Socióloga, Especialista em Políticas Públicas, Pesquisadora aposentada do IPEA.
[2] Médico, Especialista em Saúde Pública, Pesquisador aposentado do IPEA.

tema privado de saúde, em seu segmento denominado *supletivo*, experimentou grande expansão e forte processo de concentração ao longo dos últimos anos. Serão a seguir apresentadas, na seção 2, as características gerais do financiamento do SUS, que enfrenta desde o início de sua implantação severos problemas de subfinanciamento. A seção 3 focaliza características do financiamento e gasto privado em saúde bem como a disputa desse segmento por recursos públicos por meio de mecanismos de renúncia fiscal, destacando que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público. A seção 4 tece considerações finais sobre esse quadro, apontando alguns dos desafios enfrentados pelo sistema público universal.

1 Características gerais do sistema de saúde do Brasil

A Constituição Federal de 1988 (CF88) determinou que "[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Apesar dessa determinação e da criação do SUS, o espaço para outras modalidades de organização dos serviços foi mantido. Criou-se um sistema de acesso universal, baseado no financiamento público, mas foi mantida a liberdade de organização da iniciativa privada e não foram desativados os serviços para servidores públicos, do executivo, legislativo e judiciário, que são custeados, em boa parte, com recursos públicos.

Como consequência, o Sistema de Saúde Brasileiro, sob a ótica da origem dos recursos, é constituído por dois subsistemas: o público e o privado. O subsistema público é formado por dois segmentos: (i) um de acesso universalizado (todos os cidadãos têm direito), financiado por recursos

públicos e gratuito (*free of charge*) que é denominado Sistema Único de Saúde (SUS); e, (ii) outro, de acesso restrito a servidores públicos (civis e militares). O subsistema privado, por sua vez, também é formado por dois segmentos: (i) um segmento de planos e seguros de saúde, de afiliação voluntária, não compulsória, financiado majoritariamente com recursos de empregadores e empregados (contratos empresariais coletivos) ou exclusivamente pelos indivíduos ou famílias; (ii) outro de acesso direto por meio de pagamento no ato da prestação dos serviços assistenciais (*out of pocket*). É importante salientar, no entanto, que a cobertura por plano ou seguro privado de saúde ou por serviços destinados aos servidores públicos, não tira o direito, de quem tem essas opções, de ser também atendido pelo SUS.

Para 72% da população, o acesso a serviços médico hospitalares é assegurado exclusivamente pelo sistema público (IBGE, 2015), o SUS, e parte importante da população coberta pelo sistema supletivo ou que realiza desembolso direto também utiliza a rede pública para ações de saúde pública[3], para procedimentos mais complexos e de maior custo[4] e em situações de urgência ou emergência (Quadro 1).

O sistema público universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), é descentralizado e opera sob responsabilidade das três esferas de governo, que compartilham também o financiamento de sua operação. O SUS tem direção única em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal), exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde (MS), pelas 27 Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e por mais de 5.570 Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

A definição de responsabilidades de cada nível de governo em relação ao SUS está estabelecida na legislação infraconstitucional e sua

[3] Programas de imunização, por exemplo.
[4] Transplantes, medicamentos para câncer e doenças raras, por exemplo.

efetivação vem sendo construída, desde sua criação em 1988, de forma gradual. O nível municipal é o principal responsável pela provisão das ações e serviços de saúde, especialmente pela atenção básica de saúde. O nível estadual é responsável pela organização de redes regionais resolutivas, em seu âmbito, pela cooperação técnica e financeira aos municípios e também atua, em caráter complementar, na provisão de serviços, principalmente no tocante a serviços de média e alta complexidade.

Quadro 1- Brasil: Organização esquemática do sistema de saúde

Subsistema	Público		Privado	
	Universal	Restrito	Pré-pagamento	Desembolso direto
Segmento	Público: União, Estado e Municípios	Auto gestão/ Organizações públicas	Planos e Seguros de Saúde (Supletivo)	Privado autônomo
Percentual da população (uso mais frequente)	154,1 milhões (75,4%)	....	24,6% (49,7 milhões de beneficiários)	...
Percentual do gasto total (WHO/WHS,2015)	47,50%	...	22,20%	30,30%
Acesso	Universal	Clientela Cativa (vinculo institucional)	Pré-pagamento ou cobertura por seguro	Desembolso direto
Financiamento	Imposto e Contribuições Sociais	Empregadores Públicos (em grande parte, com recursos originários de Impostos e Contribuições Sociais)	Empregadores ou Desembolso direto	Renda pessoal (ou filantropia)
Rede de serviços utilizada	Própria (pública União,Estdos e Municípios, filantrópica ou privada	Própria, filantrópica ou privada	Privada ou filantrópica	Privada ou filantrópica
Cobertura prevista	Integral (ações de saúde pública, promoção da saúde; atenção básica, assistência ambulatorial especializada e hospitalar; assistência odontológica; procedimentos diagnose e terapia, assistência farmacêutica)	Variável (em geral assistência médica e hospitalar (alguns incluem assistência odontológica); procedimentos de diagnose e terapia)	Variável (em geral assistência médica e hospitalar (alguns incluem e outros se destinam exclusivamente a assistência odontológica); procedimentos de diagnose e terapia)	Variável (em geral assistência médica e hospitalar; assistência odontológica procedimentos diagnose e terapia; medicamentos)

Fonte: Piola; Barros (2005).

O nível federal, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), coordena, em âmbito nacional o SUS e tem sob seu encargo, além da formulação da política nacional de saúde e da cooperação técnica aos níveis subnacionais em sua implementação, a regulação do sistema público e das atividades privadas em saúde; o registro e controle da qualidade de medicamentos e da qualidade sanitária dos produtos, procedimentos e substâncias de interesse para a saúde; a vigilância sanitária aeroportuária; a formulação e condução da política nacional de produção de insumos e equipamentos e da política nacional de sangue e hemoderivados, bem como a coordenação nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, de informação, controle, auditoria e avaliação do sistema de saúde. A regulação da atividade privada em saúde é primordialmente atribuição do SUS e é desenvolvida através de autarquias públicas – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A participação social é assegurada em foros institucionais. Os Conselhos de Saúde - Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde - são compostos de forma paritária por representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços (50%) e dos usuários (50%).

Os conselhos são vinculados institucionalmente aos órgãos executivos de cada esfera de governo e têm a atribuição de aprovar as políticas e diretrizes destinadas a assegurar a oferta de ações e serviços de saúde[5]. A ação dos Conselhos é orientada

[5] Existem conselhos de saúde em funcionamento no âmbito federal, dos 26 estados e Distrito Federal e em mais de 5.500 municípios.

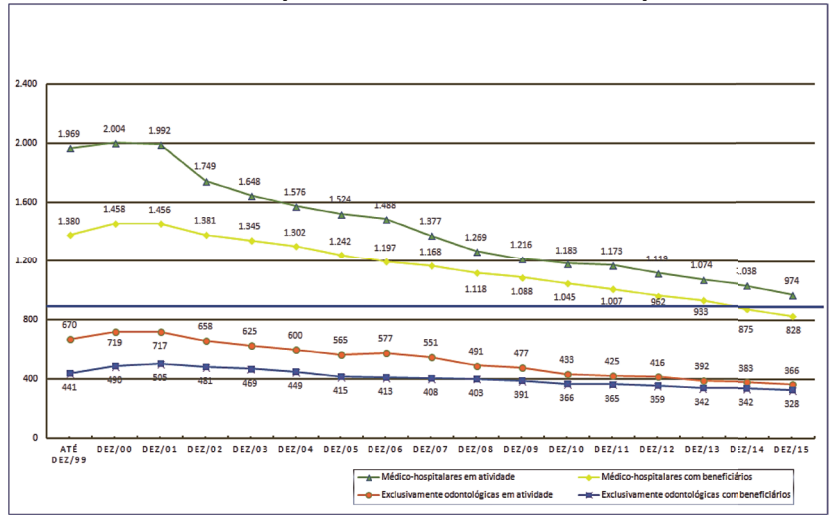
por recomendações de Conferências de Saúde, realizadas nas três esferas de governo e convocadas, a cada quatro anos, pelo Poder Executivo para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, com ampla participação dos segmentos sociais interessados na política de saúde.

O sistema público pode estabelecer parcerias com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) figura jurídica-privada, sem fins lucrativos criada pela Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, no fomento e execução de atividades de interesse público, desde que seus objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos pela referida lei ou ainda por meio de contratos de gestão com Organizações Sociais (OS).

A contratação de serviços ao setor privado e o pagamento aos prestadores vinculados ao SUS é responsabilidade dos Estados e Municípios. A legislação que regulamenta o sistema estabelece que na contratação de prestadores privados pelo sistema público deve ser dada prioridade às instituições filantrópicas sem fins lucrativos.

O subsistema privado de saúde, em seu segmento denominado *supletivo*, experimentou grande expansão e forte processo de concentração ao longo dos últimos quinze anos (Gráfico1). A década de noventa se encerrou contabilizando 1.969 operadoras médico-hospitalares com registro ativo (das quais 1.380 com beneficiários) e terminou 2015 com 974 operadoras com registro ativo (828 com beneficiários).

Gráfico 1 - Evolução do registro de operadoras no Brasil (dezembro/1999 - dezembro/2015)



Fonte: ANS (2016a ; 2016b).

No mesmo período, o número de beneficiários[6] saltou de 16,7 milhões em 2000 para 49,7 milhões em dezembro de 2015 (cerca de 24,3% da população), majoritariamente população residente em centros urbanos das regiões Sudeste e Sul, dos quais 79,9% correspondiam a vínculos a planos coletivos[7].

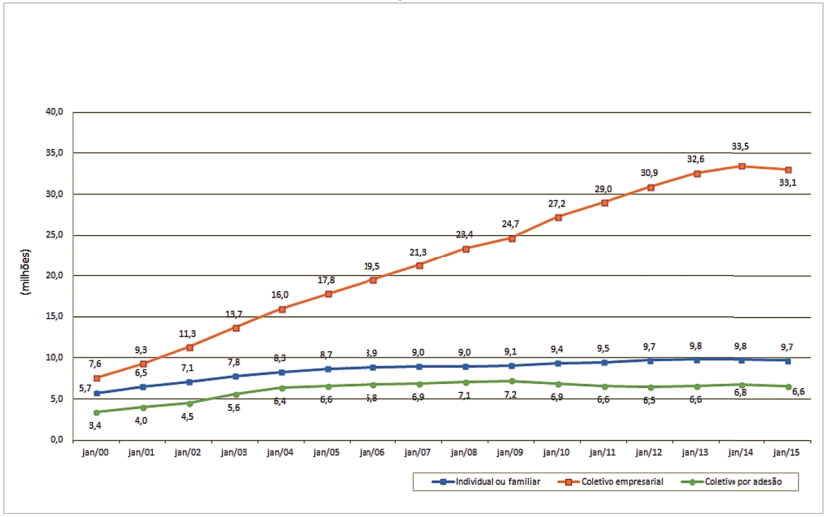
Os vínculos a planos coletivos empresariais e, portanto, decorrentes de emprego no mercado formal de trabalho, representavam 83% dessa cobertura por planos coletivos (66,6% do total de vínculos). Em setembro de 2014 a cobertura estimada pela ANS alcançou 26% da população, indicando quanto a crise econômica atual e a expansão da

[6] O termo *beneficiário* refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir mais de um para um mesmo indivíduo.

[7] A vinculação a um contrato coletivo implica a necessidade de vínculo associativo, de classe ou empregatício (Resolução Normativa nº 195/2009). Os planos coletivos podem ser coletivos empresariais (vinculo empregatício) ou coletivos por adesão. Para a opção por um plano coletivo por adesão, o cidadão deverá, necessariamente, estar vinculado à pessoa jurídica contratante, seja ela uma associação, sindicato ou entidade de classe.

taxa de desocupação, que saltou de 7,4% no inicio de 2015 para 10,2% no inicio de 2016[8], repercutiu sobre esse segmento. Os vínculos diretos, individuais ou familiares caíram de 7,2 milhões em dezembro de 2009 para 6,6 milhões em dezembro de 2015 (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil, 2000-2015)



Fonte: ANS (2016b). Nota: Os tipos de contratação classificados como *Coletivo não identificado* e *Não informado* foram omitidos do gráfico.

Na região Sudeste estão presentes 61% das operadoras e 62% dos beneficiários. Na região são também encontradas as maiores taxas de cobertura: 44% em São Paulo e 36,5% no Rio de Janeiro e foi também a que mais intensamente foi atingida pela redução da cobertura: em dezembro de 2014 a taxa de cobertura estimada pela ANS alcançou 38,7% e em dezembro de 2015 caiu para 37,7%. A região Norte apresenta a menor taxa de cobertura: 11,3% (Tabela 1).

[8] Dados disponibilizados pelo IBGE, oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua, referência abril de 2016 (IBGE, 2016).

Tabela 1 - Brasil: Taxa de Cobertura de Planos de Saúde, por região Período: Dez./2009, Dez./2010, Dez./2011, Dez./2012, Dez./2013, Dez./2014, Dez./2015

	% da população					
Regiao/UF	Dez./2009	Dez./2010	Dez./2012	Dez./2013	Dez./2014	Dez./2015
TOTAL	**22,2**	**23,6**	**24,6**	**25,5**	**26**	**25,6**
Norte	**9,2**	**9,9**	**10,9**	**11,3**	**11,7**	**11,3**
Nordeste	**10**	**10,8**	**11,7**	**12,1**	**12,6**	**12,6**
Sudeste	**34,2**	**35,9**	**37,1**	**38,3**	**38,7**	**37,7**
Sul	**22**	**23,8**	**24,2**	**24,9**	**25,6**	**25,7**
Centro-Oeste	**14,9**	**15,8**	**18,5**	**19,8**	**21,5**	**22,1**

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2015 por ANS (2016b).

A forte expansão do segmento reforçou uma característica do sistema de saúde no Brasil: a duplicidade de cobertura, beneficiando especialmente os estratos populacionais de maior renda. Para essa parcela coberta pelo sistema supletivo, muitas das ações de saúde são asseguradas pelo sistema público. Algumas exclusivamente, como as de vigilância sanitária e o fornecimento de medicamentos para doenças raras; outras, primordialmente, como as de vacinação, o atendimento a emergências e os transplantes; e, outras, como muitos procedimentos e ações de assistência médico-hospitalar, complementarmente, como consequência da oferta insuficiente ou de estratégias de microrregulação das operadoras que dificultam o acesso.

Ademais, existe um compartilhamento de recursos físicos e humanos entre o sistema público (SUS) e o privado, uma vez que os prestadores privados podem, simultaneamente, atender pacientes oriundos dos diferentes segmentos, da mesma forma que os profissionais do setor público não têm vínculos empregatícios com dedicação exclusiva, podendo, desde que haja compatibilidade de horários, manter simultaneamente vínculo com o setor privado ou atuar de forma autônoma. Visto de outro modo, pode-se dizer, que provedores privados (médicos, clínicas e hospitais) podem vender ao mesmo tempo seus serviços para o sistema público

de saúde, aos planos e seguros privados de saúde, diretamente às famílias e diretamente a empresas industriais e comerciais[9]. Em muitas regiões, a insuficiência da oferta/disponibilidade de recursos agrava esse quadro, promovendo grandes desigualdades no acesso a ações e serviços de saúde. No caso da prestação de serviços hospitalares, essa situação, principalmente em função do pagamento diferenciado[10], acaba gerando discriminação aos pacientes do setor público em muitos estabelecimentos[11].

Outra peculiaridade do sistema de serviços de saúde do Brasil é que o financiamento público, via renúncia fiscal perpassa todos os segmentos do sistema. Recursos públicos financiam integralmente o SUS, mas também participam do custeio dos serviços prestados em outros segmentos, principalmente por meio de renúncias fiscais permitidas. No Brasil, as pessoas que declaram imposto de renda podem deduzir da renda tributável, sem incidência de teto, os gastos realizados com saúde. Esse mecanismo se aplica igualmente ao empregador, no caso dos dispêndios realizados com o Plano de Seguros de seus trabalhadores: esses gastos são computados como despesa operacional e podem ser deduzidos do lucro tributável.

Estudo realizado por Ocké-Reis (2013) estima que o governo federal deixou de arrecadar R$ 197.786 milhões de 2003 a 2011[12], mediante a renúncia existente na sistemática de cálculo do imposto de renda da pessoa física e jurídica, bem como mediante as desonerações fiscais da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos. Em 2011, o volume de recursos envolvido foi de R$ 15.807 milhões, o equivalente a 22,55%

[9] No caso de planos de assistência à saúde administrados diretamente pelas empresas.

[10] Os pacientes que utilizam serviços mediante pagamento direto, geralmente, pagam bem mais aos profissionais e hospitais do que as operadoras de planos e seguros de saúde e estas mais do que o SUS.

[11] A discriminação, neste caso, ocorre por uma maior demora no atendimento, no acesso a exames etc.

[12] A valores de 2011.

do gasto realizado pelo governo federal com o SUS. De 2003 a 2011, essa renúncia aumentou em 64%, um pouco abaixo do crescimento do gasto federal com o SUS, de 69%.

No tocante à renúncia fiscal, o destaque fica por conta da concedida a pessoas físicas (IRPF) e jurídicas (IRPJ) que, em 2011, foram responsáveis por 67,4% do que o governo federal deixou de arrecadar sob a forma de impostos dos portadores de planos privados de saúde ou pela compra direta de serviços médico hospitalares pelas famílias. Ocké-Reis (2013, p. 11) estima que a contribuição da renúncia no faturamento dos Planos de Saúde foi de 9,18%. Assim, sendo, o Estado é sustentador direto de parte da demanda do segmento dos serviços privados de saúde e um indutor do crescimento de seu mercado (MARQUES; PIOLA, 2014).

A Tabela 2 apresenta a renúncia ocorrida na Assistência Médica Hospitalar (de pessoa física ou jurídica), na Indústria Farmacêutica – Medicamentos e nas Entidades Filantrópicas. A renúncia fiscal vinculada à indústria farmacêutica refere-se à redução das alíquotas do Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição sobre o Financiamento da Seguridade Social (Cofins); no caso das entidades filantrópicas, não incidem o imposto de renda, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Cofins.

Tabela 2 - Brasil: Renúncia Fiscal na área da saúde, em valores absolutos e relativos, segundo a incidência, 2003-2011

Em R$ 1.000,00 correntes

Ano	IRPF[1]	%	IRPJ[2]	%	Medicamentos[3]	%	Filantrópicos[4]	%	Total	%
2003	3.745	52,2	1.162	16,2	1.121	15,6	1.144	16,0	**7.172**	100
2004	4.559	51,7	1.309	14,8	1.477	16,7	1.474	16,7	**8.819**	100
2005	4.975	52,0	1.503	15,7	1.732	18,1	1.353	14,1	**9.563**	100
2006	5.776	46,4	1.721	13,8	3.433	27,6	1.523	12,2	**12.453**	100
2007	6.507	53,4	2.102	17,3	2.117	17,4	1.459	12,0	**12.185**	100
2008	7.521	54,6	2.181	15,8	2.304	16,7	1.763	12,8	**13.769**	100
2009	6.794	50,0	2.277	16,7	2.673	19,7	1.851	13,6	**13.595**	100
2010	6.813	47,2	2.657	18,4	2.844	19,7	2.109	14,6	**14.423**	100
2011	7.716	48,8	2.937	18,6	2.896	18,3	2.258	14,3	**15.807**	100

Fonte: (1) Receita Federal do Brasil. Elaboração: Ocké-Reis (2013, p.7). Despesas médicas e dontológicas. (s) Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados. (3) PIS/Cofins. (4) IRPJ, CSLL e Cofins.

Naturalmente, as diferentes formas de renúncia fiscal na saúde podem ter avaliações bem diferentes no tocante ao seu caráter distributivo. Assim, as deduções das despesas com assistência médica concedidas a pessoas físicas e jurídicas alcançam, quase que exclusivamente, as famílias com melhor nível de renda e/ou incorporadas de forma mais estável no mercado de trabalho. Segundo Sayd (2003 apud PIOLA et al., 2010) os contribuintes da faixa de alíquota mais alta (27,5%), que representavam 31,2% do total em 1999, foram responsáveis naquele ano por 75,73% dos abatimentos das pessoas físicas com serviços de saúde. As desonerações fiscais de medicamentos incidem sobre produtos que oneram sobremaneira os segmentos mais pobres da população. Com relação às instituições filantrópicas, que em algumas localidades são importantes recursos hospitalares do SUS, caberia avaliar o subsídio do ponto de vista da política de provisão pública ou privada e de contratação de serviços no âmbito do SUS (PIOLA et al., 2010).

O Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tinha um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8% do Produto Interno Bruto (PIB) (IBGE, 2015). Esse percentual era, em 2012, bastante próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (9,3%), Espanha (9,3%) e Canadá (10,9%) que também possuem sistemas universais (WHO, 2015). O problema é que no Brasil o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Esse gasto foi estimado em 3,6% do PIB em 2013 (IBGE, 2015)[13]. Em 2013, o gasto público brasileiro foi responsável

[13] O gasto público estimado na Conta-Satélite pelo IBGE ainda não inclui algumas despesas como: a assistência médica dos servidores civis dos três níveis de governo, com exceção do realizado pelo Ministério da Saúde (MS); os serviços de saúde dos hospitais universitários públicos estaduais e municipais; 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, 2009). 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.

por 45% dos recursos aplicados em saúde, enquanto nos países da OCDE, a participação do gasto público no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total[14]. O subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o Brasil no único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público.

2 Características gerais do financiamento do SUS[15]

A Constituição Federal de 1988, ao criar a Seguridade Social como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social (Art.194), definiu que a mesma seria financiada por toda sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e de contribuições sociais específicas da seguridade social, provenientes do empregador, da empresa ou entidade a ela equiparada incidentes sobre folha de

[14] Este percentual foi, em 2012, de 70,1% no Canadá, de 71,7% na Espanha e de 84,0% no Reino Unido. Os Estados Unidos constituem a exceção mais importante a essa regra por ter um gasto privado superior a 50% do total (WHO, 2015).

[15] A parte inicial deste tópico referente às características gerais do financiamento do SUS desde 1988 até os resultados da EC 29 de 2000 no período de 2000 a 2011 transcreve tópico da análise realizada em trabalho de Piola et al. (2013).

salário e demais rendimentos do trabalho, receita ou faturamento e sobre o lucro; do trabalhador e demais segurados da previdência social, incidente sobre a remuneração e sobre a receita de concursos de prognósticos. Os recursos originários dessas fontes, com bases diversificadas, integrariam orçamento próprio da Seguridade Social, no âmbito do governo federal. As receitas de Estados, Distrito Federal e Municípios, destinadas à seguridade, constarão dos seus respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União (BRASIL, 1988, art. 195, parágrafo 1º).

No Governo Federal, os recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) seriam repartidos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde. No caso desta última, previu-se, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluídos os recursos do seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que passaria a definir, a cada ano, qual percentual seria destinado à saúde.

Deve-se lembrar que a CF/88 ampliou não somente o direito à saúde, mas também, criou novos direitos em outros campos da seguridade social. Por exemplo, no caso da Previdência Social, estabeleceu, entre outros, o direito à aposentadoria rural e no campo da assistência estabeleceu o Benefício de Prestação Continuada (BPC)[16].

[16] Conforme descrito pelo Ministério de Desenvolvimento Social, [...] o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito garantido pela Constituição Federal, que assegura um salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Em ambos os casos, é necessário que a renda mensal bruta familiar per capita seja inferior a um quarto do salário mínimo vigente (BRASIL, [200-?]).

No mesmo período em que foi iniciada a implementação dos novos direitos sociais, o país enfrentou uma grave crise econômica, que impôs fortes restrições ao financiamento das políticas públicas brasileiras. A crise gerou uma forte disputa interna entre as áreas sociais, entre elas, as áreas de saúde e previdência social[17]. No caso da saúde, o percentual de 30% dos recursos da Seguridade Social não foi cumprido em 1990, 1992 e 1993. Neste último ano, as contribuições previdenciárias, que tradicionalmente tinham parte de sua arrecadação destinada à saúde, deixaram, definitivamente, de ser transferidas. Conforme destacam Mendes e Marques (2009, p. 276), "[...] 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." Nesse ano o MS teve de recorrer a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para garantir um mínimo de recursos para a saúde, empréstimos esses cujo pagamento consumiu parte do orçamento da saúde nos anos subsequentes.

Em 1994, demonstrando a prioridade das medidas de ajuste fiscal, foi criado do Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas de União (DRU) que passou a consumir parte das receitas destinadas à Seguridade Social e à descentralização (receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (UGÁ et al., 2012 apud PIOLA et al., 2013).

[17] Essas duas áreas, junto com a Assistência Social, recebiam recursos das mesmas fontes do Orçamento da Seguridade Social e alguns benefícios previdenciários, como equiparação de benefícios urbanos e rurais e piso para benefícios de prestação continuada equivalente a um salário-mínimo tiveram aplicação quase imediata.

A busca de solução para superação dessa crise no financiamento da saúde levou o governo a apresentar como alternativa a criação de um novo tributo: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, cujo produto da arrecadação deveria ser integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (artigo 18, da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996). A CPMF sofreu prorrogações, aumentos de alíquotas e deixou de ter destinação exclusiva para a saúde.

Durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007, a CPMF representou em torno de 30% do total dos recursos federais para a saúde, ainda que, conforme diversos estudos, recursos da CPMF acabaram substituindo recursos de outras fontes, o que reduziu o impacto que esta poderia ter tido no financiamento da saúde (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Maior estabilidade do financiamento federal da saúde veio com a promulgação da Emenda Constitucional 29 (EC/29). Essa emenda também propiciou que estados e municípios participassem mais decididamente no financiamento do SUS, na medida em que estabeleceu valores mínimos de recursos a serem aplicados neste sistema pelas três esferas de governo.

Desde a crise instaurada pelo afastamento total dos recursos previdenciários do financiamento da saúde, em 1993, começaram a prosperar iniciativas parlamentares para assegurar a vinculação de recursos para o SUS. Algumas mais gerais, por incluírem vinculação de recursos nas três esferas de governo, outras mais restritas, como a criação da CPMF em 1997. A primeira, entre

as de caráter mais geral, foi apresentada em junho de 1993 (PEC 169/1993). As diversas proposições apresentadas, entre 1993 e 1999, foram aglutinadas, dando origem à Emenda Constitucional 29 de 2000. Essa emenda definiu montantes mínimos a serem aplicados pela União, estados e municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

No caso da União, os recursos a serem aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria o apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% das receitas próprias[18]; 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 (SERVO et al., 2011).

A EC/29 trouxe mais recursos para saúde e promoveu o aumento da participação de Estados, Distrito Federal (DF) e municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado no SUS. Desde então sua participação relativa foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde pela esfera federal. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6% do gasto público com ações e serviços de saúde, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos

[18] As receitas próprias incluem as receitas de impostos e as transferências constitucionais e legais. No caso dos estados são descontadas as transferências constitucionais aos municípios.

Públicos de Saúde (SIOPS)[19]. A EC/29 teve impactos diferenciados em cada ente da Federação e foi bem sucedida na busca do objetivo de atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.

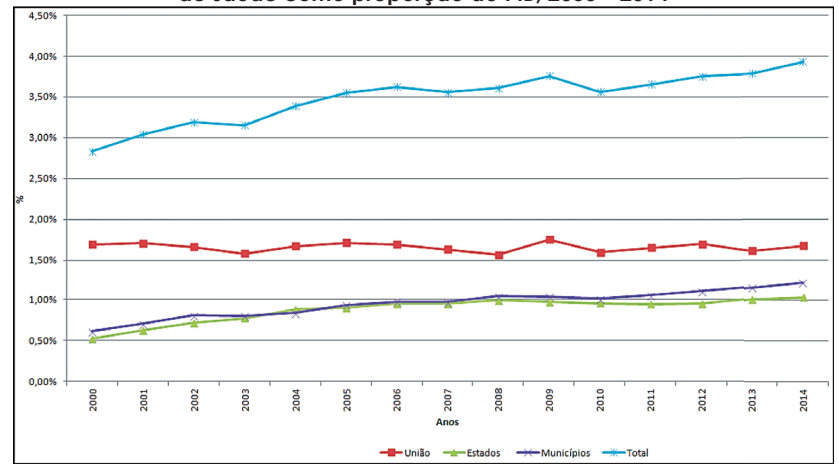
Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram, a preços constantes, o volume de recursos destinado para a saúde, passando de R$ 28 bilhões para R$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R$ 61 bilhões (sendo R$ 28 bilhões referente ao incremento estadual e R$ 32 bilhões referente ao municipal). Nesse mesmo período a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. Esse incremento é muito próximo ao observado em cada uma das outras duas esferas de governo. Assim, dois terços do aumento dos recursos para ASPS após a promulgação da EC/29 foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto 1/3 foi proveniente dos recursos injetados pela União, que concentra a arrecadação das contribuições sociais destinadas a financiar a Seguridade Social (PIOLA et al., 2013).

Como proporção do PIB, houve maior crescimento nas alocações para o SUS da parte de estados e municípios. Tanto estados como municípios quase duplicaram os gastos como proporção do PIB. No caso da União, no entanto, o gasto com saúde, foi mantido praticamente no mesmo percentual (Gráfico 3). Isso se explica pelo fato de que a correção do piso para as aplicações da União

[19] Sistema de alimentação obrigatória que serve para acompanhar o cumprimento das aplicações obrigatórias de recursos no SUS da parte de Estados, Distrito Federal e Municípios. O cumprimento dos percentuais mínimos é acompanhado pelos órgãos de controle como Tribunal de Contas da União, no Governo Federal, e Tribunal de Contas de Estados e Municípios no âmbito dessas esferas de governo.

no SUS tinham como base a variação nominal do PIB dos anos imediatamente anteriores e a União apenas tratou de cumprir o piso estabelecido em lei, sem procurar superá-lo, até mesmo porque superando, esse valor a maior passaria a ser a base da correção para o ano subsequente.

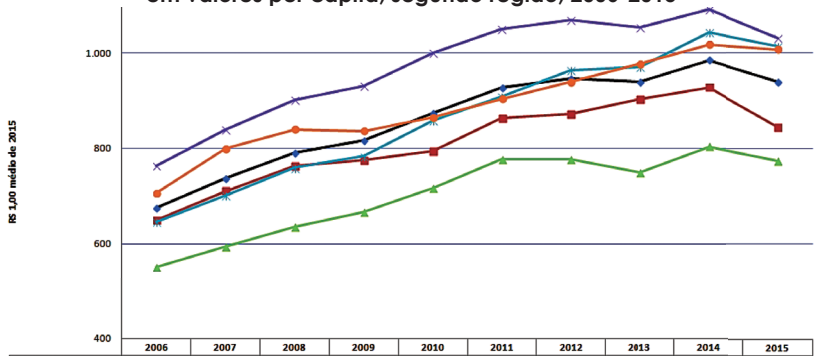
Gráfico 3 - Gasto público com ações e serviços de saúde como proporção do PIB, 2000 – 2014



Fonte: Brasil (2013). Dados extraídos em março de 2016. Elaboração própria.

A EC/29 provocou incrementos nas alocações de recursos públicos para a saúde em todas as regiões, ainda que não tenha trazido maiores alterações no perfil inter regional dos gastos. As regiões Nordeste e Norte continuaram com os menores gastos públicos per capita e a região Sudeste com os valores mais altos, como se pode observar no gráfico a seguir que apresenta a evolução do gasto público *per capita*, a preços médios de 2015, segundo região, para o período de 2006 a 2015 (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Evolução do Gasto Público Total com ASPS, em valores per capita, segundo região, 2006-2015

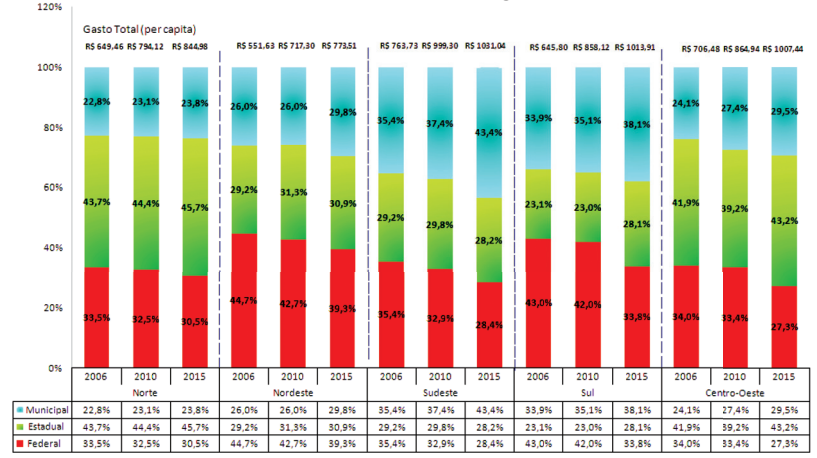


	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MÉDIA NACIONAL	674,62	737,61	790,83	816,73	873,59	927,43	946,55	938,81	984,91	939,65
NORTE	649,46	710,64	763,24	775,74	794,12	863,60	871,87	903,56	927,81	844,98
NORDESTE	551,63	594,81	635,08	667,23	717,30	777,49	776,73	749,25	803,62	773,51
SUDESTE	763,73	839,00	901,56	931,51	999,30	1.049,73	1.069,16	1.053,53	1.090,68	1.031,04
SUL	645,80	701,87	759,37	783,65	858,12	908,85	963,99	970,59	1.042,78	1.013,91
CENTRO-OESTE	706,48	799,18	839,85	836,39	864,94	903,49	939,08	976,82	1.017,14	1.007,44

Fonte: Brasil (©2016). Dados extraídos em março de 2016. Elaboração própria.

A participação dos gastos de origem municipal cresce em todas as regiões. Os gastos federais tem maior participação nas regiões Nordeste e Sul, nesta última devido à maior concentração de Hospitais da União (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Participação percentual da União, Estados e Municípios no Gasto Público Total com ASPS, por região, 2006, 2010 e 2015

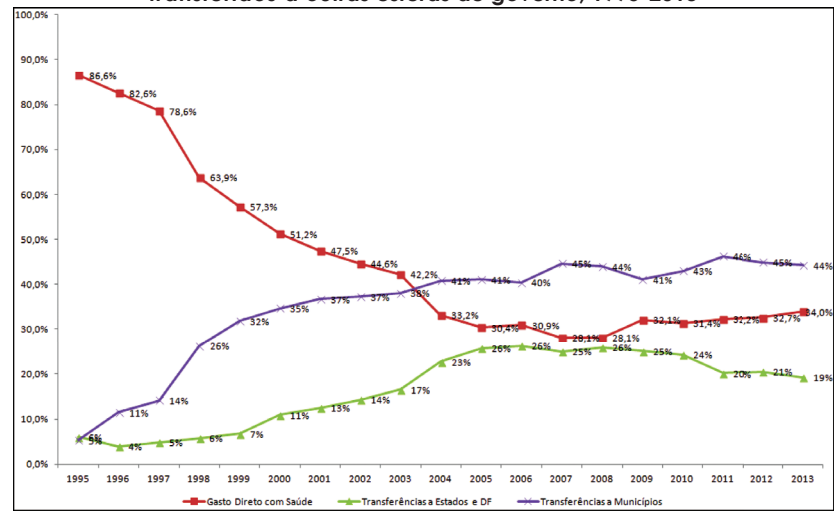


	2006	2010	2015	2006	2010	2015	2006	2010	2015	2006	2010	2015	2006	2010	2015
	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste		
Municipal	22,8%	23,1%	23,8%	26,0%	26,0%	29,8%	35,4%	37,4%	43,4%	33,9%	35,1%	38,1%	24,1%	27,4%	29,5%
Estadual	43,7%	44,4%	45,7%	29,2%	31,3%	30,9%	29,2%	29,8%	28,2%	23,1%	23,0%	28,1%	41,9%	39,2%	43,2%
Federal	33,5%	32,5%	30,5%	44,7%	42,7%	39,3%	35,4%	32,9%	28,4%	43,0%	42,0%	33,8%	34,0%	33,4%	27,3%

Fonte: Brasil (©2016). Dados extraídos em março de 2016. Elaboração própria.

A maior parte dos recursos federais aplicados no SUS é transferida para a gestão de estados e municípios, o que faz com que a aplicação direta por parte do MS venha diminuindo ao longo dos anos (Gráfico 6). Em 1995, por exemplo, quase 87% dos recursos do MS eram aplicados diretamente; em 2013 o percentual de recursos aplicados desta forma diminuiu para 34%, ou seja, 66% dos recursos destinados a ações e serviços de saúde pelo MS são transferidos para a gestão de Estados, Distrito Federal e Municípios, indicando o forte processo de descentralização ocorrido na área da saúde.

Gráfico 6 - MS: descentralização dos gastos - comparação entre a participação percentual dos gastos diretos e dos recursos transferidos a outras esferas de governo, 1995-2013



Fonte: Estimativas anuais a partir dos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) e Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR). Elaboração própria.

Para garantir a descentralização e tendo em vista a participação importante dos recursos federais no financiamento do SUS, foi criada a modalidade de transferência *fundo a fundo* (do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais), por meio da qual as

transferências são feitas de forma regular e automática. A portaria que regulamentou esta forma de transferência é de 1993.

Mas se o automatismo e a regularidade foram conquistados, o SUS não conseguiu equacionar de forma mais consistente a questão dos critérios de alocação ou de distribuição dos recursos federais para estados e municípios. Apesar de que, desde a criação do SUS, tenham sido propostos critérios para dar maior transparência à distribuição de recursos federais para as instâncias subnacionais, essa regulamentação jamais ocorreu. As transferências para estados, Distrito Federal e municípios, ainda que tenham ganhado um espaço bastante grande no orçamento do Ministério da Saúde, foram orientadas por Portarias do Ministério da Saúde,[20] instrumentos legais de menor hierarquia, preservando, de certa forma, as diferenças pregressas na distribuição regional dos recursos federais. Mais recentemente, a Lei Complementar 141/2012 (LC nº 141, de 2012) que regulamentou a EC/29 de 2000, voltou a reforçar o caráter prioritariamente redistributivo que devem ter as transferências federais para estados, Distrito Federal e municípios e definiu um conjunto de critérios para construção de uma nova metodologia de partilha dos recursos federais. Não obstante, passados quatro anos da LC nº 141, de 2012 ainda não foi apresentada para a aprovação do Conselho Nacional de Saúde a proposta para a fórmula alocativa, talvez porque a introdução de qualquer critério redistributivo implicaria a necessidade de recursos adicionais para que não ocorresse redução nas transferências a nenhuma unidade federativa.

[20] Deve ser salientado, no entanto, que a Lei nº 8.142, de 1990, no seu artigo 5º, autorizava o Ministério da Saúde a estabelecer as condições de aplicação, mediante portaria, dos critérios nela dispostos para a partilha de recursos, enquanto não fossem regulamentados os critérios previstos no Art. 35 da Lei 8080/1990 e assim procedeu levando as portarias mencionadas à apreciação pelo Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A partir de 2006, as transferências federais passaram a ser feitas de acordo com seis blocos de financiamento. A Tabela 3, a seguir, traz a distribuição dos recursos federais transferidos para estados e municípios, por região, segundo bloco de financiamento. Comparando-se a distribuição percentual da população e dos blocos de financiamento, observa-se que nas transferências federais destinadas à Atenção Básica (AB); à Gestão (G) e à Investimentos (I) e Vigilância Sanitária (VS), as regiões Norte e Nordeste, mais pobres, recebem uma proporção de recursos dos blocos superior à distribuição da população, sugerindo um efeito redistributivo dessas transferências. Contudo, nos Blocos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e de Assistência Farmacêutica (AF), mais diretamente relacionados ao custeio da provisão de ações e serviços, a participação dessas regiões nos valores transferidos tem um percentual inferior ao de suas respectivas populações, indicando que subsistem desigualdades importantes a serem superadas.

Tabela 3 - Distribuição da população e das transferências do MS, por Blocos de Financiamento segundo Grandes regiões, 2014

Região	População	%	AB (%)	MAC (%)	VS (%)	AF (%)	G (%)	I (%)
Norte	17.261.983	8,51	8,90	6,75	13,58	6,44	13,27	13,92
Nordeste	56.186.190	27,71	36,39	26,71	31,21	22,76	32,68	40,34
Sudeste	85.115.623	41,97	34,13	43,70	36,37	48,91	32,87	22,80
Sul	29.016.114	14,31	13,39	15,56	10,67	14,44	9,49	13,21
Centro-Oeste	15.219.608	7,50	7,20	7,27	8,17	7,46	11,69	9,74
Total	202.799.518	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: População - IBGE - Estimativa de população - 2014, Via Datasus - Tabnet.

A EC/29 de 2000 passou mais de 10 anos até ser regulamentada e, nesse período, por falta de regras mais claras, que só vieram a partir de 2012, o SUS deixou de receber integralmente os recursos que lhe eram devidos. Estimativas de déficit de aplicação de recursos - valor inferior ao legalmente definido - alcançaram da parte da União e dos Estados, a quase R$ 18 bilhões (R$ 27,4 bilhões a preços médios de

2015) somente no período de 2004 a 2008, segundo estudo da Câmara Técnica do Siops (BRASIL, 2011) A necessidade de resolver questões que geravam conflito, mais a necessidade de aumentar os recursos para o SUS, fez com que fosse depositada muita esperança na regulação da EC/29, como uma oportunidade de ser revista a forma de participação da União no financiamento do SUS. A regulamentação da EC/29 foi feita pela LC nº 141, de 2012. Essa Lei resolveu diversos contenciosos em relação à interpretação de diversos pontos que geravam controvérsia, mas não incorporou a proposta de aumento da participação federal no financiamento do sistema público. Essa situação levou à proposta de Emenda Popular do movimento *Saúde +10* (PLP nº 321/2013), que reivindicava a destinação do equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta da União (RCB) para a saúde.

No debate legislativo, alguns substitutivos foram apresentados, dentre eles o que propunha a substituição da RCB por 18,7% da Receita Corrente Líquida (RCL)[21]. Essa proposta visava evitar possíveis contestações legais a uma vinculação à RCB, na medida em que vários componentes da RCB já têm destinação específica, como os repasses constitucionais para estados e municípios, as contribuições previdenciárias ou as contribuições para o PIS/PASEP (PIOLA, 2015). Apesar das 2,2 milhões de assinaturas que o projeto de iniciativa popular obteve, tal proposta não foi acatada pelo Congresso Nacional, que mediante negociações entre governo e parlamento, incluiu em outra proposta de Emenda Constitucional dispositivos alterando o financiamento federal do SUS. Essa proposta, mais conhecida como PEC do Orçamento Impositivo, foi aprovada em fevereiro e promulgada pela Emenda Constitucional 86 (EC86/2015), de 17 de março de 2015.

[21] Entre 2011 e 2014, 10% da RCB correspondiam a aproximadamente 18,7% da RCL.

A EC86/2015 alterou o método de cálculo do piso constitucional a ser aplicado em ASPS pela União e manteve as regras vigentes para os entes federados. A partir de 2016, o piso constitucional da União estará vinculado à RCL da seguinte forma: em 2016 será equivalente a 13,2% da RCL; em 2017, 13,7%; em 2018, 14,1%; em 2019, 14,5%; e a partir de 2020 corresponderá a 15% da RCL[22].

A vigência da EC86/2015 começou em 2016. Neste ano, o piso da saúde será o equivalente a 13,2% da RCL, estimados em R$ 100,2 bilhões. Segundo algumas estimativas, pela regra anterior, de aplicação da variação nominal do PIB sobre o empenhado em 2015, o piso de financiamento federal do SUS seria de aproximadamente R$ 104 bilhões (OCKÉ-REIS; FUNCIA, 2015). A diminuição do piso federal para 2016 pela nova regra é decorrência da brutal retração da atividade econômica a partir de 2015 que provocou uma redução da Receita Corrente Líquida (RCL) da União, agregado ao qual está vinculado o novo piso de financiamento federal do SUS.

3 Características do financiamento e gasto privado em saúde

a) Esquemas de pré-pagamento

No mercado privado, o segmento de planos e seguros de saúde está dividido em algumas grandes modalidades institucionais, cujas principais são: (i) Medicina de Grupo – esta modalidade está constituída por empresas médicas similares às Health Maintenance

[22] Os percentuais previstos nesta Emenda são idênticos aos de proposta elaborada por Comissão Especial da Câmara criada em 2012 para debater o financiamento da saúde. A diferença é que na proposta da Comissão era prevista a criação de contribuição social específica para a saúde, parte não incluída na PEC do Orçamento Impositivo.

Organizations (HMOs) dos Estados Unidos da América. Estas empresas administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias. Operam com serviços "credenciados" e com serviços próprios (em menor proporção). (ii) Cooperativas médicas – fornecem serviços de saúde, mediante contratos, a funcionários de empresas, indivíduos ou famílias. Nesta modalidade os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços de saúde e recebem de forma proporcional à produção de cada um (ALMEIDA, 1998). (iii) Seguro Saúde – nesta modalidade há intermediação financeira de uma entidade seguradora, propriamente dita, que reembolsa os gastos ao segurado. No Brasil, uma sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde deve estar constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. (iv) Planos próprios de empresa – esta modalidade inclui os planos administrados diretamente pela empresa ou por associação de funcionários da empresa (autogestão propriamente dita) ou os contratos feitos com terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração). A administradora é uma empresa que apenas administra planos de assistência à saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Esta modalidade pode ser custeada integralmente pela empresa, mas o mais usual é que o financiamento seja compartilhado por contribuição patronal e contribuição do trabalhador, que pode ser progressiva de acordo com seu salário.

O financiamento do segmento de planos e seguros de saúde é assegurado principalmente através da participação de empregadores:

os vínculos diretos, individuais ou familiares, não alcançam 20% do total de beneficiários. Nos contratos coletivos, que correspondem a 79,9% dos beneficiários do segmento, geralmente o valor *per capita* (pré-pagamento) repassado à operadora do plano ou seguro de saúde representa uma *proxy* do risco coletivo médio da população coberta *(community rate)*(Tabela 4).

Tabela 4 - Brasil: Número de beneficiários em planos de assistência médica, segundo tipo de contratação, dez. 2014/dez. 2015

Tipo de Contratação	DEZ./2014	MAR./2015	JUN./2015	SET./2015	DEZ./2015
TOTAL	**50.496.436**	**50.274.314**	**50.285.191**	**49.971.857**	**49.730.405**
Individual ou Familiar	9.830.705	9.796.273	9.804.462	9.763.382	9.672.134
Coletivo Empresarial	33.528.265	33.384.731	33.384.238	33.274.543	33.123.445
Coletivo por adesão	6.754.192	6.745.344	6.762.450	6.614.042	6.625.478
Coletivo não identificado	10.160	10.262	9.467	9.361	9.153
Não informado	373.114	337.704	324.574	310.529	300.195

Fonte: ANS (2016).

Na primeira década de operação, entre 1987 e 1998, o número de operadoras quase triplicou e essa expansão do setor ocorreu sem que as empresas estivessem submetidas a regulação pública. Apenas em 1998 foi aprovada legislação regulatória[23], que estabeleceu regras para os contratos e coberturas e, em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)[24], responsável pelo controle dessa área.

A expansão do segmento de saúde supletiva (segmento de planos e seguros de saúde) simultaneamente à criação do sistema público universal a partir da década de 1980 e sua relativa estabilização, em um patamar alto de cobertura populacional nos anos subsequentes, foi objeto de diversos estudos e recebeu diferentes explicações. As mais

[23] Lei nº 9656, de agosto de 1998.
[24] Lei nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000.

difundidas apresentavam como argumento uma presumida queda na qualidade dos serviços públicos de saúde (FAVERET; OLIVEIRA, 1990; MÉDICI, 1991; MENDES, 1993) resultante da universalização do acesso a uma rede de serviços antes dimensionada para atendimento aos integrantes do mercado formal de trabalho, em torno de 25% da população, e que não recebeu os investimentos necessários à sua expansão. Outras relacionavam a expansão com a consolidação do capital financeiro, a confluência de interesses de patrões e empregados e a tradição histórica de compra de serviços pela previdência social junto à iniciativa privada (ANDREAZZI, 1991; LUZ, 1991; BAHIA, 1991; BURGOS et al., 1991). Um fator estimulante importante, contudo, deve ser os subsídios indiretos propiciados pelo sistema fiscal brasileiro, como antes apontado, que permite a inclusão no Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (empresas), como despesas operacionais, do valor desembolsado para o pagamento de despesas com saúde, incluindo planos e seguros de saúde. Também às pessoas físicas é permitido deduzir as despesas com saúde no Imposto de Renda, como abatimento sobre a renda bruta, diminuindo, desta forma, a base de cálculo para o Imposto de Renda.

Entre 2000 e 2015 o número de beneficiários de planos de assistência médica apresentou um aumento da ordem de 60%. Mas essa expansão não se deu no mesmo ritmo em todas as regiões do país: na região Norte, o número de beneficiários quase triplicou no período; nas regiões sul e centro-oeste mais que duplicou, enquanto na região sudeste, que já concentrava o maior número de beneficiários o aumento foi da ordem de 40% (Tabela 5).

Tabela 5 - Brasil: Número de beneficiários em planos de assistência médica, segundo grande região, Dez.2000/Dez.2015

Grande Região	Dez./2015	Dez./2013	Dez./2011	Dez./2010	Dez./2000
TOTAL	**49.730.405**	**49.373.689**	**46.152.717**	**44.937.350**	**30.966.522**
Norte	1.844.249	1.849.069	1.667.574	1.569.418	633.445
Nordeste	6.777.298	6.537.652	6.008.773	5.722.769	3.466.974
Sudeste	30.786.805	31.222.708	29.377.242	28.882.859	21.928.451
Sul	7.120.621	6.905.413	6.682.181	6.519.010	3.507.724
Centro Oeste	3.189.954	2.849.824	2.402.921	2.227.886	1.414.059
Exterior	0	0	0	1	14
Não Identificado	11.478	9.023	14.026	15.407	15.855

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2015. Notas: 1. O termo *benficiário* refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. 2. As informações são atualizadas a cada trêes meses, possibilitando a correção de competências anteriores.

Entre junho de 2014 e junho de 2015 o número de beneficiários com vínculos individuais ou familiares sofreu uma redução de 0,3% e o de planos coletivos apresentou um crescimento de 1,6%; a variação destes no trimestre, contudo, foi de 0,1% já indicando a tendência de redução no horizonte. De acordo com a ANS o universo de 50,69 milhões de usuários registrado em janeiro de 2015 alcançava, em dezembro, 49,73 milhões, uma redução que atingiu mais de 960 mil beneficiários ao longo de 2015.

Todas as modalidades de operadoras, exceto as filantrópicas, apresentaram variação positiva no número de beneficiários e na receita de contraprestações entre 2011 e 2015. Enquanto o número total de beneficiários apresentou um crescimento próximo de 8% o crescimento das receitas de contraprestações totais foi de 26% a preços correntes (Tabela 6). Esse ritmo de crescimento, contudo, não se distribuiu homogeneamente entre as modalidades, com uma concentração expressiva na modalidade *seguradora especializada em saúde*, cujo número de beneficiários cresceu 19% e teve receitas 46% superiores no período. Somente a titulo de comparação, a receita de contraprestações das operadoras de planos e seguros de saúde em 2011 (R$ 82,6 bilhões para prestar serviços para 46,1

milhões de beneficiários, representou 51,7% do gasto total do SUS (R$ 161,7 bilhões) para prestar serviços para toda população brasileira.

Tabela 6 - Brasil: Receita de contraprestações de Operadoras médico-hospitalares, segundo modalidade, período 2001, 2011, 2015

Modalidade	2001	2011	2015 *
TOTAL	**22.036.412.612**	**82.605.523.640**	**103.953.200.228**
Autogestão	423.210.837	9.466.590.354	12.249.102.595
Cooperativa Médica	8.493.254.858	30.057.613.038	36.082.994.273
Filantropia	1.101.439.791	1.881.435.300	1.520.441.654
Medicina de Grupo	6.620.309.286	24.493.983.979	29.683.068.872
Seguradora Especializada em Saúde	5.398.197.840	16.705.900.969	24.417.592.834

Fonte: DIOPS/ANS/MS - 12/2015. * Dados de 2015 até 3º trimestre.

A desaceleração na taxa de cobertura está, sem dúvida, associada à elevação da taxa de desemprego decorrente da crise econômica, dada a forte predominância dos vínculos a planos coletivos empresariais. A taxa de desocupação calculada pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua Trimestral (PNAD Contínua), atingiu 9,0% no 4º trimestre de 2015. Esse foi o maior valor registrado desde o início da pesquisa (1ºtri/2012). Com relação à entrada e saída de pessoas do mercado de trabalho formal, a economia do país apresentou, de acordo com o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), um saldo negativo de 1.552.953 postos em 2015.

A redução do número de operadoras, contudo, parece expressar um movimento de concentração e de verticalização, ocorrido no período, associado a uma estratégia de expansão planejada das operadoras de maior porte visando à associação, fusão ou venda a grupos internacionais e que foi acompanhada de forte pressão para a liberação da entrada de capital externo, o que já ocorrera em 2008 em relação à propriedade de planos de saúde, mas não alcançara os estabelecimentos de provisão de serviços.[25] Estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) ressalta que "[...] entre Dez/07

[25] Para mais informações, ver BARROS (2015).

e Dez/14, o número de operadoras em atividade diminuiu 24,4%, indicando um cenário de consolidação do setor, onde a tendência é o mercado conservar as operadoras mais sólidas e viáveis" (IIESS, 2015).

b) O gasto privado direto

No Brasil, apesar de a maioria do gasto privado ocorrer de forma direta, ao longo dos últimos anos ele tem diminuído, avançando a participação dos Planos de Saúde. É o que se pode ver na Tabela 7. Os gastos diretos, que correspondiam a 68% do gasto privado com saúde, em 1995, caíram para 57,8%, em 2012; no mesmo período, o gasto privado com planos de saúde aumentou sua participação de 32% para 40,4% (Tabela 7).

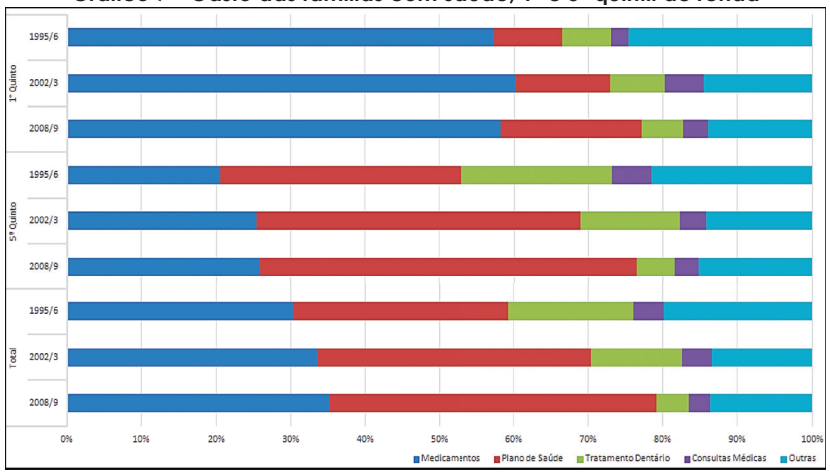
Tabela 7 - Brasil: Participação dos gastos com planos e seguros e do gasto direto no gasto privado total, em anos selecionados

Ano	Planos e Seguros	Gasto Direto
1995	32	68
2000	34,3	63,6
2006	36,4	61,8
2012	40.4	57.8

Fonte: WHO/WHS, anos selecionados.

Considerando a renda das famílias, apuradas pela Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e para vários anos, observa-se que, no primeiro quintil, o gasto privado com saúde é consumido principalmente em medicamentos, enquanto que, no último, os maiores gastos são com planos de saúde, medicamentos e tratamento odontológico (nessa ordem). O Gráfico 7 apresenta, para os anos 1995/1996, 2002/2003 e 2008/2009, a distribuição do gasto das famílias com saúde. Destaca-se que, no período, e para os dois quintis, há avanço da participação do gasto com Planos de Saúde, muito embora esse avanço seja mais acentuado no quinto quintil, como seria de esperar.

Gráfico 7 - Gasto das famílias com saúde, 1º e 5º quintil de renda



Fonte: IBGE/Pesquisa de Orçamento Familiar. Elaboração: GARCIA et al. (2013).

Vale destacar também a redução do gasto direto com tratamento dentário no período, coincidindo com a implementação do programa Brasil Sorridente (2004) no âmbito da Política de Saúde Bucal do SUS, que criou um número significativo de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios de Próteses Dentárias públicos. A cobertura populacional da assistência odontológica pelo SUS cresceu substancialmente: passou de 18,2 milhões de brasileiros assistidos antes do Brasil Sorridente para 92 milhões de pessoas beneficiadas. Até 2014 foram criadas 24 mil equipes de saúde bucal e instalados 1.032 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e 1.954 Laboratórios de Próteses Dentárias. Também deve ter contribuído para a diminuição do gasto direto com assistência odontológica a intensa expansão dos planos de assistência exclusivamente odontológica (Tabela 8).

Tabela 8 - Crescimento do número de beneficiários de planos de saúde, por tipo de cobertura assitêncial, Brasil, 2004-2008

	Em %	
Ano	Assistência Médica	Odontológica (exclusiva)
2004	3,6	17,3
2005	5,3	17,1
2006	5,4	18,5
2007	5,1	21
2008	4,9	19

Fonte: (CADERNO ..., 2009).

4 Considerações finais

A inscrição no texto constitucional de 1988 do direito à saúde e da responsabilidade do Estado em garanti-lo, resultado de longa e ampla mobilização social, não foi suficiente para assegurar a plenitude de sua efetivação nos anos subsequentes. Já no inicio da década de noventa, quando se iniciava a implantação do SUS, manifestaram-se os primeiros sinais de que a luta por recursos suficientes seria o principal campo de batalha. Insuficiência de investimentos para a expansão da rede de oferta de serviços, medida indispensável para a conversão de um sistema com clientela restrita em sistema que ofereceria cobertura universal e integral; insuficiência de recursos para custear as necessárias ampliações de recursos humanos, equipamentos e insumos; insuficiência da oferta de serviços para garantir a integralidade da atenção; tabelas de remuneração de serviços contratados congeladas e defasadas são algumas das consequências. Simultaneamente, amplos e crescentes subsídios públicos à atividade privada compõem o quadro de subvalorização do sistema público universal. Mas a provisão privada responde a outros objetivos; está orientada pela lógica da rentabilidade, busca a lucratividade e não a

garantia de acesso. Por essa razão, se concentra nos centros urbanos de maior porte, nas regiões de maior dinamismo econômico, intensificando as desigualdades regionais, cuja superação depende do sistema público.

O Brasil é o único país que dispõe de um sistema universal em que o gasto público corresponde a menos da metade do gasto total em saúde. Nesse contexto, os inegáveis avanços de cobertura e acesso, alcançados nessas décadas de operação do sistema público, emergem como conquistas duramente obtidas. E sob permanente ameaça: foram breves os períodos em que a implementação da universalidade se inscreveu como prioridade na agenda pública.

A fragilidade das condições de operação repercute sobre as possibilidades de suporte social às demandas do sistema: os segmentos populacionais usuários regulares do SUS são também os que dispõem de mais frágeis recursos políticos e, frente á demora no atendimento e longas filas para alcançar o atendimento no sistema público, colocam o segmento de plano e seguros privados como objeto de desejo.

Na outra ponta, as resistências do setor privado supletivo às tímidas iniciativas de regulação se multiplicam. Posicionamentos contra o instituto do ressarcimento se intensificaram logo após a inclusão dos procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade no rol dos sujeitos à cobrança pelo SUS[26].

Articulações intensas com segmentos hegemônicos no Poder Legislativo têm ampliado a liberdade de movimentação dos segmentos privados e a fragilização do sistema público: abertura indiscriminada ao capital estrangeiro na provisão de ações e serviços de saúde[27]; constitucionalização da regra de financiamento e diminuição do aporte

[26] Ver, por exemplo Carneiro (2016).

[27] Lei nº 13.097, de 2015, que promove modificação na Lei nº 8.080, de 1990 e determina a abertura indiscriminada à participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde.

de recursos federais ao SUS[28]; tentativa de redução da universalidade e da responsabilidade estatal na garantia do direito à saúde, reinstituindo a assistência médica como direito trabalhista (e garantindo mercado para planos e seguros de saúde)[29].

Simultaneamente, medidas do Poder Executivo reforçam essa tendência. Cortes orçamentários decorrentes do ajuste fiscal; proposta de ampliação da desvinculação das receitas (DRU), que atinge em especial as da seguridade social, destinando-as à viabilização do pagamento de juros da dívida pública; desativação ou redução do ritmo de implementação de programas como consequência das restrições orçamentárias.

Tomadas em conjunto, são medidas que evidenciam a profundidade dos esforços e se complementam no movimento de fragilização do sistema público universal e integral, o SUS. Fragilizar o SUS corresponde a fortalecer o sistema privado. E isso é preocupante, porque num país continental e com elevados níveis de desigualdade como o Brasil, a existência de um sistema universal de saúde, de caráter descentralizado e participativo, exerce indiscutível papel na desconcentração espacial dos recursos, na redução das desigualdades sociais e regionais, na desconcentração da renda, na democratização do acesso ao fundo público e na democratização de processos decisórios – dimensões que não se inscrevem na lógica mercantil.

[28] A Emenda Constitucional nº 86, promulgada em 17 de março de 2015, decorrente da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 358, de 2013 que instituía o chamado Orçamento Impositivo, regulamentando o aporte e execução de emendas parlamentares pela Câmara dos Deputados, incorporou dispositivo (estranho ao objeto da lei, ressalte-se) que constitucionalizou a regra de financiamento federal ao SUS – antes feita por lei, dificultando assim sua alteração - e o fez estabelecendo em 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), percentual a ser alcançado em cinco parcelas anuais entre 2016 e 2020, o aporte federal ao financiamento do SUS.

[29] A PEC nº 451, de 2014, de autoria do deputado Eduardo Cunha – propõe a alteração do art. 7º da Constituição, inserindo novo inciso, o XXXV, pelo qual todos os empregadores brasileiros ficam obrigados a garantir aos seus empregados serviços de assistência à saúde.

Referências

ANS (Brasil). **Informações e Avaliações de Operadoras**. Brasília (DF), 2016a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras>. Acesso em: jun. 2016.

ANS (Brasil). **Dados gerais**: beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2006-2016). Brasília (DF), 2016b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: jun. 2016.

ANS (Brasil). **ANS disponibiliza dados do último trimestre de 2015**. Brasília (DF), 7 mar. 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3229-ansdisponibiliza-dados-do-ultimo-trimestre-de-2015>. Acesso em: jun. 2006.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília (DF): IPEA, nov. 1998. (Texto para discussão, n. 599).

ANDREAZZI, M. F. S. **O seguro-saúde privado no Brasil**. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

BAHIA, L. **Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80**: um estudo exploratório do caso da AMIL. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

BAHIA, L. O mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: tendências. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). **Brasil**: Radiografia da Saúde. Campinas (SP): UNICAMP, 2001.

BARROS, Elizabeth. **Atenção à saúde no Brasil**: a equidade como desafio – paper elaborado para GDN. [S.l]: 2001. Mimeografado.

BARROS, Elizabeth. **Saúde Suplementar**: Nota Técnica para subsidiar BPS 24. [S. l.], 2015. Mimeografado.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília (DF): Senado, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 31 maio 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)**. Brasilia, DF, ©2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>. Acesso em: mar. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Serviços disponíveis.** Brasília, DF , [200-?]. Disponível em: <http://mdspravoce.mds.gov.br/assistencia-social/servicos-disponiveis>. Acesso em: 5 set. 2011.

BURGOS, M. T. et al. **Público e privado no sistema de saúde brasileiro**: a contextualização do debate em torno dos programas suplementares no setor público. Rio de Janeiro, 1991. Relatório final de pesquisa. Convênio CEPECS/CASSI. Mimeografado.

CADERNO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: benefícios, operadoras e planos. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro : ANS, mar. 2009.

CARNEIRO, L. A. **O sistema é suplementar ou substitutivo? Pela lógica do ressarcimento ao SUS**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 28 abr. 2016. Disponível em: <http://iess.org.br/?p=blog&id=150>.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre tendências do sistema de saúde. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

GARCIA, L.P. et al. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes nas regiões metropolitanas; composição e evolução no período, 1995-2009. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n 1, jan. 2013.

IBGE. Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-Satélite de Saúde:** Brasil: 2005-2007. Rio de Janeiro, 2009. (Contas Nacionais, n. 29). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conta_satelite_saude_brasil_n29.pdf>.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua Trimestral (PNAD Contínua)**: abril 2016. Brasília (DF), 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149>. Acesso em: 31 maio 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.

IIESS (Brasil). **Nota de Acompanhamento do Caderno de Informações da Saúde Suplementar - NACISS.** 32. ed. São Paulo, jun. 2015. Disponível em: <http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/484f7l303k4js6qe.pdf>.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. **Physis**, Niterói, v. 1, p.77-115, 1991.

MARQUES, R.M; PIOLA, S.F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZOTTO, M. L. F; COSTA, A. (Org.). **25 anos de direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

MÉDICI, A. C. **A Medicina de Grupo no Brasil**. Brasília (DF): OPAS/Representação do Brasil, 1991. (Série Desenvolvimento de políticas públicas, n. 1).

MENDES, E. V. As políticas de saúde nos anos 80. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do

Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

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.

OCKÉ-REIS, C. O; FUNCIA, F, R. Insuficiência Orçamentária para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) agrava o quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde no período de 2014-2016. **Domingueira**, Campinas, n. 025/2015, 8 nov. 2015. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20025%202015%20-%2008%2011%202015.pdf>.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos gastos tributários:** o caso dos planos de saúde: 2003-2011. Brasília (DF): Ipea, 2013. (Nota técnica, n. 5).

PIOLA, S. F. **Impactos da PEC 358 no financiamento federal da saúde**: será que valeu a pena? Brasília (DF), 20 mar. 2015. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/ index.php?option=com_content&view=article&id=25409:2015-03-20-18-29-52&catid=46:artigos&Itemid=18>.

PIOLA, S.F; BARROS, M.E.D. **Documento de país para o Projeto Emerging Paradigm in Health Systems**: entitlement. Financiado pela Conferência Interamericana de Seguridade Social (CISS), 2005. Mimeografado.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de um rumo. Brasília (DF): IPEA, 2013. (Texto para discussão, n. 1846).

PIOLA, S. F. et al. Gasto Tributário e conflito distributivo na Saúde. In: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H. M. dos; RIBEIRO, J. A. C. (Org.). **Tributação e equidade no Brasil**: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009. Brasília (DF): IPEA, 2010.

RIBEIRO, J. A. A.; PIOLA, S.F; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas; financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, jan. 2007.

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.

UGA, M. A. et al. Financiamento e alocação de recursos no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz 2012.

WHO. **World Health Statistics 2015**. Geneva, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=>.

5
O SUS e seu financiamento

Áquilas MENDES[1]
Francisco RÓZSA FUNCIA[2]

Introdução

Em toda a história da saúde pública brasileira, o financiamento nunca deixou de ser discutido como um tema problemático. No período anterior à Constituição Federal de 1988[3] e, principalmente, no período posterior, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em que formalmente se estabeleceu um sistema público universal, a crise do financiamento da saúde foi explicitada por meio de montantes insuficientes e indefinidos. É importante reconhecer a existência de uma reduzida participação dos recursos fiscais no financiamento da saúde no país, em contraposição à alta participação da fonte baseada em contribuições sociais (mais de dois terços do financiamento total).

Apesar do avanço que significou a criação do SUS, o Brasil está distante de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que detém um sistema público e universal. Para ilustrar essa afirmação,

[1] Doutor em Ciências Econômicas pela UNICAMP, Livre-docência pela USP e Pós-Graduação em Política e Relações Internacionais pela Lancaster University da Inglaterra. Professor livre-docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, Professor doutor do Departamento de Economia e do PPGEP da PUC-SP.

[2] Economista e Mestre em Economia Política (PUC-SP), Consultor da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS) e da Fundação Getúlio Vargas (FGV Projetos) e Professor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

[3] Nesse período anterior, a saúde pública era voltada aos trabalhadores do mercado formal de trabalho e era financiada com recursos de contribuições calculadas sobre os salários.

basta dizer que, em 2014, enquanto o SUS gastou 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB), o gasto público em saúde na média dos países europeus com sistemas universais (Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia) foi de cerca de 8,0% do PIB, o que evidencia a dificuldade de recursos do SUS para realizar suas ações e serviços[4]. No entanto, a realidade em que esses gastos ocorrem é bastante diferente, pois o nível de comprometimento do setor público é resultado da resistência histórica de diferentes setores da sociedade por uma ampla proteção social. No caso do Brasil, o SUS foi criado quando a dívida externa e a inflação elevada eram ainda um constrangimento maior, e, no plano internacional, quando o ideário neoliberal e a dominância da valorização financeira começavam a comandar as relações econômicas e sociais[5]. No país, a propagação do pensamento neoliberal se fez presente pelos governos federais, logo após a promulgação da Constituição de 1988, incorporando uma agenda de propostas de mudanças no corpo da Seguridade Social, por meio da eliminação das contribuições sociais que financiavam os diferentes ramos da Seguridade Social.

Os problemas, na realidade, se estenderam no decorrer dos 28 anos de existência do SUS, em que se fizeram presentes intensos conflitos por recursos financeiros que assegurassem o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde. Todo esse período foi justamente aquele em que o capital portador de juros (capital financeiro), principalmente na sua forma mais perversa de capital fictício, manteve-se soberano entre os diferentes tipos de capital, prejudicando os orçamentos do fundo público e comprometendo a manutenção dos direitos associados aos sistemas de

[4] Dados do Banco Mundial (THE WORLD BANK, ©2016).

[5] A partir dos anos 1980, o capital portador de juro regressou poderoso, após o período do pós-guerra em que ficou reprimido, determinando um "novo" papel ao Estado e assegurando o pleno crescimento de sua forma parasitária e fictícia. O Brasil não escapou a esse quadro, ficando à mercê das forças que determinaram e movimentaram o novo mundo que foi instalado com a presença definitiva dessa dominância (MENDES, 2012).

proteção social ou a concretização dos novos direitos introduzidos nos países de capitalismo tardio, tal como o Brasil.

Acrescenta-se a esse quadro, o fato de persistir no país uma política econômica fundamentada no tripé - metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante - adotada pelo governo federal desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) até o Governo Dilma Roussef[6], que deu origem a constantes dificuldades que impedem o pleno desenvolvimento da saúde universal, dada a situação de subfinanciamento que impõe ao SUS.

Este capítulo procura resgatar a trajetória histórica do financiamento da saúde pública brasileira, antes e após a criação do SUS pela Constituição de 1988, evidenciando suas características, problemas e desafios. De forma específica, apresenta os conflitos que foram presentes ao longo dos vinte e oito anos de existência do SUS e enfatiza a incerteza que cerceia seu financiamento.

Para tanto, o capítulo está estruturado em três partes. A primeira parte destaca as características legais e estruturais do financiamento da saúde pública antes e pós-Constituição de 1988. São, também, discutidas as tensões no financiamento do SUS nos anos 1990 e 2000, com destaque para as dificuldades enfrentadas quando da promulgação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (que estabeleceu recursos vinculados à saúde), bem como no período posterior de sua regulamentação com a Lei nº 141/2012 (BRASIL, 2012). A segunda parte apresenta uma análise das fontes e dos usos dos recursos financeiros e orçamentários do SUS, com destaque para a participação das esferas de governo no gasto público e à destinação do gasto federal segundo programas e ações. A terceira parte apresenta o quadro de subfinanciamento do SUS e os constrangimentos

[6] É importante dizer que a meta do superávit primário somente foi abandonada durante os anos de 2014 (último ano do 1º mandato Dilma) e 2015 (1º ano do 2º mandato Dilma), diante da queda da arrecadação, em virtude da crise econômica.

recentes da seguridade social, com particular ênfase para a derrota sofrida pela introdução da Emenda Constitucional nº 86/2015 e para os efeitos perversos do ajuste fiscal de 2015, das insuficiências orçamentárias recentes nos orçamentos do Ministério da Saúde, do veto presidencial da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 2016 e da investida mais recente contra o SUS, por meio da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 143/2015, que estabelece a desvinculação de 25% das receitas das três esferas de governo, reduzindo as bases de custeio da saúde pública. É, também, apresentada nessa parte, a possibilidade de ampliação da alocação de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde com a PEC nº 01/2015.

1 A perspectiva histórica do financiamento da saúde: características estruturais e embates

O financiamento da saúde, no período anterior à Constituição de 1988, era dependente do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) criado, em 1974, pelo governo do general Ernesto Geisel - que tinha como suporte financeiro o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Tal Fundo era garantido por meio das contribuições de empregados e empregadores, da contribuição da União e de outras receitas (BRASIL, 2013).

Ao longo da década de 1980, o financiamento do gasto federal em saúde foi em grande parte viabilizado por meio dos recursos do FPAS. A participação média dessa fonte no financiamento da saúde foi de 75%, o que indica a extrema dependência do financiamento da saúde ao comportamento das receitas do complexo previdenciário.

Tendo em vista os novos direitos introduzidos nas áreas da saúde, da previdência e no campo da assistência social, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento dessas três áreas, integrantes da Seguridade Social. Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo SINPAS, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporada a receita do Finsocial[7] (posteriormente COFINS) para seu único uso.

De acordo com a Constituição, em seu artigo 195, está definido que o financiamento da Seguridade Social será realizado mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários, o faturamento – COFINS - e o lucro - Contribuição sobre o Lucro Líquido), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Diz ainda a Constituição que esses recursos da Seguridade Social não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social. Sua proposta de orçamento seria elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, compondo um orçamento específico – o Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Ficou determinado pela Constituição de 1988, em seu Ato Constitucional das Disposições Transitórias (ADCT), que pelo menos 30% do total de recursos do OSS deveriam ser destinados à área da saúde para 1989. Para os outros anos, a definição desse percentual ficaria para a LDO, o que na prática nunca garantiu esses recursos (governo do presidente Fernando Collor). Além dos recursos de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, as receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais para permitir o desenvolvimento do

[7] O Fundo de Investimento Social (Finsocial), enquanto uma contribuição social, foi criada em 1982 para custear programas sociais federais, sendo que, em 1992, foi alterada para Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

sistema. A Constituição de 1988 não definia, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social.

Nove anos depois (1997), após problemas decorrentes da disputa por recursos do OSS entre a Previdência e a Saúde, foi criada, para a Saúde, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujos recursos se somaram àqueles definidos na Constituição. Essa contribuição vigorou até 2007, quando foi extinta. No que se refere à participação dos entes federados no financiamento do SUS, somente em 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que define a forma da inserção da União, dos Estados e dos Municípios em seu financiamento. Sua regulamentação foi ainda mais tardia, realizada mediante a Lei Complementar nº 141, de 2012.

1.1 Os embates construídos na história do financiamento da Seguridade Social e do SUS

Ao longo dos anos de existência do SUS, antes da regulamentação da EC nº 29/2000, em 2012, por meio da Lei nº 141/2012, seu financiamento foi caracterizado pela insegurança e indefinição, fruto de embates entre as diferentes áreas da Seguridade Social e, principalmente, dos conflitos com as autoridades econômicas do governo federal.

Na relação entre o SUS e orçamento da Seguridade Social, observam-se tensões constantes pela disputa de recursos em todos esses anos. O primeiro conflito foi verificado em 1989 e 1990 (Governo Collor de Mello), quando recursos do então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade Social. Tais recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União – despesa que não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Ainda que a Constituição

de 1988 tenha determinado, em seu Ato Constitucional das Disposições Transitórias (ADCT), que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/PASEP, que é vinculada ao Seguro Desemprego, deveriam ser destinados à área da saúde em 1989 e, a partir desse ano, que seguisse o percentual alocado na LDO, isso não ocorreu. Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi possível, ao então Ministério da Previdência Social, reduzir o volume desse repasse. A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992.

O segundo momento de tensão relevante aconteceu em 1993 (Governo Itamar Franco). Nesse ano, a LDO estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser passados para a área da saúde. No entanto, apesar do disposto na LDO, não foi efetuado nenhuma alocação para a saúde em maio de 1993. A justificativa para tanto foi que a Previdência Social estava apresentando problemas financeiros que, caso as transferências prosseguissem, acabaria por encerrar o ano com déficit. Com a deteriorada situação financeira estabelecida na saúde, socorreu-se aos empréstimos de recursos do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). Cumpre salientar que, quando foi estabelecido o vínculo entre a área previdenciária e as contribuições de empregados e de empregadores, nesse terrível ano para a saúde, foi rompido o conceito de seguridade social[8].

É nesse contexto que as discussões de propostas de reordenamento do financiamento são levadas ao Congresso Nacional, e entre alguns projetos, destaca-se a proposta dos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, sob a denominação de Projeto de Emenda Constitucional nº 169,

[8] O estabelecimento de prioridades de áreas internas da Seguridade Social é ação que conceitualmente se opõe à compreensão do que historicamente se intitulou como proteção social, uma abordagem totalizante do risco social.

de 1993 – a PEC 169[9], que buscava vincular recursos financeiros específicos para a saúde. Propunha-se que os recursos destinados à Saúde correspondessem pelo menos 30% do total dos recursos da Seguridade Social, acrescidos de mais 10% da receita de impostos. Cabe enfatizar que esse projeto de emenda constitucional foi discutido intensamente no Congresso durante 7 anos, e somente aprovada a vinculação em 2000, sob a denominação de Emenda Constitucional nº 169, de 1993. Porém, a emenda aprovada se afastou completamente do conteúdo que havia sido estabelecido na PEC 169. Nada se conseguiu a respeito da vinculação das receitas da seguridade, apenas dos impostos, como é discutido adiante.

Um terceiro e importante conflito no financiamento do SUS e da Seguridade Social ocorreu em 1994 (no Governo Itamar Franco, sob orientação do então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso), com a criação do Fundo Social de Emergência, que posteriormente denominou-se de Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, intitula-se Desvinculação das Receitas da União (DRU) (denominação até o momento mantida). Ficou definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação, a Seguridade Social.

A DRU transforma os recursos direcionados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para contribuir para o superávit primário, defendido pela política fiscal restritiva do governo federal, e a sua utilização em pagamento de juros da dívida pública. Esse mecanismo foi sendo renovado a cada quatro anos e se manteve até 2015, com possibilidade de sua ampliação para uma alíquota de

[9] Para uma discussão sobre várias propostas alternativas para o financiamento do SUS, ver Marques e Mendes (2012).

25%, por meio da PEC nº 143/2015, que se encontra em processo de votação no Senado Federal e é melhor discutida mais adiante.

Como forma de encontrar fontes alternativas de recursos, o então ministro Adib Jatene sugeriu a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que vigorou a partir de 1997. A aprovação dessa Contribuição, como fonte exclusiva para a saúde, não significou ampliação de recursos, pois houve retirada de parte das outras fontes desse setor, não contribuindo para o acréscimo de recursos que se esperava. Essa fonte permaneceu por dez anos, até 2007, quando foi rejeitada no Congresso Nacional.

É digno de nota que, principalmente a partir de 1995, foi adotada uma política econômica ortodoxa/restritiva (superávit primário, altas taxas de juros e metas de inflação – essa última após 1999) em vigor, em todo o período posterior, sacrificando os gastos sociais, especialmente os destinados à saúde universal, sem diminuir o ônus financeiro da dívida[10]. Na maior parte das vezes, as medidas aplicadas direcionaram-se para a intrínseca relação que a lógica financeira passa a ter dentro do próprio aparelho do Estado. Mendes (2012) argumenta que a "financeirização" torna-se parte ou determina a ação do Estado e este um instrumento para sua difusão e valorização do capital portador de juros, constrangendo os gastos na área da saúde[11].

O cenário de incertezas e indefinições quanto aos recursos financeiros para a saúde pública brasileira levou à busca de solução definitiva,

[10] O reduzido esforço do gasto em "ações e serviços de saúde" na proporção do PIB, realizado pelo Ministério da Saúde, sendo 1,7% (entre 1995 a 2014), pode ser verificado também pelo comprometimento relevante do governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida também na proporção do PIB. Observa-se que, em 1995, foram gastos em torno de 7,5% do PIB com juros da dívida, e 8,5%, em 2002 (período dos governos FHC); declinando de 9,3%, em 2003, para 5,2%, em 2010 (período dos governos Lula) e, em cerca de uma média de 5,4%, entre 2011 a 2014 (governo Dilma). Todos dados extraídos do SIAFI.

[11] Para a discussão da dominância financeira, em especial do capital portador de juros, no capitalismo contemporâneo, prejudicando a saúde pública brasileira, ver capítulo 1 de Mendes (2012).

qual seja: a vinculação dos recursos de orçamento das três esferas de poder, por meio da aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC/29), em agosto de 2000. Essa Emenda estabeleceu que estados e municípios deveriam alocar, no primeiro ano, pelo menos, 7% das receitas de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, e que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004 e, para os municípios, 15% no mínimo. No tocante à União, a EC/29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Como já comentado, a EC/29 para a União, não esclarece a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos.

As disputas por recursos estiveram presentes antes e depois do estabelecimento da EC/29, isto é, no seu período de regulamentação. No entanto, o importante é assinalar, de forma geral, aquelas situações em que os constrangimentos econômicos, especialmente os derivados do esforço da lógica da política econômica ortodoxa/restritiva dos governos após o Plano Real, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para a saúde pública.

Cumpre lembrar que a aprovação da EC/29, manteve indefinições sobre quais despesas deveriam ser consideradas como ações e serviços de saúde e o que não poderia ser enquadrado nesse âmbito, além de dispor de método conflitante de cálculo para aplicação dos recursos da União, isto é, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), e, ainda, de não esclarecer a origem dos recursos no tocante à seguridade social, ignorando o intenso embate por seus recursos.

Nesse quadro, é importante frisar as permanentes investidas da equipe econômica do governo federal contra a vinculação de recursos para a saúde, ao procurar introduzir itens de despesa não considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde, como o pagamento de juros e da aposentadoria de ex-funcionários desse ministério, além de outros.

A mesma situação foi verificada em alguns estados. Para cumprirem o disposto na EC/29, incluíram indevidamente como despesas em ações e serviços de saúde os gastos com: inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e hospitais de "clientela fechada" (como hospitais de servidores estaduais). Esses registros indevidos existiam apesar de anteriormente terem sido estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde parâmetros que definiam quais ações e serviços poderiam ser considerados como gastos SUS (MENDES, 2005).

Em alguns municípios isto também ocorreu, pois o percentual mínimo de aplicação de 15%, da receita de impostos, estabelecido na EC/29, acabou sendo o percentual utilizado, mesmo que as necessidades exigissem aplicações maiores (MENDES, 2012).

Ainda, cabe comentar a pouca disposição do Governo Federal em garantir a regulamentação da EC/29, por meio da desconsideração e não aprovação do projeto original, que tinha o compromisso de inserir mais recursos, com base na aplicação da União de 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta (RCB) – Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 01/2003 –, intensamente defendido pelas entidades vinculadas à saúde universal (MENDES, 2012). Por último, cabe mencionar os problemas que se apresentaram na proposta de reforma tributária do Governo Lula, ao tentar romper com as fontes exclusivas do financiamento da Seguridade Social[12].

[12] Para o conhecimento da proposta de reforma tributária de 2008 do Governo Lula, ver Mendes (2012).

Mesmo com essa visão oficial contrária à EC/29, a avaliação é que a sua aprovação permitiu que o gasto SUS aumentasse de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,84% do PIB, em 2011, mas ainda insuficiente para ser universal e para garantir o atendimento integral (BRASIL, 2013). No entanto, como já mencionado na introdução desse capítulo, o gasto público brasileiro é baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal (8,0%), mantendo em 2014, ainda, 3,9% do PIB.

A regulamentação da EC/29 ficou pendente por quase 8 anos no Congresso, entre 2003 e 2011, causando perda de recursos para o SUS e enfraquecimento do consenso obtido, quando de sua aprovação. Tal regulamentação não foi uma prioridade nos governos Lula. Pode-se dizer que esses governos não buscaram elevar a saúde pública à condição de política prioritária, postergando qualquer decisão mais enfática sobre o desempenho do governo federal na aplicação de recursos em ações e serviços de saúde.

Na prática, essa regulamentação não significou aumento de recurso destinado para garantir a universalidade da saúde. Por melhores que tenham sido as intenções de seus proponentes originais, apenas sancionou o comprometimento atual dos Estados e dos Municípios. Com a manutenção da base de cálculo anterior com relação à União, isto é, o valor apurado no ano anterior e corrigido pela variação do PIB nominal, abriu-se mão da assegurar maior responsabilidade dessa esfera na sustentação do SUS[13]. Enquanto isso, apenas restou exigir

[13] Em 2013, o movimento *Saúde+10*, formado pelos Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), várias entidades da sociedade civil e diversos movimentos sociais e populares, apresentou o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) nº 321/2013 que reunia mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em prol da alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento do SUS. Este projeto não foi aprovado pelo Congresso Nacional, mas o ideário desse projeto renasceu na PEC nº 01/2015, que será comentado posteriormente.

que a Lei nº 141/2012 colocasse um fim à acirrada luta para que os recursos aplicados pelos governos federal, estadual e municipal fossem realmente dirigidos às ações e serviços de saúde, procurando diminuir os conflitos mencionados. Isso porque, a partir da lei ficaram definidas, de uma vez por todas, quais as despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e as que não se enquadram nesse conceito (artigos 2º a 4º).

2 O Financiamento do SUS, suas fontes e usos

A análise das *fontes de financiamento do Ministério da Saúde* permite verificar que a maior parte dos recursos é proveniente de Contribuições Sociais, passando de 66,2% do total das fontes, em 1996, para 89,8%, em 2015, sendo o maior índice em 2013 (94,6%). Dessas contribuições, o destaque é para a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL). A essas contribuições foi agregada, entre 1997 a 2007, a CPMF, nos seus dez anos de existência. A Contribuição Empregado e Trabalhador para a Seguridade Social constituía importante fonte de financiamento em 1993, porém com a sua destinação exclusiva para a Previdência Social, como mencionado na parte 1 desse capítulo, obrigou o Ministério da Saúde a depender mais fortemente da Cofins e da CSLL, como se percebe a partir de 1996, e a contrair empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (Tabela 1).

Nota-se que, em 1996, quando não havia ainda a CPMF, a fonte Cofins representava 42,2% dos recursos. No momento em que o Ministério da Saúde passou a contar com a CPMF, em 1997,

Tabela 1 - Distribuição percentual das fontes de financiamento do Ministério da Saúde, 1996 a 2015

Fontes	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recursos Ordinários	0,2	1,0	10,8	15,1	5,3	12,5	10,3	13,1	7,4	4,8	7,1	5,2	20,1	4,4	4,6	2,4	2,3	1,2	2,7	5,7
Operações de Crédito Interna e externa	0,9	0,6	1,1	1,5	2,7	2,2	1,9	1,1	0,7	0,7	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
Recursos Diretamente Arrecadados	2,5	2,4	2,6	3,5	3,3	5,1	2,7	2,3	2,2	2,4	3,1	3,7	4,0	3,9	4,4	4,0	3,9	0,3	0,2	0,1
Títulos do Tesouro Nacional	3,4	2,8	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribuições Sociais	66,2	72,8	71,8	61,5	80,9	74,9	81,4	82,5	88,3	91,3	88,8	87,1	71,8	90,8	86,0	90,1	92,1	94,6	91,4	89,8
Contrib. Social Lucro - PJ(CSLL)	20,7	19,3	8,0	13,2	12,6	7,0	22,5	27,4	32,3	39,7	40,3	38,7	34,7	49,4	37,6	37,8	37,3	32,5	33,2	37,3
Contrib. Financ.Segur. Social (COFINS)	42,2	25,6	25,9	26,3	37,1	38,5	18,6	21,1	25,2	19,2	13,5	15,4	34,9	37,1	45,8	52,0	54,8	61,4	58,2	46,6
Contrib. Prov. Mov. Fin. (CPMF)	0,0	27,9	37,0	22,0	31,2	28,2	38,4	32,5	29,4	29,3	32,4	30,8	1,0	1,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contrib. Plano Segur. Social Servidor	3,3	0,0	0,9	0,0	0,0	1,2	1,9	0,8	0,9	1,2	1,0	0,9	0,2	0,9	0,6	0,2	0,0	0,7	0,0	1,9
Contrib. Patronal Plano Segur. Social Servidor	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5	1,9	1,6	1,3	1,0	1,9	1,6	0,1	0,0	0,0	0,0	4,0
Contrib.Empr.e Trab. P/ Seg.Social	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Finsocial - Recup.Dep.Judiciais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Combate e Eradic.Pobreza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	2,4	0,0	0,9	0,3	0,0	3,1	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo Social de Emergência	17,9	19,6	13,3	14,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Demais Fontes	8,9	0,8	0,2	3,6	7,6	0,5	0,9	0,5	0,5	0,5	0,6	0,8	1,1	0,9	5,0	3,5	1,7	3,8	5,5	4,4
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fontes: SIAFI/SIDOR (Gasto Social Federal - Ipea: (1996 a 2007); SIGA BRASIL (2008) apud Servo et al. (2011) e (2009 a 2011) apud Brasil (2013); Adaptado de MS/SE/SPO, Relatório Quadrimestral Prestação de Contas 2012-2015.

verifica-se menor participação relativa da Cofins (25,6%) no total do financiamento e o mesmo aconteceu com a CSLL (de 20,7% para 19,3%, respectivamente). Desse modo, pode-se dizer que a aprovação da CPMF, em 1997, como fonte exclusiva para a saúde, não se caracterizou como acréscimo de recursos, à medida que ocorreu a retirada de parte das fontes Cofins e CSLL. Nos anos posteriores ao fim da CPMF, a partir de 2008, a Cofins e a CSLL voltam a recuperar a alta participação no financiamento: juntas, somaram índices entre 83,4% e 93,9% no período 2009 a 2015, os maiores da série histórica iniciada em 1996 (Tabela 1).

A análise da *participação das diferentes esferas de governo no gasto público* total permite constatar que o processo de descentralização do SUS e a aprovação da EC 29 provocaram impactos importantes nesse gasto. Observa-se, de forma significativa, a elevação da participação de estados e, principalmente, dos municípios no total do gasto público. Em 1980, o governo federal participava com 75% dos recursos públicos alocados em saúde. Em 1990, sua participação praticamente se mantinha, sendo 74,4% do total, os estados, 13,5%, e os municípios, 12,1%. Durante essa década, a participação da União foi decrescendo. Quando a EC-29 foi criada em 2000, a União respondia por 59,98% do total, os estados, 18,5%, e os municípios, 21,7%. A partir daí, a participação do governo federal foi decrescendo atingindo 43,2% em 2015. Nesse período, entre 2000 a 2015, destaca-se o crescimento significativo da participação dos estados, que passou de 18,5% para 25,9%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 30,9% (Tabela 2).

Tabela 2 - Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em saúde, 1980/1990/1995-2015, em percentagem (%) e como proporção do PIB

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total	% do PIB
1980	75,0	18,0	7,0	100,0	n.d.
1990	74,4	13,5	12,1	100,0	n.d.
1995	62,8	18,1	19,1	100,0	3,0
1996	58,4	21,3	20,3	100,0	2,7
1997	61,9	18,5	19,6	100,0	2,9
1998	58,4	21,3	20,3	100,0	2,9
1999	62,5	17,5	20,0	100,0	3,0
2000	59,8	18,5	21,7	100,0	2,9
2001	56,1	20,7	23,2	100,0	3,1
2002	52,8	21,5	25,7	100,0	3,2
2003	51,1	23,0	25,9	100,0	3,1
2004	50,2	24,6	25,2	100,0	3,4
2005	49,7	23,1	27,2	100,0	3,5
2006	48,5	23,5	28,0	100,0	3,6
2007	47,5	24,2	28,3	100,0	3,5
2008	44,7	25,7	29,6	100,0	3,6
2009	45,9	25,4	28,7	100,0	3,9
2010	44,7	26,7	28,6	100,0	3,7
2011	45,4	25,8	28,8	100,0	3,8
2012	45,5	25,2	29,3	100,0	3,9
2014	42,7	26,6	30,7	100,0	3,9
2015	43,2	25,9	30,9	100,0	3,9

Fonte: Adaptado de Estimativas Ipea (1980 e 1990); SIOPS (1995 A 1999) apud Mendes (2005); SPO/MS - Esfera Federal - RIPSA e SIOPS - Esferas Estadual e Municipal (2000 a 2011) apud Servo et al. (2011); SIOPS (2009 a 2011) apud Brasil (2013). Dados 2012 (CARVALHO, 2013); dados 2014 (LEVI; MENDES, 2015); dados 2015 (LUIZ, 2016). Obs: n.d = não disponível.

O aumento da participação dos Estados e municípios no total dos recursos públicos significou uma elevação do gasto *per capita* das três esferas com o SUS, passando de R$ 378,27, em 2000, para R$ 717,70, em 2010 (valores de 2010, conforme IPCA médio anual)[14], indicando um incremento real de 89,7% no período. Em relação à proporção ao PIB, o gasto público com saúde passou

[14] Ver estimativas de Piola et al. (2012).

de 2,9%, em 2000, para 3,9%, em 2015 (Tabela 2). Por sua vez, o gasto líquido com ações e serviços de saúde, realizado apenas pelo Ministério da Saúde, como proporção PIB, no período entre 1995 e 2015, manteve-se praticamente constante (1,7%), indicando quase nenhum esforço do Ministério da Saúde.

No entanto, o volume de recursos poderia ter sido mais elevado se o governo federal e os Estados tivessem cumprido a EC/29 de maneira plena, sem utilizar de diferentes mecanismos que reduziram a alocação de recursos decorrente de interpretações no mínimo questionáveis sobre critérios estabelecidos pela Emenda. Diferentemente dos Municípios, cuja aplicação efetiva está muito acima do mínimo de 15% exigido (média nacional de 23% em 2015[15]), as esferas nacional e estadual de governo aplicaram muito próximo do parâmetro mínimo constitucional, o que parecia indicar que consideravam esse parâmetro não como um "piso", mas sim um "teto" de aplicação[16].

Quando se analisa a *execução do gasto do MS por subfunções de governo,* verifica-se que a Assistência Hospitalar e Ambulatorial - na qual está classificada a despesa com a Média e Alta Complexidade (MAC) - apresentou uma pequena queda na participação relativa do gasto, em termos aproximados, passou de 50,4% no período 2007-2010, para 48,6% no período 2011-2015. A maior parte desse valor, no entanto, correspondeu às transferências para Estados, DF e municípios, intituladas transferências "fundo a fundo" (Tabela 3).

[15] Dados extraídos do SIOPS.

[16] Para uma discussão das várias investidas do governo federal e dos governos estaduais contra o financiamento do SUS, ver Mendes (2012).

Tabela 3 - Execução do gasto do Ministério da Saúde: distribuição percentual do gasto total segundo as subfunções de governo, 2007-2015

SUBFUNÇÕES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Atenção Básica	17,1%	17,2%	16,1%	16,7%	18,1%	18,1%	18,2%
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	50,5%	50,8%	49,8%	50,5%	50,3%	49,2%	47,0%
Suporte Profilático e Terapêutico	9,4%	9,5%	10,4%	9,8%	9,7%	10,8%	11,6%
Vigilância Epidemiológica	4,5%	4,4%	5,8%	4,8%	4,7%	4,7%	5,1%
Vigilância Sanitária	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%
Outras Subfunções	17,9%	17,5%	17,3%	17,6%	16,8%	16,8%	17,7%
TOTAL - FUNÇÃO SAÚDE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/SE/SPO/Relatório Anual de Gestão (2011 e 2015).

Por outro lado, houve um pequeno aumento da participação das despesas com Atenção Básica, sendo que em termos aproximados, passou de 16,8% no período 2007-2010 para 18,7% no período 2011-2015. Na realidade, esse crescimento na alocação de recursos para a Atenção Básica foi decorrente da política prioritária do MS de fortalecimento das ações ou programas como os incentivos para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Esse mesmo comportamento do aumento da Atenção Básica pode ser observado na subfunção Suporte Profilático e Terapêutico – medicamentos -, que passou de 9,8% para 11%, nos períodos considerados anteriormente (Tabela 3). Quanto ao crescimento das despesas na subfunção Suporte Profilático e Terapêutico, um dos motivos está relacionado aos gastos referentes ao processo de judicialização da saúde que vem aumentando de forma significativa no interior do sistema e constituindo-se preocupação dos gestores do SUS para assegurar a universalidade da saúde.

2 O subfinanciamento do SUS e os constrangimentos da seguridade social no contexto recente do capitalismo contemporâneo e sua crise

No contexto da crise do capitalismo contemporâneo, o Estado vem adotando políticas austeras, com redução dos direitos sociais presentes no contexto dos países capitalistas centrais e no Brasil, mais recentemente no início do segundo governo Dilma, na área da seguridade social (previdência, saúde e assistência social), intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior. Constatam-se vários aspectos que vêm enfraquecendo o financiamento da seguridade social, em geral, e da saúde, em particular. Destacamos as medidas mais recentes adotadas: a permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde por meio da aprovação da Lei nº 13.097/2015, somando situações que enfraquecem o SUS; a aprovação da EC nº 86/2015 que consolida o subfinanciamento histórico do SUS; a manutenção da DRU por 22 anos; e, ainda, a adoção de um ajuste fiscal para 2015 por parte do governo federal com contingenciamentos de recursos significativos para as áreas da seguridade social.

Parte-se do pressuposto que o fundamento da crise do capitalismo reside num contexto mais amplo de existência de duas principais tendências, articuladas entre si, especialmente a partir do final dos anos 1960. São elas: a tendência de queda da taxa de lucro nas economias capitalistas, com destaque para a norte-americana, em todo pós-guerra[17]; e, como resposta a essa tendência, o sistema capitalista entra no caminho da valorização financeira, em que o capital portador de juros, especialmente a sua forma mais perversa o capital fictício, passa

[17] Para o detalhamento dessa discussão, ver Mendes (2015).

a ocupar a liderança na dinâmica do capitalismo nesse período, principalmente depois de 1980 (CALLINICOS, 2010).

Nesse quadro, os impactos da crise contemporânea do capitalismo na seguridade social e no SUS ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização. A rigor, para enfrentar o subfinanciamento estrutural do SUS é necessário defender a rejeição da política econômica conhecida como o famoso tripé macroeconômico – juros altos/metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, que restringe a possibilidade de gastos públicos, mesmo os sociais, incluindo a saúde. Essa política vem sendo adotada pelo governo federal desde 1995, em consonância com as prioridades dos arautos do capital financeiro, a fim de garantir a valorização de seu capital frente à crise. A rigor, não há diferença da lógica dessa política econômica no decorrer dos diversos governos posteriores. Para enfrentar a fragilidade do financiamento do SUS nesse contexto da fase de acumulação financeira do capitalismo e sua crise deve-se defender a mudança dessa política econômica que prioriza o pagamento de juros da dívida. Para se ter uma ideia, em 2015, o pagamento para juros da dívida correspondeu a 8,0% do PIB, enquanto para a saúde (MS) foi alocado apenas 1,7%.

É nesse cenário do capitalismo contemporâneo em crise que, em 2015, duas medidas tiveram o apoio do governo federal e acabaram por agravar ainda mais o subfinanciamento do SUS. A primeira refere-se à nova Lei nº 13.097/2015, aprovada em janeiro desse ano, que permite a exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, inclusive os hospitais filantrópicos, também por meio da permissão de aquisição das Santas Casas – instituição que basicamente é financiada pelo Estado brasileiro. Atualmente, a presença do capital externo já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde, e de farmácias. Essa nova Lei altera a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), que originalmente proíbe os investimentos estrangeiros no setor, e fere também a Constituição Federal de 1988, em seu artigo nº 199. Para se ter uma ideia dos reflexos dessa exploração, em novembro de 2015, a empresa United Health adquiriu o Hospital filantrópico Samaritano, que mesmo assim continuou a participar do Programa de Apoio de Desenvolvimento Institucional (PROADI) do MS, desenvolvendo pesquisas e/ou cursos para o SUS. Trata-se, então, de renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos[18]. Desse modo, o SUS, com seu insuficiente financiamento contribui indiretamente com recursos para um hospital filantrópico estrangeiro. Sem dúvida, essa Lei veio para dificultar ainda mais a possibilidade de ampliarmos a conquista do direito à saúde pela sociedade brasileira e assegurar a insaciabilidade do capital portador de juros na forma de apropriação do fundo público.

No tocante à segunda medida que intensifica o subfinanciamento do SUS, destaca-se a Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015. Nessa EC, que institui o «Orçamento Impositivo » (obrigatoriedade de execução total das emendas parlamentares no orçamento) foi incluída uma nova regra para a aplicação do governo federal na saúde (arts. 2º e 3º), alterando a base de cálculo do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB para Receita Corrente Líquida (RCL), inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,2% dessa RCL, para o primeiro exercício financeiro

[18] Para a discussão sobre renúncia fiscal em saúde e sua repercussão sobre o financiamento do SUS, ver Mendes e Weiller (2015).

subsequente ao da promulgação dessa EC (2016), até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, respectivamente. Já há vários cálculos realizados que indicam uma redução dos recursos do SUS. Há quem aponte uma perda de cerca de R$ 9,2 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde já no primeiro ano de implantação da EC, em 2016 (FUNCIA, 2015a).

Ademais, a EC 86/2015 introduz dois graves problemas. De um lado, o recurso referente ao Pré-Sal deixará de ser um excedente para a saúde, como estava previsto na Lei nº 12.858/2013, passando a incorporar a nova base de cálculo determinada pela PEC e, consequentemente com perdas de alguns bilhões de reais. Por outro lado, essa PEC define um aumento das emendas parlamentares para um teto de 1,2% da Receita Corrente Líquida, sendo que 0,6%, no mínimo, seriam para despesas com ações e serviços públicos de saúde, o que representa cerca de quatro vezes mais do que a média de gasto do Ministério da Saúde com Emendas Parlamentares entre 2010-2013, portanto, retirando recursos que já vinham sendo alocados para a programação de despesas nos termos do Plano Nacional de Saúde aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, a EC/86 indica que o cenário futuro para o financiamento do SUS ficará bem distante da necessidade para assegurar um sistema universal de saúde, indicando que o subfinanciamento histórico deverá permanecer.

Por fim, não se pode deixar de comentar o Ajuste Fiscal anunciado pelo governo Dilma, ao final de maio de 2015, que constituiu mais um ataque aos direitos sociais da população brasileira em geral e à saúde pública, em particular. Esse Ajuste, ao invés de promover uma diminuição no pagamento dos juros da dívida, resultou em um corte de recursos de R$ 69,9 bilhões em todo o orçamento de 2015, sendo para ações e

serviços públicos de saúde R$ 10,0 bilhões a menos, isto é, diminuindo o orçamento atualizado de 2015, de R$ 110,5 bilhões, para o empenhado de R$ 100,5 bilhões, o que corresponde a uma redução de 9,0%[19].

A situação de execução orçamentária para 2015 foi ainda pior que o fraco e penoso orçamento executado em 2014, que acabou por atrasar as transferências federais de dezembro a municípios – aproximadamente R$ 3,8 bilhões -, principalmente para Média e Alta complexidade (hospitais, etc.), repassando-as apenas no final de janeiro deste ano. Segundo cálculos de Funcia (2015b), a insuficiência para 2015 foi de cerca de R$ 5,8 bilhões, sendo o orçamento previsto de R$ 100,8 bilhões. Essa situação também acarretou atrasos nas transferências do governo federal para Estados e Municípios, principalmente para Média e Alta Complexidade.

De acordo com Funcia (2015b), a insuficiência orçamentária para 2016, seguindo a nova base de cálculo definida pela EC/86 para a proposta orçamentária, com base nos 13,2% da Receita Corrente Líquida, está estimada em R$ 16,6 bilhões. Além das dificuldades orçamentárias de 2015, essa insuficiência de 2016 agravará os problemas, levando a dificuldades do programa "Farmácia Popular" (modalidade co-pagamento) e à uma estagnação dos recursos para a Atenção Básica, após um período de crescimento bastante moderado verificado nos últimos anos.

Cabe comentar também que, ao final de 2015, o quadro de subfinanciamento do SUS foi agravado. Isso porque, a presidente Dilma sancionou com vetos a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2016 (Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015) que estabelecia que durante o ano de 2016, o montante a ser aplicado em saúde não poderia

[19] Dados adaptados de Brasil (2016, p. 8).

ser inferior ao valor resultante da aplicação da regra antiga da Lei nº 141/2012, isto é, a União deveria aplicar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal. Esse dispositivo buscava garantir minimamente a preservação dos recursos ao SUS em 2016, à medida que o primeiro ano de vigência da nova regra da EC 86/2015 já indicava perdas, como mencionado anteriormente (FUNCIA, 2016a).

Se for adotada a receita corrente líquida estabelecida na Lei Orçamentária de 2016, isto é, de R$ 759,45 bilhões, o valor da aplicação mínima em 2016 pela regra da EC 86/2015 (13,2% da Receita Corrente Líquida) seria de R$ 100,3 bilhões, isto é, R$ 4,0 bilhões inferior ao apurado pela regra antiga (Lei nº 141/2012) de R$ 104,3 bilhões (resultado do valor empenhado de R$ 100,46 bilhões em 2015 acrescido da variação nominal do PIB de 3,82%) Outra referência importante para avaliação das perdas decorrentes do início da vigência da EC-86 em 2016: se fosse mantido a aplicação efetiva em 2015 em termos de Receita Corrente Líquida (14,8%), o valor a ser empenhado em 2016 deveria ser R$ 112,4 bilhões, ou seja, R$ 12,1 bilhões acima do novo mínimo constitucional (FUNCIA, 2016a).

Em síntese, ao se adotar como referências estes valores estimados, o parâmetro da aplicação mínima em 2016 pela nova regra vigente será diminuído entre R$ 4,0 bilhões e R$ 12,1 bilhões. Nesse quadro, não resta dúvida, que o corte de recursos para a saúde pública prejudicará a população brasileira que já sofre com o conhecido histórico subfinanciamento do SUS.

Nesse contexto, se PEC nº 01/2015, já aprovada em 1º Turno na Câmara dos Deputados, também for ali aprovada em 2º Turno, bem como nos dois turnos do Senado Federal, poderá ser reduzido o subfinanciamento do SUS, principalmente porque:

a) Aumenta os percentuais da Receita Corrente Líquida (RCL) para o cálculo da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no período 2017-2023, conforme a Tabela 4 ; e

b) As despesas com emendas parlamentares não serão mais computadas no cálculo dessa aplicação mínima em ASPS.

Tabela 4 - Percentuais da Receita Corrente Líquida da União referente à Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde: empenhado em 2015, Mínimos pela EC 86/2015 e Mínimos pela PEC 01/2015

CRITÉRIOS DE COMPARAÇÃO	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
PEC 01/2015 APROVADA 1º TURNO	n.d	n.d.	14,80%	15,50%	16,20%	16,90%	17,60%	18,30%
EMPENHADO 2015 E EC 86/2015 A PARTIR DE 2016	14,80%	13,20%	13,70%	14,10%	14,50%	15,00%	15,00%	15,00%

Fonte: Funcia (2016b). Obs: n.d. refere-se a não disponível, a medida que a PEC nº 01/2015 estabelece % somente a partir de 2017.

É oportuno ressaltar que a PEC nº 01/2015 resgatou o objetivo do Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321/2013, conhecido como "Saúde +10", que não foi aprovado anteriormente pelo Congresso Nacional, apesar das 2,2 milhões de assinaturas recebidas: o índice de 19,4% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2023 é semelhante aos 10% das Receitas Correntes Brutas daquele projeto original. A guisa de ilustração da magnitude da redução do financiamento do SUS, para que o Ministério da Saúde pudesse empenhar em 2016 o mesmo percentual da receita corrente líquida verificado em 2015 (14,8%), a disponibilidade orçamentária deveria ser de R$ 112,4 bilhões (considerando a RCL de 759,4 bilhões estimada na LOA 2016), ou seja, R$ 12,1 bilhões acima do mínimo de 13,2% que está sendo considerado pela área econômica

No tenso ambiente do Ajuste Fiscal assiste-se a mais um episódio da política austera estabelecida pelo governo Dilma em relação ao financiamento da seguridade social. Trata-se da renovação e a

potencialização da DRU. Tal mecanismo criado desde 1994, renovado a cada quatro anos e, ainda, em pleno funcionamento, conforme descrito na parte 1 deste capítulo, é bastante conhecido por muitos, em que 20% das receitas do Orçamento da Seguridade Social (OSS), formado pela saúde, previdência e assistência social, são retiradas e destinadas ao pagamento de juros da dívida, em respeito à já histórica política do governo federal de manutenção do superávit primário, sob as exigências do capital portador de juros dominante na fase contemporânea do capitalismo.

Tramita, no Senado Federal, para votação em 2º turno, a Proposta de Emenda à Constituição nº 143/2015. Tal PEC pretende reinstituir, por mais 4 anos, a DRU. Sua validade havia terminado em 31 de dezembro de 2015. Contudo, o conteúdo dessa PEC não se esgota nisso. Nesse momento, adota-se uma alíquota maior (25%), isto é, 1/4 para a DRU e, ainda, pretende atingir também as receitas, ou seja, os deveres de gasto mínimo dos Estados e Municípios em saúde, criando a Desvinculação da Receita dos Estados (DRE) e a Desvinculação da Receita dos Municípios (DRM), ambos, também, com alíquota de 25%, reduzindo-se assim para 3/4 a receita base de cálculo para apuração da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios.

O resultado negativo dessa PEC nº 143/2015, aliada à perda da EC nº 86/2015, representará uma diminuição entre R$ 44 bilhões a R$ 60 bilhões, somados os recursos das três esferas de governo, a depender das premissas de cálculos dos cenários já trabalhados por especialistas, para realização de despesas, no contexto da já fraca disponibilidade orçamentária e financeira para a saúde em todas elas (FUNCIA, 2016b).

Para se ter uma ideia de alguns números, a apropriação do fundo público (OSS) por esse capital, por meio da DRU, vem sendo materializada com a retirada dos seguintes montantes: em 2010, R$ 45,9 bilhões; em 2011, R$ 52,4 bilhões; em 2012, R$ 58,1 bilhões; em 2013, R$ 63,4 e, em 2014, R$ 63,1 (ANFIP, 2015). Isso significou uma extração, em média, de cerca de 77% do saldo superavitário do OSS, entre 2010 a 2013, sendo que, em 2014, a retirada foi superior a esse saldo, correspondendo a 117,1%, em virtude da queda da arrecadação das receitas no cenário da crise econômica. O quadro da perda de recursos para a Seguridade Social com a DRU fica mais desolador quando se analisa o período entre 1995 a 2014, correspondendo a cerca de R$ 704,2 bilhões.

Parece que o governo federal vem funcionando bastante sintonizado à lógica da dinâmica do capitalismo contemporâneo e sua crise, em que a prioridade do gasto público vincula-se muito mais aos interesses de apropriação do capital financeiro no orçamento público, do que à alocação de recursos para a seguridade social, em geral e, para a política de saúde universal, em particular. Essa ideia é sustentada pelos argumentos do governo federal quando questionado sobre o porquê de não investir maior magnitude de recursos na política de saúde. Sua contestação sempre se refere à insuficiência de fonte específica para tanto. Ora, é conhecido de todos que o Orçamento da Seguridade Social (OSS) vem demonstrando superávits há vários anos, indicando que recursos existem. Mais recentemente, registre-se: em 2010, R$ 53,8 bilhões; em 2011, R$ 75,8 bilhões ; em 2012, R$ 82,7 bilhões, em 2013, R$ 76,2 bilhões e, em 2014, R$ 53,9 bilhões (ANFIP, 2015). A diminuição do resultado nesse último ano deve-se à queda da arrecadação em plena crise econômica. Se não existisse

a DRU, recursos para as áreas que integram a seguridade social não faltariam. Como forma de seguir a lógica de apropriação do capital financeiro sobre o fundo público nessa fase contemporânea do capitalismo, grande parte desse superávit vem sendo transferido para o pagamento de juros da dívida, em respeito, como dissemos, à política de manutenção do superávit primário e corte dos gastos das políticas de direitos sociais, como a saúde.

Referências

ANFIP. **Análise da Seguridade Social 2014.** Brasília (DF), 2015.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**: eixo 1. Brasília (DF), 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS, v.1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento _publico_saude_eixo_1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2015**. Brasília (DF), mar. 2016.

CALLINICOS, Alex. **Bonfire of Illusions**. New York: John Wiley, 2010.

FUNCIA, Francisco. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 4, 12 abr. 2015a. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20004%202015%20-%2012%2004%202015.pdf>. Acesso em: maio 2015.

FUNCIA, Francisco. Quanto o ministério da saúde precisará ter no orçamento de 2016 para manter o padrão de gastos de 2014 em ações e serviços públicos de saúde (asps)?. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 21, 4 out. 2015b. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20021%202015%20-%2004%2010%202015.pdf>. Acesso em: out. 2015.

FUNCIA, Francisco. LDO 2016: o veto que agrava o subfinanciamento do SUS. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 1, 10 jan. 2016a. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_13205_0__2016---domingueira-da-saude-001-2016.html>. Acesso em: jan. 2016.

FUNCIA, Francisco. Agora, é hora de lutar pela aprovação da PEC 01/2015 no 2º turno de votação da câmara dos deputados. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 8, 3 abr. 2016b. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20008%202016%20-%2003%2004%202016.pdf>. Acesso em: abr. 2016.

IPEA. **Boletim Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília (DF), n. 21, 20 set. 2013.

LEVI, M. L.; MENDES, Áquilas. Gasto Total com Saúde no Brasil: a importância e o esforço de medi-lo. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 8, p. 1 - 5, 24 maio 2015. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20008%202015%20-%2024%2005%202015.pdf>. Acesso em: dez. 2015.

LUIZ, Viviane Rocha de. **Uma agenda de eficiência para o SUS**: financiamento do SUS. Conass Debate, Brasília (DF), 26 abr. 2016. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/CONASS/conass-debate-painel-financiamento-uma-proposta-de-reviso-da-forma-de-transferncia-dos-recursos-federais-fundo-a-fundo-no-sus-portaria-2042007>. Acesso em: maio 2016.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 345-362, ago. 2012.

MENDES, Áquilas. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001). 2005. 422f. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) -Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376445&opt=1>.

MENDES, Áquilas. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, Áquilas. A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 66-81, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00066.pdf>.

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

PIOLA, Sergio et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012.

SERVO, Luciana 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.

THE WORLD BANK. **Health expenditure**, public (% of GDP). ©2016. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>.

6
Transferências federais no financiamento da descentralização

René José Moreira dos SANTOS[1]
Viviane Rocha de LUIZ[2]

1 Introdução

A Constituição de 1988 prevê em seu artigo 1º que a República Federativa do Brasil é formada pela união indissolúvel dos estados, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 1988). Ou seja, o Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios –, todos considerados como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica.

O modelo institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído para ser operado de forma tripartite e o sucesso dos programas desenvolvidos nos últimos anos deve-se, em boa parte, à contribuição parceira dos governos dos três entes federativos (CONASS, 2006).

Como reconhece o próprio Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, o sistema federativo seria adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, no entanto esse tipo de sistema torna mais complexa a implantação de políticas sociais de abrangência nacional, principalmente em uma situação de diversidade e desigualdades como as existentes no Brasil (CONASS, 2003). O desenvolvimento de políticas sociais em um sistema fe-

[1] Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).
[2] Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

derativo requer a explicitação das funções das diferentes esferas de governo, bem como a pactuação das respectivas responsabilidades (CONASS, 2003).

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades, entre elas o grande peso dos municípios, que são entes federativos com muitas responsabilidades na implantação de políticas públicas. O Brasil tem atualmente 5.570 municípios, com grande diversidade – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária. Isso implica, por sua vez, em diferentes possibilidades de desenvolvimento de políticas públicas de saúde (CONASS, 2003).

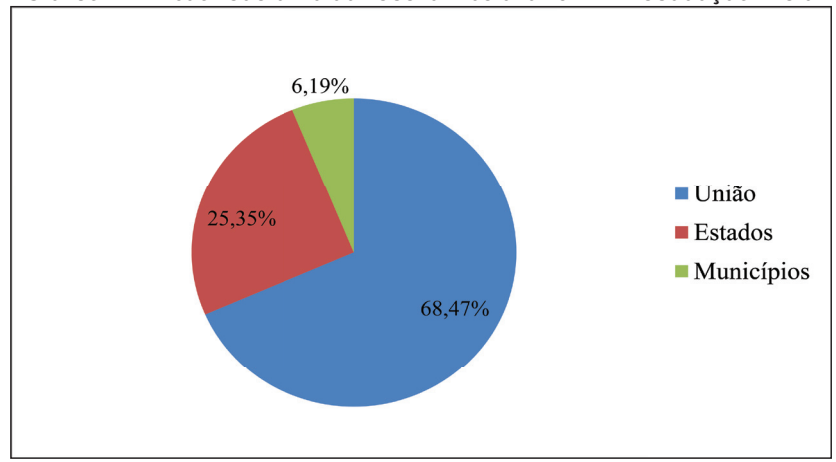
A Constituição de 1988 promoveu uma redistribuição dos recursos tributários para os entes subnacionais, além de possibilitar que os estados e municípios gerem receitas próprias pela via da tributação direta. No entanto, cabe destacar que o aumento das responsabilidades transferidas a estados e municípios não se deu na proporcionalidade do aporte de receitas, ocasionando um desequilíbrio no pacto federativo (CONASS, 2006).

A União é ainda a maior arrecadadora de impostos e contribuições (68,47% em 2014), ficando com a maior parte da receita do país, e também é responsável pela formulação e pela execução da política econômica. Portanto, apesar da autonomia constitucional ainda está presente na relação entre os entes federados uma forte dependência da União (Gráfico1). De certa forma, isso explica a importância do papel das transferências federais no processo de descentralização do SUS, e como essa situação provoca a partir daí, influência direta na indução de políticas e programas nos estados e municípios.

Este capítulo pretende descrever em detalhe como ocorre a alocação de recursos no SUS, mostrando os elementos legais e dados sobre as

transferências federais para o setor saúde. Desta forma, o presente capítulo está composto por nove seções além desta introdução. A segunda seção aborda, de modo geral, as transferências de recursos na federação brasileira. Na terceira seção são descritos os dispositivos legais relacionados com o financiamento do SUS. Em seguida, explica-se qual é a participação da União no financiamento do SUS, mostrando o corpo legislativo e normativo que estabelece os mecanismos e condições para transferências federais para os estados e os municípios. A quinta seção discorre brevemente sobre a descentralização dos recursos federais e suas tendências nos últimos dezoito anos. As três seções seguintes completam as explicações sobre as transferências federais e sobre a Portaria nº 204/2007, apresentando os blocos de financiamento, seus componentes, volume de recursos transferidos por blocos e as possibilidades de remanejamento entre estes. A nona seção aborda os problemas da descentralização dos recursos financeiros e possíveis alternativas de solução. Na décima e última seção, são apresentadas as considerações finais.

Gráfico 1 - Divisão Federativa da Receita Tributária 2014 - Arrecadação Direta



Fonte: Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros - CETAD/RF/MF.

2 Transferências de recursos na federação brasileira

As transferências intergovernamentais constituem um elemento central no sistema de relações federativas no Brasil e um item fundamental de receita para a grande maioria dos governos subnacionais (estados e municípios) (MENDES; MIRANDA; COSSIO, 2008). A Constituição prevê a partilha de determinados tributos arrecadados pela União com os estados, o Distrito Federal e os municípios. As principais transferências constitucionais nessa categoria são os denominados: Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e Fundo de Participação dos Estados (FPE) (BRASIL, [2016]).

O FPM é uma transferência redistributiva, paga pela União a todos os municípios do país. Ela é de uso incondicional, obrigatória e sem contrapartida. O FPM está previsto no art. 159 da Constituição Federal. Esses dispositivos determinam que 23,5% da arrecadação, pela União, dos impostos de renda (IR) e sobre produtos industrializados (IPI) sejam destinados ao FPM (MENDES; MIRANDA; COSSIO, 2008). A Emenda Constitucional 84/2014 determinou um incremento do FPM de 23,5% para 24,5%, escalonado em dois anos, sendo 0,5% em 2015 e 0,5% em 2016 (BRASIL, 2014a).

O FPE é uma transferência feita da União para todos os estados do país, de caráter obrigatório, incondicional, sem contrapartida e redistributiva. O FPE está previsto no art. 159 da Constituição Federal. Esse artigo determina que 21,5% da arrecadação, pela União, do IR e do IPI sejam destinados ao FPE (MENDES; MIRANDA; COSSIO, 2008).

Outros tributos arrecadados pela União e partilhados entre os entes federados são o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), o Imposto sobre a Produção Industrial Proporcional às Exportações (IPI-Exportação) e a Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico sobre Combustíveis (CIDE-Combustíveis). Destacam-se ainda como transferências constitucionais a Lei Complementar nº 87, de 1996, também chamada de Lei Kandir, que tratou do repasse de recursos por conta da desoneração do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) incidente nas exportações, e as retenções e transferências para o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), que centraliza parcela de tributos (20%) arrecadados por todas as esferas de governo para aplicação naquele setor de acordo com regras preestabelecidas. O FUNDEB ainda recebe os recursos da chamada Complementação da União, por intermédio do orçamento do Ministério da Educação (BRASIL, [2016], não paginado).

3 Dispositivos legais do financiamento do SUS

A Constituição Federal remeteu a regulamentação do SUS à aprovação de leis complementares e ordinárias e, desde então, foram aprovadas pelo Congresso Nacional as seguintes leis sobre o tema:

1) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990a);

2) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b); e

3) Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, por estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços

públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012a).

O SUS é financiado por meio do Orçamento da Seguridade Social, que engloba a saúde, a previdência e a assistência social e, no caso da saúde, as principais fontes de recursos são a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), pagas pelas empresas à União. Após a aprovação da Emenda Constitucional n° 29, em 2000, e a sua regulamentação em 2012, por meio da LC n° 141/2012 e do Decreto n° 7.827/2012, foram definidos os percentuais de aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo no SUS e, também, o que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde para efeito de apuração desses recursos mínimos (BRASIL, 2000, 2012a, 2012b).

Quanto da aprovação da EC n° 29/2000, ficou estipulado que a União deveria aplicar anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual.

Os estados e o Distrito Federal aplicariam no mínimo 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Os municípios e o Distrito Federal aplicarão no mínimo, 15% (quinze por cento) da

arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal. O Distrito Federal aplicará, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal (CONASS, 2015).

Para viabilizar a operacionalização do SUS e regulamentar os repasses federais fundo a fundo foi editado o Decreto n°1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal (CONASS, 2015).

As regras de vinculação de recursos públicos para o financiamento do SUS, definidas pela EC n° 29/2000, foram mantidas até 2015. Nesse ano, a Emenda Constitucional n° 86, de 17 de março de 2015 alterou o inciso I do §2º do art. 198 da Constituição Federal referente ao valor mínimo e as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde. Pela EC n° 86/2015 a aplicação será equivalente a 15% da receita corrente líquida, sendo que o percentual será aplicado de modo gradual a partir de 2016, evoluindo em cinco anos de, no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5%, 15%. Incluindo para o computo do montante mínimo 50% das emendas individuais de parlamentares e os recursos dos *royalties* do petróleo estabelecido na Lei n°12.858/2013 (BRASIL, 2013a, 2015a).

O embate para aumentar a participação da União no financiamento do SUS continua. Desta forma, em 22 de março de 2016, o Plenário da Câmara dos Deputados aprovou em primeiro

turno a Proposta de Emenda à Constituição n° 01/2015, que garante mais recursos da União para a saúde pública ao longo de sete anos até chegar a 19,4% da Receita Corrente Líquida (RCL). A matéria precisa ser aprovada ainda em segundo turno, por maioria qualificada, na Câmara dos Deputados antes de ser enviada ao Senado Federal. Com essa proposta, a partir do exercício financeiro seguinte à promulgação da emenda constitucional, os recursos federais destinados ao SUS serão correspondentes a 14,8% da RCL, a progressividade segue com 15,5% no segundo ano; 16,2% no terceiro ano; 16,9% no quarto ano; 17,9% no quinto ano; 18,3% no sexto ano; e 19,4% no sétimo ano (BRASIL, 2015b).

Se aprovada a PEC n° 01/2015, voltam ao texto constitucional itens que foram suprimidos pela EC n° 86/2015 como a proibição de aplicar em ações e serviços públicos de saúde montante inferior ao mínimo calculado para o exercício anterior e a previsão de que uma lei complementar deverá reavaliar os critérios e normas para apuração dos recursos mínimos definidos para o SUS, a cada cinco anos. Além disso, a proposta aprovada em primeiro turno na Câmara de Deputados proíbe que os 50% dos recursos de emendas parlamentares que devem ser destinados à saúde entrem no cálculo do piso de gastos da União, regra em vigor atualmente. Porém, os recursos vinculados ao setor oriundo dos royalties do petróleo que cabem à União permanecem no cálculo do piso. Dos recursos das emendas dos parlamentares direcionados à saúde, parte poderá ser usada, indistintamente, a ações e serviços públicos de saúde, a hospitais universitários públicos ou a unidades de saúde do sistema penitenciário (BRASIL, 2015b).

4 Participação da União no financiamento do SUS

O financiamento do SUS é compartilhado entre as três esferas de governo. Quando as responsabilidades da União para com a saúde estavam divididas entre o Ministério da Saúde (MS), que cuidava principalmente da saúde coletiva, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, que provia assistência médica aos segmentos populacionais incorporados ao mercado formal de trabalho urbano e, secundariamente, à população rural, não havia transferência de recursos, nos moldes atuais, para estados e municípios. Os repasses para estados e municípios, pouco frequentes, até a segunda metade da década de 1970, eram feitos mediante convênios ou por decorrência, ainda menos comum, da compra de serviços (CONASS, 2011).

O repasse de recursos federais para gestão das Secretarias Estaduais e Municipais, para que estas contratassem prestadores e pagassem por seus serviços, começou com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 (CONASS, 2011). No início da década de 1990, as ações de saúde então desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) foram unificadas; esse instituto foi incorporado pelo Ministério da Saúde em 1990 e formalmente extinto em 1993 pela Lei n° 8.689/1993 (CONASS, 2011).

A criação do SUS incluiu a descentralização como uma das diretrizes básicas do novo sistema. O financiamento do SUS foi incluído no Orçamento da Seguridade Social (OSS)[3]. Esse orçamento,

[3] Fazem parte da Seguridade Social as seguintes áreas: Previdência Social, Saúde, Assistência Social e Seguro-Desemprego.

criado para custear a seguridade social, tem suas receitas integralmente arrecadadas pela União, uma vez que as receitas dos Estados e Municípios destinadas à seguridade social constarão de seus respectivos orçamentos. Essa característica do SUS – gestão descentralizada para estados e municípios e com boa parte dos recursos que lhes são destinados sendo arrecadada pelo governo federal – fez com que a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos do governo federal para estados e municípios se tornasse relevante e motivo de preocupação dos gestores públicos do setor (CONASS, 2011).

A Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, apresentam diversos dispositivos dedicados a regulamentar a questão da transferência de recursos federais para gestão de estados e municípios e dos critérios de repartição entre as unidades federadas. A Lei n° 8.080/1990 já tratava, em dispositivo vetado pelo presidente da República quando de sua promulgação, do caráter regular e automático que deveriam ter as transferências intergovernamentais no âmbito do SUS, em substituição à prática de transferência mediante convênios. Também tratou dos critérios para definição dos montantes de recursos federais a serem repassados para estados e municípios no seu artigo 35 (BRASIL, 1990a).

A Lei n° 8.142, de dezembro de 1990 (art. 3º), reincorporou essa norma na legislação da saúde, tornando regulares e automáticas as transferências do governo federal, desde que os estados e os municípios atendam os requisitos previstos no artigo 4º da mesma lei, quais sejam: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários (CARVALHO; SANTOS, 2001).

Na ausência de regulamentação do Art. 35 da Lei n° 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), que trata especificamente dos critérios de repartição dos recursos federais para estados e municípios e da não operacionalização das regras transitórias previstas na Lei n° 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), a alocação de recursos federais passou a obedecer instrumentos de menor hierarquia legal, as chamadas normas operacionais, que foram sendo pactuadas pelas instâncias de gestão do SUS.

As Normas Operacionais Básicas NOB nº 01/1991 e nº 01/1992 não chegaram propriamente a tratar de mecanismos de transferência regular e automática de recursos. Por essas NOBs, as transferências, mesmo para órgãos públicos, passaram a ser feitas como ressarcimento pela prestação de serviços. Foi nessa época, contudo, que se estabeleceram os primeiros critérios de repartição como os tetos financeiros, por estado, para o pagamento de serviços hospitalares e tetos para os atendimentos ambulatoriais. Estes últimos calculados com base no número de habitantes multiplicado pelo valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que era um valor variável que seguia uma estratificação estabelecida para os estados (CONASS, 2007).

Foi o Decreto n° 1.232, de 30 de agosto de 1994 que estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. Repasses de fundo a fundo começaram a ser feitos para os estados e municípios habilitados na forma de gestão semiplena, conforme previsto na NOB n° 01/1993 (CARVALHO, 2002).

A NOB nº 01/1996 do SUS introduziu novas condições de gestão para estados e municípios: Gestão Plena da Atenção Básica

e Gestão Plena do Sistema de Saúde (CARVALHO, 2002). Essa NOB abriu a possibilidade de descentralização de recursos a outras áreas do Ministério da Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde e Assistência Farmacêutica), não ficando restrita, como ocorria anteriormente, aos recursos da assistência à saúde. Outras alterações importantes ocorreram no campo das transferências: a instituição do critério populacional para o financiamento da assistência básica – Piso da Assistência Básica, posteriormente transformado em Piso da Atenção Básica (PAB). O PAB foi introduzido nos primeiros meses de 1998. Outro critério de transferência iniciado pela NOB n° 01/1996 foi o incentivo com base na adesão a programas ou atividades consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. Os incentivos ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram criados com o objetivo de acelerar a implantação desses dois programas que deveriam contribuir para a mudança do modelo assistencial. Outra mudança que ocorreu, a partir de 1998, diz respeito aos critérios para alocação de recursos para o financiamento das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, especialmente em decorrência da criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) (CONASS, 2011).

As Normas Operacionais de Assistência a Saúde de 2001 e de 2002, além de mais restritas à assistência à saúde propriamente dita, estavam mais direcionadas a estabelecer uma nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso (CONASS, 2011). Em substituição às Normas Operacionais, o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006) abrangeu: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida definiu os principais compromissos dos gestores do SUS, em torno de prioridades que deveriam impactar sobre a situação de saúde da população brasileira: saúde do idoso, controle do câncer de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids, promoção da saúde, fortalecimento da rede básica, saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem.

O Pacto em Defesa do SUS tinha por objetivo reforçar o fortalecimento do SUS como política pública e a defesa de seus princípios constitucionais. O Pacto de Gestão estabeleceu diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

O Pacto de Gestão indicou os seguintes princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

– Responsabilidade das três esferas de gestão – União, estados e municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;

– Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;

– Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;

– O financiamento do custeio com recursos federais constituído, organizado e transferido em blocos de recursos[4];

[4] Atenção Básica; Média e Alta complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Investimentos.

– O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;

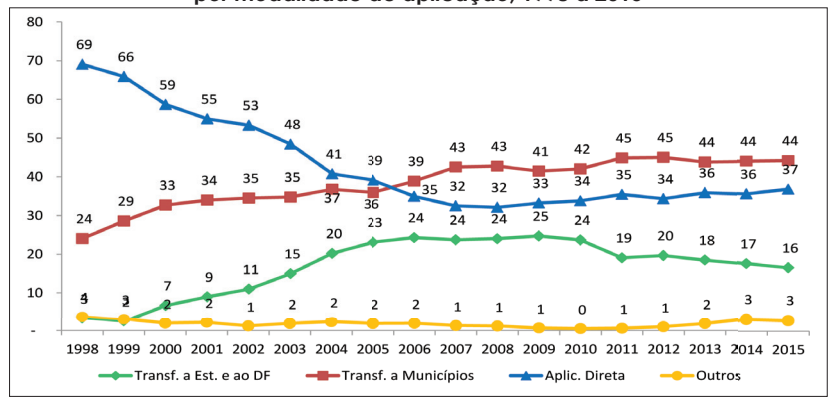
– As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os municípios, Distrito Federal e estados devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

A Portaria GM/MS nº 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento e de acordo com o disposto no art. 1º do Decreto nº 1.232/1994 (BRASIL, 1994, 2007).

5 A descentralização dos recursos federais

O SUS teve avanços significativos em relação à descentralização dos recursos do Ministério da Saúde para os outros entes da federação, desde o Decreto nº 1.232/1994, que dispôs sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal destinado às ações e serviços públicos de saúde. A intensidade da descentralização de recursos federais pode ser constatada quando avaliamos a distribuição percentual dos gastos federais (MS), por modalidade de transferência, no período de 1998 a 2015 (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos gastos federais (MS) por modalidade de aplicação, 1998 a 2015



Fonte: Câmara dos Deputados. Rel. Execução da Lei Orçamentária Anual (LOA). Elaboração CONASS.

Um processo acentuado de descentralização dos recursos do Ministério de Saúde para os estados, municípios e Distrito Federal ocorreu entre meados dos anos 1990 até 2007, quando as aplicações diretas do MS passaram de 69%, em 1998, para 32% do total de recursos em 2007. Nesse mesmo período, as transferências a estados e ao Distrito Federal apresentaram um importante incremento, elevando-se de 3% em 1998 para 24% em 2007. O mesmo ocorreu com os municípios que tiveram incrementada a sua participação no total das transferências do MS de 24% em 1998, para 43% em 2007.

Fica evidente também que a partir de 2007 há um aumento pequeno, mas constante nas aplicações diretas do MS. Um fator relevante para que esse movimento ocorra foram as aquisições centralizadas na esfera federal, entre as quais se destacam: a) inclusão de novos imunobiológicos no calendário de vacina do SUS; b) inserção de novos medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); c) aquisição centralizada de alguns medicamentos do componente especializado

da assistência farmacêutica anteriormente adquiridos pelas secretarias estaduais de saúde. Apesar desse movimento, em 2015, verifica-se que foram transferidos 16% para estados e Distrito Federal e 44% aos municípios, totalizando 60% dos gastos do MS.

6 Transferências de recursos pela Portaria GM/MS nº 204/2007 a criação dos Blocos de Financiamento

A transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, foi regulamentada pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007). Essa portaria, que faz parte do Pacto pela Saúde, procurou resolver, sem sucesso, como se verá mais adiante, os problemas da excessiva segmentação dos recursos repassados para as instâncias subnacionais pelo Ministério da Saúde.

Os recursos de que trata essa portaria são transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. A norma estabeleceu seis blocos de financiamento e esses são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados, que detalhamos a seguir:

1 - Bloco da Atenção Básica:

I - Componente Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo): refere-se a recurso *per capita* transferido mensalmente que financia ações de atenção básica à saúde;

II - Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável): esses recursos são transferidos mediante adesão e estão condicionados

à implantação de estratégias e programas prioritários ou condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, tais como: saúde da família, saúde bucal, agentes comunitários de saúde, núcleos de apoio à saúde da família, consultórios na rua, saúde da família fluviais e ribeirinhas, atenção domiciliar, programa saúde na escola (PSE), microscopistas, academia da Saúde, programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ);

2 - Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC): esses recursos contém o teto financeiro dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde do Distrito Federal, dos estados e dos municípios, incluindo os recursos referentes às unidades de pronto atendimento (UPA), às redes (cegonha, de urgência, de saúde mental, viver sem limites, psicossocial, prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer de colo e de mama) e também os seguintes incentivos: de integração ao Sistema Único de Saúde (Integrasus), de adesão à contratualização (IAC), para a assistência ambulatorial hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena (IAPI), para o centro de especialidades odontológicas (CEO), do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), do centro de referência de saúde do trabalhador (Cerest) e hospitais de pequeno porte (HPP).

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC): o recurso se destina, ao custeio de procedimentos e entre eles se destacam aqueles destinados a terapia renal substitutiva; procedimentos regulados pela central nacional de regulação da alta complexidade (CNRAC); transplantes; ações estratégicas emergenciais, de caráter temporário, implantadas com prazo pré-definido; e novos procedimentos

até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC. Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do FAEC podem ser incorporados ao Limite Financeiro de cada estado, município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

3 - Bloco de Vigilância em Saúde:

I - Componente da Vigilância em Saúde: refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco e promoção, sendo constituído em:

a) Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) que é composto por um valor *per capita* estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde;

b) Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) é composto pelos seguintes incentivos financeiros específicos, recebidos mediante adesão: para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, para às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; e para o programa de qualificação das ações de vigilância em saúde (PQAVS); e

c) - Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias (incluído pela Portaria GM/MS nº 1.955, de 02 de dezembro de 2015), formada pelos seguintes incentivos específicos, recebidos mediante adesão pelos entes federativos: assistência financeira complementar da união e incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos agentes de combate às Endemias (BRASIL, 2015f).

II - Componente da Vigilância Sanitária: refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, composto de:

a) Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa): destinados a estados, Distrito Federal e municípios, visando o fortalecimento

do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a VISA. É composto por valor *per capita* e também por valores destinados ao Finlacen-Visa, no caso dos estados.

b) Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa): destinados a estados, Distrito Federal e municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária, definidas de forma tripartite.

4 - Bloco de Assistência Farmacêutica:

I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF): refere-se aos recursos federais destinados à assistência farmacêutica na atenção básica. É composto por valor *per capita* repassado mensalmente a estados, Distrito Federal e municípios. Além do repasse financeiro o Ministério da Saúde também é responsável pela aquisição e distribuição de tratamentos injetáveis para diabéticos, bem como, vários tipos de contraceptivos. Esse componente pressupõe contrapartida de municípios e estados, sendo que a estadual é realizada por meio do repasse de recursos financeiros aos municípios, ou em alguns casos, por meio do fornecimento de medicamentos básicos, definidos e pactuados pelas Comissões Intergestores Bipartites.

II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF): destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. O CESAF disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera,

esquistossomose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas.

III - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF): esse componente classifica os medicamentos em três grupos distintos relacionados às responsabilidades por seu financiamento.

O Grupo 1: financiado pelo MS, é constituído por dois elencos distintos. O elenco 1a, com medicamentos cuja compra está sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, e o *elenco 1b*, com compra sob responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde (SES). No caso do elenco 1b, os valores financeiros gastos pelas SES são ressarcidos às secretarias, mediante apresentação das Autorizações para procedimentos de Alta Complexidade (APAC), com base nos valores estabelecidos na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

O Grupo 2: é constituído por medicamentos cuja compra e financiamento estão sob a responsabilidade das SES.

O Grupo 3: traz os medicamentos do CBAF que integram a linha de cuidado do tratamento da doença, estando a compra, o financiamento e a dispensação dos medicamentos sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde.

5 - Bloco de Gestão do SUS:

I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS: A transferência dos recursos dar-se-á mediante adesão. Esse recurso apoiará, com incentivo específico, cada ação que integra o componente: a) regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; b) planejamento

e orçamento; c) programação; d) regionalização; e) gestão do trabalho; f) educação em saúde; g) incentivo à participação e controle social; h) informação e informática em saúde; i) estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e j) outros que vierem a ser instituídos.

II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde: A transferência dos recursos desse Componente será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica e inclui os incentivos designados: a) implantação de centros de atenção psicossocial (CAPS); b) qualificação de centros de atenção psicossocial; c) implantação de residências terapêuticas em saúde mental; d) fomento para ações de redução de danos em CAPS AD; e) inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; f) implantação de centros de especialidades odontológicas; g) implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU); h) reestruturação dos hospitais colônias de hanseníase; i) implantação de centros de referência em saúde do trabalhador; j) adesão à contratualização dos hospitais de ensino; e h) outros que vierem a ser instituídos.

6 - Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde: Esse bloco, incluído pela Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, tem a peculiaridade de destinar-se, exclusivamente, às despesas de capital. Os recursos serão transferidos, mediante repasse regular e automático do fundo nacional de saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Os recursos federais serão transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, fundo a fundo, em conta única e específica

para cada bloco de financiamento, e esses recursos devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco. Quanto ao bloco da Assistência Farmacêutica seus recursos devem ser movimentados em contas específicas para cada componente. Não se aplicam as restrições de utilização previstas na portaria aos recursos relativos à produção das unidades públicas próprias.

Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos e movimentados em conta bancária específica. Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 412, de 15 de março de 2013, redefiniu as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos estados, Distrito Federal e municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento de que trata a Portaria GM/MS nº 204/2007 (BRASIL, 2013b). As contas referentes aos blocos são abertas pelo Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde, por processo automático, para todos os blocos de financiamento exclusivamente nas seguintes instituições financeiras: Banco do Brasil S/A; Caixa Econômica Federal; Banco da Amazônia S/A; e Banco do Nordeste do Brasil S/A que firmaram acordos de cooperação para estabelecer as regras de operacionalização. Foram definidas inclusive as regras de formação da nomenclatura das contas correntes.

7 Volume de transferências de recursos federais pela Portaria GM/MS nº204/2007

Como resenhado na seção anterior, os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passaram a ser

organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento a partir da Portaria GM/MS nº 204/2007, o que se evidencia nos dados apresentados na Tabela 1. Verifica-se que as transferências do bloco da atenção básica, de média e alta complexidade e vigilância em saúde cresceram 123,52%, 102,08% e 98,86%, respectivamente de 2007 a 2015, a preços correntes. O mesmo não ocorreu com o bloco da assistência farmacêutica e de gestão do SUS, onde houve um decréscimo dos recursos transferidos. No caso da assistência farmacêutica a diminuição dos repasses pode ser atribuída a mudanças na aquisição de alguns medicamentos que passaram a ter compra centralizada no MS.

O bloco de investimento só teve recursos transferidos a partir de 2009 e nos anos de 2013 e 2014 o montante foi mais significativo, no entanto observa-se redução a partir de 2015. Quanto ao total de recursos transferidos nos blocos houve um incremento de 101,16% de 2007 a 2015.

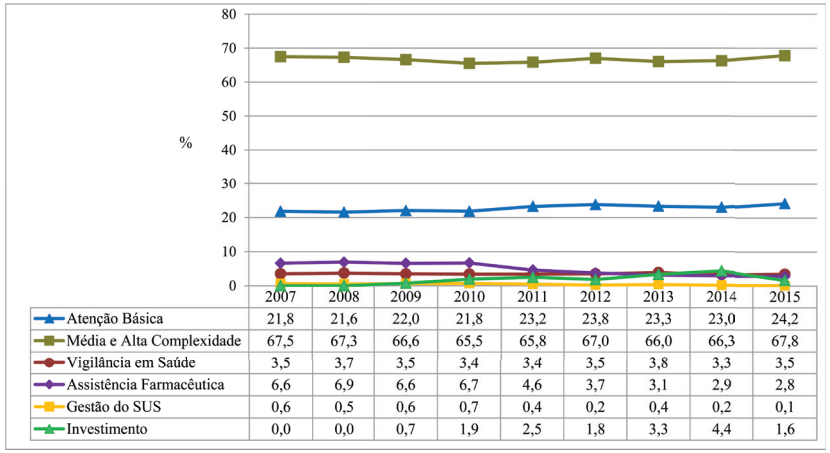
Tabela 1 - Recursos Federais do SUS: Transferência Fundo a Fundo por Bloco de Financiamento. Brasil, 2007 a 2015 - R$ Bilhões

Ano	Blocos						Total
	Atenção Básica	Média e Alta Complexidade	Vigilância em Saúde	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Investimento	
2007	6,83	21,14	1,10	2,07	0,19	0,00	31,32
2008	7,71	24,09	1,32	2,47	0,19	0,00	35,79
2009	9,07	27,45	1,43	2,70	0,25	0,30	41,20
2010	9,78	29,39	1,52	2,99	0,31	0,87	44,85
2011	11,15	31,58	1,63	2,20	0,21	1,19	47,96
2012	12,64	35,63	1,86	1,98	0,11	0,95	53,17
2013	13,87	39,34	2,29	1,87	0,21	1,98	59,56
2014	14,78	42,61	2,11	1,86	0,11	2,82	64,28
2015	15,26	42,71	2,18	1,78	0,05	1,01	63,00

Fonte: MS/SAGE.

Quando se analisa o Gráfico 3, nota-se que o bloco da atenção básica foi o único que aumentou sua participação no total dos valores repassados entre 2007 a 2015. Em 2007 representava 21,8% do total transferido e em 2015, 24,2%. Esse aumento de recursos destinados ao primeiro nível de atenção reflete a política de priorização da atenção básica adotada pelo governo federal. Nesse período, a média e alta complexidade e a vigilância em saúde tiveram pequenos incrementos ou decréscimos, mas em 2015 representavam quase ou o mesmo valor proporcional que em 2007. Enquanto que a assistência farmacêutica e a gestão do SUS diminuíram significativamente sua participação nas transferências de recursos.

Gráfico 3 - Recursos Federais do SUS: Distribuição percentual dos valores despendidos, por ano de competência, segundo Bloco de Financiamento, Brasil, 2007 a 2015



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Atenção Básica	21,8	21,6	22,0	21,8	23,2	23,8	23,3	23,0	24,2
Média e Alta Complexidade	67,5	67,3	66,6	65,5	65,8	67,0	66,0	66,3	67,8
Vigilância em Saúde	3,5	3,7	3,5	3,4	3,4	3,5	3,8	3,3	3,5
Assistência Farmacêutica	6,6	6,9	6,6	6,7	4,6	3,7	3,1	2,9	2,8
Gestão do SUS	0,6	0,5	0,6	0,7	0,4	0,2	0,4	0,2	0,1
Investimento	0,0	0,0	0,7	1,9	2,5	1,8	3,3	4,4	1,6

Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde.

8 Portaria GM/MS nº 204/2007: possibilidades de remanejamento entre blocos de financiamento

A possibilidade de remanejamento de recursos entre os Blocos de Financiamento da Portaria GM/MS nº 204/2007 é questão antiga, já discutida quando da publicação da referida portaria, sendo que à época previa-se que o assunto seria objeto de pactuação posterior. A permissão de remanejamento entre blocos ocorreu apenas em duas ocasiões:

1 - A Portaria GM/MS nº 2.025, de 24 de agosto de 2011, previu que ao término do exercício anual, eventuais saldos financeiros disponíveis no Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica poderiam ser remanejados para os outros Blocos de Financiamento, exceto para o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, e desde que fossem cumpridos previamente alguns requisitos. Essa portaria foi revogada pela Portaria GM/MS 1.555/2013 (BRASIL, 2011c, 2013c).

2 - A Portaria GM/MS nº 1.073, de 23 de julho de 2015 dispôs sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento dos saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014, desde que fossem cumpridos previamente alguns requisitos. O remanejamento poderia ser realizado para blocos de financiamento distintos daquele no qual houve saldo financeiro disponível com exceção dos Blocos de Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde e o Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde do Bloco de Gestão do SUS. A portaria previu que fosse elaborado plano de aplicação a ser aprovado pela respectiva Comissão Intergestores Re-

gional (CIR) ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em até 90 (noventa) dias contados da data de publicação da Portaria. Esse prazo foi prorrogado por mais 30 dias pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 20 de novembro 2015. O plano após aprovação tinha que ser encaminhado para ciência da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e respectivo Conselho de Saúde (BRASIL, 2015d, 2015e).

9 Financiamento federal: problemas e alternativas para a descentralização de recursos

A Portaria GM/MS nº 204/2007, apesar de ter sido elaborada com o objetivo de reduzir a excessiva fragmentação das transferências federais existentes à época, acabou por apresentar no decorrer do tempo problemas que acabam, no "dia a dia" da gestão, por dificultar não só as respostas para atender as necessidades de saúde da população, como em algumas situações provocam uma ineficiência na utilização dos recursos.

A forma como o repasse por blocos foi operacionalizada reduziu a capacidade de gestão de estados e municípios, uma vez que não propicia a utilização plena dos recursos por parte da instância receptora, com o objetivo de cumprir o previsto nos respectivos planos de saúde. Esse problema pode ser identificado no aumento nas formas de repasse dentro de cada bloco e nas dificuldades da utilização de saldo financeiro eventualmente existente em determinado bloco, em ações de outro bloco. A referida Portaria não só não resolveu o problema da fragmentação, mas, de certa forma, a induz e a instrumentaliza. Inclusive, com o passar dos anos o Ministério da Saúde voltou a ampliar as formas

de repasse específicas para diversas ações, principalmente no Bloco de Média e Alta Complexidade (MAC) e no Bloco de Gestão.

Os repasses federais, desde muito tempo, têm sido utilizados para indução de políticas. Nesse sentido, em anos recentes, o MS estimulou a implantação de redes de atenção à saúde[5] ao promover repasses fundo a fundo com ênfase no Bloco de Média e Alta Complexidade e no Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. No entanto, o montante de recursos repassados não foi suficiente para implantar as redes temáticas em todas as regiões das 27 Unidades Federadas (UF), o que acaba por inviabilizar o seu efetivo funcionamento.

A implantação das redes de atenção à saúde nos estados, desde 2014, tem sido significativamente afetada pelos problemas orçamentários do Ministério da Saúde, sendo que nos últimos anos têm-se observado que novos serviços relacionados a essas redes tem seu financiamento feito, cada vez mais, às custas de recursos estaduais e municipais. No cenário atual vários serviços na área de urgência e emergência, saúde mental e materno-infantil estão em funcionamento sem que tenha havido aporte de recursos federais, mesmo que isso esteja previsto nas portarias mencionadas acima. Além disso, a falta de cor-reção dos valores de repasses previstos nas portarias específicas das

[5] Após a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010), cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde do país:
• Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a);
• Rede de Urgência e Emergência (RUE), Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b);
• Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Raps), Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011d);
• Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012c);
• Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Portaria GM/MS nº 483, de 1 de abril de 2014 (BRASIL, 2014b).

redes tem aumentado a participação proporcional no financiamento desses serviços para estados e municípios.

Diante de todas as questões colocadas anteriormente, é preciso, no curto prazo, promover uma revisão da Portaria GM/MS nº 204/2007 para que se possa ganhar mais flexibilidade na utilização dos recursos federais, já buscando a implantação dos critérios de rateio previstos na Lei nº 141/2012. A premissa básica, segundo apontamentos do CONASS Debate realizado em abril de 2016, que deve orientar essa revisão é considerar que os repasses federais na área da saúde são transferências obrigatórias e constitucionais e que, portanto, devem observar essa condição quando da utilização por parte dos entes recebedores. Do conjunto das transferências de recursos intergovernamentais, no âmbito do SUS, as assim caracterizadas "transferências fundo a fundo" devem ser vistas como "transferências decorrentes de mandamento constitucional", diferentes das "transferências voluntárias" que têm objeto de gasto definido em convênios, acordos, ajustes, contratos de repasses, etc. Nesse caso, por poderem ser vistas como "transferências livres" tem o objeto de gasto a ser alcançado previsto no plano de saúde, adotado em cumprimento às normas jurídicas do direito financeiro (Lei nº 4.320/1964) e as próprias do SUS[6].

A Revisão da Portaria GM/MS nº 204/2007 deveria compreender:

1) definição da metodologia de rateio dos recursos federais a serem repassados para estados, DF e municípios, como determina a LC nº 141/2012;

2) o financiamento por meio de um menor número de blocos de agregação;

3) a composição desses blocos;

[6] Síntese das ideias defendidas pelos painelistas a respeito do tema dos repasses federais e da revisão da Portaria GM/MS nº 204, de 2007 no CONASS Debate realizado em Brasília em 26 e 27 de abril de 2016.

4) a busca incessante da desfragmentação;

5) os limites e possibilidade de remanejamento entre os componentes do bloco, e até entre os blocos; e

6) disposições sobre transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle dos recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O ideal, para as instâncias subnacionais, seria o repasse automático do montante total para ações e serviços de saúde. No entanto, isso só poderá ser alcançado com a regulamentação dessa possibilidade na definição da metodologia proposta na LC nº 141/2012, art. 17, e, principalmente, a partir de um efetivo aumento das receitas destinadas ao SUS, que hoje sofre com o crônico subfinanciamento.

10 Considerações Finais

O cenário de financiamento do SUS não está imune à situação econômica do país e quando esta entra em crise afeta diretamente a capacidade de oferta de serviços públicos de saúde. Não há dúvida que as transferências federais feitas desde a implantação do SUS promoveram a indução do desenvolvimento de serviços de saúde em diversas áreas, no entanto em boa parte acabaram por manter o desenho fragmentado do Ministério da Saúde refletido nos estados e municípios. Diante de um quadro de crise fiscal, essa capacidade indutiva por parte do Ministério da Saúde se reduz, o que coloca a continuidade de diversos programas em risco.

A atual situação econômica e fiscal do Brasil leva a que se busquem alternativas para compatibilizar um cenário de médio prazo – em que não é possível um incremento significativo de recursos para o SUS –, e a necessidade de ofertar mais serviços tendo em vista a ampliação da

utilização dos serviços públicos, inclusive por beneficiários de planos de saúde afetados pelo desemprego.

A Proposta de Emenda Constitucional nº 01/2015 possibilitaria essa alternativa já que sinaliza um crescimento progressivo dos recursos federais. No entanto, a situação fiscal atual aponta para um debate político quanto à vinculação de recursos para a área da saúde, o que coloca em sério risco a manutenção do SUS. Risco esse materializado pela Proposta de Emenda Constitucional nº 143/2015 aprovada, em primeiro turno, pelo Senado Federal que estabelece a desvinculação da base de cálculo que define a aplicação em saúde para estados e municípios (BRASIL, 2015b, 2015c).

O Ministério da Saúde deve ter como papel fundamental o estabelecimento de grandes diretrizes nacionais para o sistema, buscando promover um modelo de atenção à saúde que responda as necessidades de saúde da população, mas deve desenvolver sua capacidade indutiva sem o arcabouço normativo hoje existente, cujo excessivo nível de detalhamento não encontra respaldo quando da sua aplicação na realidade de um país tão heterogêneo como o Brasil.

É preciso inovar no financiamento e na forma de repasse dos recursos federais conforme previsto na LC nº 143/2012. Por outro lado as atribuições dadas a estados e municípios precisam estar proporcionalmente adequadas aos recursos disponíveis. Para tanto, é fundamental promover um Novo Pacto Federativo que descentralize as receitas e que mude a excessiva concentração na União da arrecadação de impostos e contribuições.

Por último, para poder cumprir a Constituição de 1988, no que trata da autonomia dos entes, é preciso um financiamento adequado e um sistema de saúde focado na eficiência e na organização de uma

rede de atenção à saúde capaz de garantir o direito à saúde para todos os seus cidadãos.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília (DF): Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 2 maio 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 14 set. 2000. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 84, de 2 de dezembro de 2014. Altera o art. 159 da Constituição Federal para aumentar a entrega de recursos pela União para o Fundo de Participação dos Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 31 dez. 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc84.htm>. Acesso em: 16 maio 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 18 mar. 2015a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 16 maio 2016.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. **Proposta de Emenda à Constituição nº 01/2015**. Altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%. Brasília (DF), 2015b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb prop_mostrarintegra;jsessionid=29E518FA1405BD0F920ACDD6FC177A16.proposicoesWeb2?codteor=1447076&filename=Tramitacao-PEC+1/2015>. Acesso em: 12 maio 2016.

BRASIL. Congresso. Senado Federal. **Proposta de Emenda à Constituição nº 143/2015.** Altera o art. 76 e acrescenta arts. 101 e 102 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para constituir a desvinculação de receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Brasília (DF), 2015c. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/rotinas/materia/getPDF.asp?t=191446&tp=1>. Acesso em: 12 maio 2016.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores

mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 16 jan. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 20 set. 1990a. Seção I, p. 18055. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 31 dez.1990b. Seção I, p. 25694. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 12.858, de 9 de setembro de 2013. Dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do caput do art. 214 e no art. 196 da Constituição Federal; altera a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 10 set. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12858.htm>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2016 e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 31 dez. 2015g. Edição extra. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13242.htm>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 17 dez. 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 31 ago. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acesso em: 4 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 23 fev. 2006. Seção I, p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 31 jan. 2007. Seção I, p. 45. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 3 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 24 abr. 2009. Seção I, p. 30. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em: 4 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 31 dez. 2010. Seção I, p. 88. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 27 jun. 2011a. Seção I, p. 109. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600/11, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atençãoàs Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 8 jul. 2011b. Seção I, p. 69. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.025 de 24 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, na parte que trata da aplicação de recursos no âmbito do Bloco de Financiamento da Assistência

Farmacêutica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 25 ago. 2011c. Seção I, p. 87. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2025_24_08_2011.html>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 26 dez. 2011d, p. 230. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 25 abr. 2012c. Seção I, p. 94. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 412, de 15 de março de 2013. Redefine as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento de que trata a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 18 mar. 2013b. Seção I, p. 90. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0412_15_03_2013.html>. Acesso em: 4 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 31 jul.2013c. Seção I, p. 71. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2 abril 2014b. Seção I, p. 50. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.073, de 23 de julho de 2015. Dispõe sobre a reprogramação e o remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento de que trata o art. 4º da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, de saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014 nos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 27 jul. 2015d. Seção I, p. 48. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1073_23_07_2015.html>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.862, de 20 de novembro de 2015.

Prorroga por 30 (trinta) dias o prazo estabelecido no art. 10 da Portaria nº 1.073/GM/MS, de 23 de julho de 2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 23 nov. 2015e. Seção I, p. 92. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1862_20_11_2015.html>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.955, de 2 de dezembro de 2015. Altera e acresce dispositivos à Portaria n. 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 3 dez. 2015f. Seção I, p. 55. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1955_02_12_2015.html>. Acesso em: 4 maio 2016.

BRASIL. Tesouro Nacional. **Transferências Constitucionais e Legais**. [2016]. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/ transferencias-constitucionais-e-legais>. Acesso em: 6 maio 2016.

CARVALHO, G. C. O. **Financiamento público federal do Sistema Único de Saúde**: 1988-2001. São Paulo: PaperCrom, 2002.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 3. ed. Campinas (SP): Unicamp, 2001. 330

CONASS (Brasil). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília (DF), 2003.

CONASS (Brasil). **SUS**: avanços e desafios. Brasília (DF), 2006.

CONASS (Brasil). **O financiamento da saúde**. Brasília (DF), 2007. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, n. 3).

CONASS (Brasil). **O financiamento da saúde**. Brasília (DF), 2011. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, n. 2).

CONASS (Brasil). **A Gestão do SUS**. Brasília (DF), 2015.

LEVI, M. L.; MENDES, Áquilas. Gasto Total com Saúde no Brasil: a importância e o esforço de medi-lo. **Domingueira da Saúde**, Campinas, n. 8, p. 1 - 5, 24 maio 2015. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20008%202015%20-%2024%2005%202015.pdf>. Acesso em: dez. 2015.

MENDES, Áquilas. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001). 2005. 422f. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376445&opt=1>. Acesso em: 5 maio 2016.

MENDES, Áquilas. A Saúde Pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do Capitalismo?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 66-81, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-

24-s1-00066.pdf>. Acesso em: 5 maio de 2016.

MENDES, M.; MIRANDA, R.; COSSIO, F. 2008. **Transferências intergovernamentais no Brasil**: diagnóstico e proposta de reforma. Brasília (DF): Consultoria Legislativa do Senado Federal, Coordenação de Estudos, abr. 2008. (Série: Textos para discussão, nº 40). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-40-transferencias-intergovernamentais-no-brasil-diagnostico-e-proposta-de-reforma>. Acesso em: 2 maio 2016.

SERVO, Luciana 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.

THE WORLD BANK. **Health expenditure, public (% of GDP)**. ©2016. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>. Acesso em: 6 maio de 2016.

7
A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços

Maria Angélica Borges dos SANTOS[1]
Luciana Mendes Santos SERVO[2]

1 Introdução

Os sistemas de saúde têm como objetivo central preservar e restabelecer a saúde da população. A fim de cumprir esses objetivos, incluem ações e serviços de prevenção de doenças e programas de melhoria de saúde; atenção curativa para patologias e redução de mortes prematuras; acompanhamento de portadores de doenças crônicas ou com deficiências ou incapacitação; apoio a pacientes terminais; administração dos serviços públicos de saúde; administração e provisão para programas, regulação e garantias de financiamento (OECD, 2012).

É comum haver perspectivas políticas distintas sobre como alcançar esses objetivos em termos de modelos de atenção e modelos de gestão. Os modelos de atenção compreendem a forma de organizar os cuidados de saúde na perspectiva da produção de serviços. Em

[1] Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

[2] Técnica de Planejamento e Pesquisas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Doutoranda em Economia no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

modelos de gestão, aspectos centrais incluem a decisão de provisão direta ou de compra dos serviços de terceiros e as diferentes abordagens sobre remuneração dos prestadores de serviços de saúde. A influência e interdependência entre os modelos faz com que eles não possam ser pensados isoladamente.

A infraestrutura de prestadores de serviços é central para o alcance dos objetivos do sistema de saúde. O mercado desses prestadores é conformado, em um primeiro nível, pela natureza jurídica de cada um deles, que determina as respectivas regras de atuação no mercado e as prerrogativas de acesso a financiamento e acumulação de recursos. Assim, prestadores públicos, privados com finalidades lucrativas e privados sem finalidades lucrativas podem ter participações bastante distintas na provisão de serviços nos sistemas de saúde. Adicionalmente, podem conformar uma estrutura de oferta de serviços diferenciada na composição entre atenção primária, ambulatorial especializada ou hospitalar (com internação) e, também, na composição de profissionais. Em cada país e momento histórico pode haver também variações nos arranjos considerados preferenciais para a conformação da rede de prestadores de serviços de saúde com acesso ao financiamento público.

Em um segundo nível de conformação do mercado, os modelos de remuneração - que incluem preços, condições a serem cumpridas para recebimento da remuneração e o regime de pagamento - definem incentivos para os diferentes tipos de prestadores que acabam por moldar a infraestrutura de prestação de serviços disponível ao sistema de saúde.

Um terceiro nível de conformação da provisão de serviços precisa considerar se o sistema é ou não monopsônico, ou seja, se um único ou múltiplos pagadores têm acesso a um mesmo mercado

de prestadores. Uma situação concorrencial de múltiplos pagadores influencia o mercado e precisa ser contemplada ao se desenhar os modelos de remuneração por serviços, pois ela vai determinar qual a capacidade dos pagadores em influenciar comportamentos e práticas em cada modelo de remuneração.

A revisão dos modelos de remuneração de serviços de saúde tem tido papel destacado no esforço mundial e, em particular dos países membros da OCDE, para obter *mais valor pelo dinheiro* (*better value for money*) em um cenário de pressão de gastos crescentes em saúde (OECD, 2015). A premissa é que, como grande parte dos pagamentos por serviços de saúde são realizados por estados em crise fiscal, existem duas opções para aumentar a eficiência do gasto e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde: mudar os preços e/ou modificar os modelos de remuneração, ou seja, a forma como se paga os prestadores (CHARLESWORTH et al., 2012).

Os modelos de remuneração a prestadores de serviços e profissionais no sistema de saúde têm sido objeto de inúmeros estudos internacionais (entre outros, CHAIX-COUTURIER et al., 2000; DEVEREAUX et al., 2004; *VAN* HERCK et al., 2010; MATHES et al., 2014; QUINN, 2015; PORTER; KAPLAN, 2015) e nacionais (entre outros, ANDREAZZI, 2003; UGÁ, 2012; GIRARDI; SALGADO; VAN STRALEN et al., 2015) cujo foco, em geral, tem sido sobre as vantagens e desvantagens de cada um deles. Poucos desses estudos têm abordado especificamente a questão de como se processa a formação de preços para definir o valor a ser pago e quanto dessas modalidades consideram os custos para prestação dos serviços. Na maioria dos países desenvolvidos, essa discussão não ocorre, pois a base de informações de custos para tomada de

decisão é um pressuposto. Todavia, no caso brasileiro, vários têm sido os questionamentos sobre o uso da tabela SUS como base para pagamento por procedimentos ou dos patamares de remuneração de profissionais e essa pode ser um aspecto de substancial relevância na análise dos modelos de remuneração no SUS.

Este capítulo pretende examinar a provisão dos serviços e ações do SUS, considerando a participação de agentes públicos e privados e formas de produção e remuneração dos serviços. Um primeiro bloco apresentará uma revisão de literatura sobre modelos de remuneração, com uma síntese das evidências sobre resultados da aplicação desses modelos. Um segundo bloco abordará a estrutura de provisão de serviços pelo SUS, detalhando sua conformação nos últimos 40 anos, moldada por mudanças institucionais e incentivos remumeratórios. O terceiro bloco abordará as formas atuais de remuneração da rede de prestadores sob gestão dos governos estaduais e municipais, destacando as experiências com a administração direta de serviços e de administração terceirizada de unidades de saúde, com o modelo Organizações Sociais de Saúde. Um último bloco apresentará uma síntese das tentativas de organização da rede de provisão pelo governo federal, centrada nas estratégias de contratualização com agentes públicos e privados em curso no SUS.

2 Revisão de literatura sobre modelos de remuneração por serviços de saúde

Os modelos de remuneração tratam, basicamente, de formas pelas quais se busca, por meio de incentivos, conciliar os objetivos da população com os daqueles que prestam os serviços. A população ou os gestores buscam retirar o máximo de benefício em saúde do

valor pago. Os prestadores privados querem, em geral, aumentar o seu ganho (em geral, lucro ou receita líquida). A prestação pública, em geral, depende de contratações com empresas privadas ou profissionais, mesmo quando o estabelecimento é público. Ainda assim, contratará profissionais diretamente ou por meio de intermediações, que podem ou não ser funcionários públicos; comprar insumos; contratar serviços de apoio a atividade principal, ou seja, terá total ou parcialmente, alguma participação de empresas privadas. Os modelos buscam incentivar a maximização de benefícios para a população, considerando a existência de falhas de mercado, os objetivos dos prestadores, a organização do sistema de saúde e a estrutura de prestação de serviços.

Classicamente, distinguem-se, na prestação de serviços de saúde, dois tipos de agentes: (a) médicos e, de forma extensiva, profissionais de saúde e (b) hospitais, também sendo possível ampliar o conceito para os estabelecimentos de saúde em geral (CHARLESWORTH et al., 2012). No caso brasileiro e de alguns países europeus, caberia também incluir os gestores subnacionais do sistema de saúde como agentes de prestação de serviços, uma vez que têm a responsabilidade de gerir os prestadores em seu território e, para tanto, recebem recursos transferidos pelo gestor federal e de outras instâncias subnacionais. Como consequência das expressivas transferências de recursos federais, no caso brasileiro diferentes mecanismos de transferências impactam também o comportamento dos gestores subnacionais.

Na discussão de modelos de remuneração, no que tange à estrutura dos pagamentos, existem três dimensões consideradas chave: (a) o grau de agregação de serviços e atividades remuneradas por um único pagamento (*bundling*); (b) o momento da realização

de pagamento, se prospectivo ou retrospectivo; (c) a diferenciação de pagamento segundo o desempenho do prestador (CHARLESWORTH et al., 2012; ANDREAZZI, 2006; UGÁ, 2012).

O Quadro 1 mostra os diferentes regimes de remuneração aos prestadores de serviços, segundo graus decrescentes de agregação do pagamento. As formas mais agregadas de remuneração por serviços de saúde são, para estabelecimentos, os orçamentos globais e, para profissionais, os salários. Correspondem a uma soma global paga regularmente de forma independente da quantidade de procedimentos realizada ou de pacientes atendida.

A segunda forma mais agregada de pagamento é o pagamento por capitação, que corresponde a somas globais regularmente pagas por beneficiário qualificado para receber um conjunto definido de serviços. Outras formas de remuneração centrada no paciente incluem pagamentos para atendimento a pacientes por período, caso, linha de cuidado e diagnóstico.

Os pagamentos centrados no paciente correspondem a níveis intermediários de agregação em termos de definição de serviços prestados. Entretanto, a definição dos valores a serem associadas a esses pagamentos comporta graus de incerteza em tese maiores do que nas outras modalidades de remuneração. Pressupõe, além de um bom conhecimento de custos - que deve embasar qualquer modelo de remuneração - um extenso conhecimento de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas da população beneficiária. Nesse sentido, os DRGs (Grupos Relacionados ao Diagnóstico) adotados por vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) atuam como elementos de ajuste de pagamento aos maiores riscos/custos de atendimento da população atendida, podendo ser

Quadro 1: Sistemas de remuneração a prestadores de serviços segundo nível de agregação do financiamento.

Maior grau de agregação							**Menor grau de agregação**
Orçamento global/salário	**Capitação**	**Por período**	**Por paciente por linha de cuidado**	**Por caso/diagnostico/procedimento**	**Por diária**	**Por ato de cuidado**	
Soma global periódica paga independentemente da quantidade de procedimentos realizada ou de pacientes atendida	Soma global periódica por beneficiário qualificado para receber um coujunto definido de serviços	Soma global periodica para atendimento a cada paciente com um diagnóstico especifico	Soma global por paciente para todos os serviços necessários em uma dada linha de cuidado	Pagamento baseado em agrupamentos de pacientes com diagnosticos ou necessidades de recursos semelhantes	Pagamento pela diaria de permanencia em um hospital ou outro estabelecimento ou por plantão	Pagamento por cada item de serviço e contato com o paciente	
Foco no prestador		**Foco no P.**			**Maior foco nas unidades de serviço/custo**		

Fonte: A partir de Charlesworth (2012).

considerados uma estratégia remuneratória centrada no paciente.

Outra modalidade com um grau menor de agregação de pagamentos tem foco no tempo de serviço e é conhecido com *per diem*. Corresponde ao pagamento pela diária de permanência em um hospital ou outro estabelecimento ou, no caso da remuneração de profissionais, de pagamentos por plantão. A remuneração é baseada no tempo de serviço do prestador ou profissional.

A modalidade menos agregada de pagamento é o pagamento por ato médico ou unidade de serviço (*fee-for-service*). Corresponde ao pagamento por cada item de serviço e/ou contato com o paciente.

Orçamentos globais e, analogamente, salários, fornecem incentivos para "suprimir a demanda" e, assim existe um ganho potencial de produtividade de aumento de demanda quando esse incentivo é reduzido. No modelo pagamento por ato ou por unidade de serviço (*fee-for-service*) os incentivos caminham no sentido oposto – incentivo ao aumento da produção de serviços (CHARLESWORTH et al., 2012).

Na Europa, tanto para países com história de pagamentos por orçamentação global quanto *fee-for-service*, a tendência tem sido promover uma desagregação dos pagamentos (*unbundling*) no primeiro caso e maior agregação no segundo pela adoção dos DRGs. O impacto da introdução dos DRGs naqueles países com orçamento global tem sido aumento da atividade, redução do tempo de permanência e aumento no custo total da atenção (CHARLESWORTH et al., 2012).

Outra variável importante é o regime de pagamento pré ou pós-fixado. No primeiro, os pagamentos são feitos antes da prestação dos serviços, e no segundo, após a realização dos serviços. O *fee-for-service* é um exemplo de pós-pagamento e o orçamento global de pré-

pagamento. São, também, pré-fixados os pagamentos por capitação e por salário. Regimes pós-fixados embutem tendência a aumentar a prestação de serviços (mais do que deveria) e pré-fixados a diminuir (fazer menos do que deveria). Por isso, exigem regulações adicionais para que sejam efetivos[3].

Essas modalidades de pagamento podem ser acrescidas de pagamentos por desempenho, condicionadas ao cumprimento de metas previamente contratualizadas. Os pagamentos por desempenho visam incentivar condutas individuais ou coletivas para a obtenção de melhores resultados ou padrões de qualidade ou eficiência na prestação de serviços.

O desenho dos sistemas de pagamento por desempenho pode variar. Quanto à finalidade, podem priorizar a qualidade dos serviços ou a eficiência, sendo a tendência atual incluir metas relacionadas a essas duas dimensões. Quanto à natureza do incentivo, eles podem ser recompensas- bônus por desempenho- mas podem ser também penalizações (incentivos negativos). Os exclusivamente positivos (recompensas) tendem a gerar melhores efeitos do que os incentivos competitivos (premiações em que há ganhadores e perdedores) (VAN HERCK et al., 2010).

Quando estruturados como recompensas, os incentivos podem corresponder a parcelas de um valor total pactuado, implicando que o não atingimento das metas implicará perda do valor principal pactuado, ou representar bônus adicionais ao atingimento de metas. A avaliação do atingimento de metas pode envolver metas absolutas ou a melhoria do desempenho relativamente a períodos anteriores no sentido de atingir uma meta *ideal* (CHARLESWORTH et al., 2012).

[3] Esse capítulo não trata dos mecanismos adicionais de regulação, visto que vão muito além do tema central.

Os incentivos podem ser vinculados a resultados individuais ou a resultados coletivos/institucionais. A remuneração por resultado individual dá maior destaque a esforços pessoais, refletindo-se em ganho diferenciado na remuneração. A remuneração por resultado coletivo é mais adequada a tarefas que exijam trabalho em equipe, mas pode reduzir a motivação individual e provocar posturas não-cooperativas (GIRARDI; SALGADO; VAN STRALEN, 2015).

Tem ganhado crescente atenção na literatura o estudo dos efeitos indesejados dos pagamentos por desempenho (EIJKENAAR et al., 2013). Esses efeitos incluem: incentivo para selecionar pacientes mais saudáveis ou aderidos; a possibilidade de os prestadores ficarem desproporcionalmente focados nos aspectos do cuidado que integram as metas incentivadas; o enfraquecimento da motivação intrínseca para oferecer uma atenção de alta qualidade, principalmente quando o programa trivializa o papel das motivações não financeiras; e a possibilidade de manipulação dos dados para fazer o desempenho parecer melhor do que de fato é (gaming). Assim, os pagamentos por desempenho (pay for performance – P4P) podem gerar distintos efeitos, que dependem dos objetivos específicos e da clara especificação de metas. Sua avaliação depende do correto estabelecimento de linhas de base, do monitoramento continuado com indicadores intermediários, do envolvimento das partes interessadas – pacientes, profissionais e gestores- e de uma comunicação ampla dos objetivos e resultados. Os resultados na literatura variam de ausentes ou negligenciáveis a fortemente benéficos, a depender desses condicionantes (VAN HERCK et al., 2010).

3 Participação de agentes públicos e privados na produção de serviços no SUS

Em termos de infraestrutura de prestadores de serviços, o SUS é composto de uma ampla rede de serviços ofertados por estabelecimentos de distintas esferas administrativas e naturezas jurídicas, públicas (federal, estadual, municipal) e privadas (lucrativas e sem fins de lucro), que têm diferentes participações nos segmentos de serviços ofertados ao longo do tempo (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

As naturezas jurídicas condicionam as prerrogativas e o modus operandi dos prestadores de serviços de saúde (CUTLER, 2000). Órgão e estabelecimentos públicos estão constitucionalmente sujeitos às regras de contratação e aquisição da administração pública, que podem tornar os processos de gestão bastante morosos e reduzir a agilidade de resposta das organizações a ambientes complexos em rápida transformação. O acesso a recursos financeiros que não sejam públicos somente pode se dar mediante o uso de subterfúgios de ajuste da natureza jurídica, como fundações, empresas públicas e um amplo conjunto de propostas de novos modelos de gestão para a área pública. A baixa flexibilidade das organizações sujeitas a regimes públicos, aliás, tem sido uma das principais justificativas para adoção de modelos de gestão terceirizados (RIBEIRO; COSTA; SILVA, 2001). Estabelecimentos privados gozam de maior flexibilidade nas regras de contratação. Organizações com e sem fins de lucro diferem basicamente no acesso e limites à acumulação de recursos.

Para melhor compreensão da composição, dinâmica e origem da rede de prestadores que servem ao SUS precisamos nos

remeter à era pré-SUS, na década de 1970. A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) expandiu a cobertura da assistência médica, até então segmentada segundo categorias profissionais nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), a todos os empregados formais e aos autônomos e empregadores que contribuíssem para a Previdência. A rede própria dos antigos IAPs era insuficiente para acomodar a demanda expandida. A opção do governo à época foi recorrer maciçamente a credenciamentos da rede privada de serviços de saúde então existente, investindo inclusive na ampliação e modernização dessa rede (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

Como decorrência desse arranjo com viés mais empresarial, a década de 1970 foi marcada por uma política de hospitalização em larga escala. Entre 1970 e 1982, as internações aumentaram de 2,8 para 13,1 milhões, caracterizando um modelo de atenção dito hospitalocêntrico (MEDICI, 1992). A lógica hospitalocêntrica, que concentrava os atendimentos do sistema de saúde em hospitais e multiplicava internações, ocorria em um contexto onde a remuneração por serviços prestados/ internações seguia um modelo de pagamento por ato médico/unidade de serviço, que redundava em incentivos aos prestadores para multiplicar procedimentos e privilegiar produtos mais bem remunerados pelo INAMPS - internações.

A rede hospitalar privada contratada respondia por mais de 95% das internações na década de 1970 e por 80% das internações em 1987, ainda que o modelo estivesse em crise desde o início dos anos 80. O *produtivismo* hospitalar privado refletia-se na destinação dos recursos do INAMPS. Em 1981, pouco mais de 70% dos pagamentos eram destinados à rede privada de prestadores de serviços, a maior parte dela lucrativa (MEDICI, 1992).

Com os gastos atingindo patamares insustentáveis, começaram a ser elaboradas mudanças no modelo de remuneração. Em 1982, o Plano Conasp substituiu o pagamento mediante a Guia de Internação Hospitalar (GIH) (por unidade de serviço) pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (remuneração por procedimento). Para tanto, em outubro de 1983 foi instituída a primeira Tabela de Procedimentos, referência para o pagamento a prestadores do INAMPS, vinculada ao Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). A tabela propunha uma remuneração fixa a procedimentos com autorização para serem realizados pela rede de assistência hospitalar, baseada em valores médios globais calculados a partir de observações feitas em distintos hospitais privados durante seis meses (MEDICI 1992). A remuneração passava a independer da quantidade de atos médicos necessários à conclusão de uma internação ou procedimento completo, incentivando, em tese, a racionalização do número de atos médicos e insumos (CARVALHO 2007; MEDICI, 1992).

Os procedimentos definidos na tabela buscavam acompanhar a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CARVALHO, 2007), caracterizando-se, inicialmente, como pagamentos por caso, baseados no diagnóstico. Com a mudança do modelo de remuneração, os prestadores privados passaram a adotar medidas de contenção de custos, que incluíam: limitações à quantidade e qualidade de medicamentos e exames complementares; recusa em internar casos de maior gravidade (prática conhecida como *cream skimming*); redução do tempo de internação, inclusive com *altas precoces*; duplo pagamento (ágio); e, eventualmente, fraudes (CARVALHO, 2007).

Os reajustes das tabelas em 1986 e 1987 foram de pouco mais de 50%, numa conjuntura onde a inflação ultrapassava 500%. O

descrédito aumentou quando o Governo decidiu abandonar a própria tabela do INAMPS e fixar o valor dos pagamentos do INAMPS em 30% da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) (MEDICI, 1992), base para a remuneração de internações no setor privado. Com a persistente redução do valor da remuneração e a ascensão do mercado de planos de saúde ao final da década de 1980, hospitais privados foram progressivamente abandonando os convênios públicos e reduzindo sua dependência em relação a eles como fontes de financiamento.

À época da criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 (CF88), o mercado de planos e seguros de saúde começava já a consolidar um poderoso subsistema de provisão privada de serviços, que concorre com o SUS por financiamento direto ou indireto (subsídios e isenções fiscais) e pela rede de prestadores de serviços.

No bojo da estruturação da rede de serviços do SUS, foi efetuada a transferência de unidades de saúde públicas federais para governos subnacionais, inclusive com cessão do pessoal de saúde empregado pelo governo federal. O Artigo 199 da CF 88 previa apenas participação complementar dos estabelecimentos privados, o que caracterizou uma primeira guinada de rumo, ao incentivar a expansão da rede pública municipal e estadual.

Também no que tange à configuração da rede de prestadores de serviços do SUS, a CF 88, no mesmo Artigo 199, assumiu uma segunda mudança de rumo ao eleger as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos como parceiros preferenciais, vedando-se "[...] a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos" (BRASIL, 1988).

Uma terceira guinada foi a da mudança do modelo de atenção. A forte contestação dos idealizadores do SUS ao modelo hospitalocêntrico gerou priorização e incentivos diferenciados para a atenção básica. O gasto federal em ações e serviços públicos de saúde relacionados a atenção básica cresceram de 9,7% para 16,4%, entre 1995 e 2011. Nesse mesmo período, o gasto com a média e alta complexidade ambulatorial especializada e hospitalar passou de 54% para 47% (PIOLA et al., 2012), tendência observada em outros estudos (MENDES; MARQUES, 2014) e que vem se mantendo nos anos recentes.

Atualmente, a estrutura de estabelecimentos de saúde no Brasil, considerando-se estabelecimentos que participem ou não da rede de atendimento do SUS, é composta, em sua maioria, por clinicas ou unidades básicas de saúde, com crescimento em quase todos os tipos, exceto hospitais, entre 2010 e 2015 (Tabela 1). Desse total de estabelecimentos, em torno de 70% são de natureza privada, variando por nível de atenção. Os consultórios são majoritariamente privados (mais de 95%) e os centros e unidades básicas de saúde, públicos (mais de 95%). Em torno de 35% dos hospitais gerais e especializados têm natureza jurídica pública, com pequena variação no período (de 32% para 37% do total de hospitais, exceto hospital-dia). Essa distribuição da oferta condiciona as possibilidades e efetividades dos mecanismos de pagamento.

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde por tipo, Brasil – 2010 a 2015

Tipo de Estabelecimento	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consultórios	109.438	115.926	124.861	131.607	138.831	141.586
Centros/UBS/Postos de Saúde	41.983	42.415	43.630	44.659	45.679	45.156
Hospitais	6.798	6.698	6.752	6.799	6.880	6.702
SADT	16.955	17.825	19.112	20.490	21.525	21.571
Policlínica/Clinica/Ambulatório Especiali	36.082	39.759	37.960	40.989	44.142	46.436
Urgência e Pronto atendimento	1.422	1.699	3.635	4.597	5.103	5.223
Outros	11.513	12.981	14.289	16.150	18.067	19.337
Total	224.191	237.303	250.239	265.291	280.227	286.011

Fonte: MS. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. Dados relativos ao total de dezembro de cada ano.

Entre os prestadores privados, excluídos os consultórios, pouco menos de 30% prestam serviços ao SUS e mais de 80% aos planos de saúde privados, sendo admitida a prestação de serviços tanto ao SUS quanto aos planos de saúde a prestadores privados. A rede pública é, em sua maior parte, prestadora exclusiva de serviços ao SUS (SANTOS et al., 2014).

A Tabela 2 indica a participação no SUS dos diferentes prestadores segundo natureza jurídica, dimensionada segundo volume de serviços, por nível de atenção. Salvo pelos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)[4], a participação de unidades públicas em todos os níveis da atenção ambulatorial é expressiva.

Tabela 2: Rede SUS-Procedimentos (N e participação %) realizados segundo Esfera Administrativa e nivel de atenção selecionado (bloco de financiamento). Brasil 2010-2014

	At Ambulatorial Atenção Básica		At Ambulatorial Especializada MAC		At. Ambulatorial FAEC	
Natureza juridica/Esfera Administrativa	total 2010-2014 (N)	% no nivel de atenção	total 2010-2014 (N)	% no nivel de atenção	total 2010-2014 (N)	% no nivel de atenção
Federal	191.509.608	2,2	264.026.031	3,8	2.994.213	2,7
Estadual	158.900.450	1,8	1.251.261.860	17,9	9.698.012	8,7
Municipal	8.248.700.214	95,0	3.273.400.345	46,9	7.408.195	6,6
Privado com fins de lucro	7.746.792	0,1	1.043.705.786	14,9	62.119.212	55,7
Filantrópico	71.884.612	0,8	1.153.467.243	16,5	29.300.797	26,3
Total	8.678.741.676	100,0	6.985.861.265	100	224.006.697	100,0

	Internações		Vigilância	
Natureza juridica/Esfera Administrativa	total 2010-2014 (N)	% no nivel de atenção	total 2010-2014 (N)	% no nivel de atenção
Federal	2.231.475	4,0	1.354.150	1,28
Estadual	12.428.020	22,1	4.033.833	3,81
Municipal	13.068.072	23,2	100.502.088	94,91
Privado com fins de lucro	5.557.205	9,9	na	na
Filantrópico	22.953.332	40,8	na	na
Total	56.238.104	100,0	105.890.071	100

Fonte: Elaborado a partir de microdados do SIASUS para ambulatorios e vigilancias e Dados do Tabnet SIHSUS para internações.

[4] O Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) foi criado em 1999, com o objetivo de permitir o financiamento extra-teto, via gestor federal, de procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual ou decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. Esse fundo financia uma parcela importante das ações desenvolvidas pela ou de interesse da iniciativa privada, como terapia renal substitutiva, medicamentos excepcionais, kits para Aids, transplantes e incentivos para hospitais filantrópicos.

As redes municipais sobressaem como os grandes prestadores de serviços, com participação de 95% na atenção básica e nas vigilâncias e quase a metade dos procedimentos na média e alta complexidade ambulatorial (que inclui exames e serviços). Nas internações, o destaque cabe aos hospitais privados, responsáveis por metade das internações. Entretanto, verifica-se uma participação desigual dos setores contratados com finalidades lucrativas (10% do total de internações no período) e filantrópico (40%), com uma vertiginosa queda anual da participação dos contratados no período de 2010 a 2014, de - 11% ao ano. Há evidências de que os hospitais aumentem a quantidade de internações quando a remuneração do procedimento aumenta e diminuam essas quantidades (ou aumentem menos) quando a remuneração diminui (MELBERG; PEDERSEN, 2015).

Além da participação expressiva nas internações, os prestadores privados respondem, nas modalidades tradicionais de contratação, por pouco mais de 30% dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e mais de 70% dos procedimentos ambulatoriais mais complexos e bem remunerados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC).

Ressalte-se que, com a implantação do Sistema Único de Saúde, o SAMHPS em 1991 foi renomeado Sistema de Informações Hospitalares (SIH), tendo sido complementado pelo Sistema de Informações Ambulatoriais, em 1994, para pagamento dos procedimentos realizados em regime ambulatorial, inclusive medicamentos e órteses, próteses e matérias especiais. Em 2008, ambos os sistemas foram unificados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais

(SIGTAP). Essa tabela continua até hoje sendo a base para o pagamento de hospitais e serviços ambulatoriais de média e alta complexidade.

A configuração da rede de prestadores do SUS é condicionada, há vários anos, por um padrão de financiamento federal que privilegia, por um lado, a especialização do setor público na baixa complexidade via Piso de Atenção Básica (PAB) e, por outro, a especialização do setor privado em alta tecnologia via FAEC e remuneração diferenciada de procedimentos mais complexos pela tabela SUS, recompondo o padrão de financiamento de contratados privados pela via da maior complexidade (SANTOS; GERSCHMAN, 2004).

A retração da participação do setor contratado com finalidades lucrativas pode ser relacionada a não atualização de valores de remuneração da Tabela SUS. Por outro lado, vários esquemas de contratualização e a oportunidade de estabelecer parcerias com entes públicos no âmbito dos novos modelos de gestão de unidades públicas com remunerações diferenciadas, como o das Organizações Sociais de Saúde, apresentam-se como oportunidades de recomposição do faturamento, que privilegiam as instituições filantrópicas.

4 Modelos de gestão e remuneração utilizados por gestores públicos

Pesquisa sobre gestão municipal (IBGE, 2015) mostrou que 4.924 (88%) dos municípios brasileiros possuíam estabelecimentos de saúde sob sua responsabilidade de gestão em 2014, sendo gestores plenos do sistema de saúde em seu território. Estados também tendem a prestar serviços de saúde por meio de redes próprias, em geral na média e alta complexidade.

Os gestores plenos são livres para definir como efetivamente irão converter as transferências federais e recursos próprios em modalidades de pagamento, mas devem respeitar as limitações de aplicação do recurso segundo as regras estabelecidas, em geral, com condicionantes relacionados às normas federais relativas às transferências voluntárias.[5]

De um modo geral, os gestores locais gerem uma rede pública própria de serviços por administração direta ou gestão terceirizada ou contratam serviços privados, por meio de contratos ou convênios, utilizando como base mecanismos remuneratórios com forte participação do financiamento federal.

4.1 Administração direta de unidades de saúde e modalidades associadas de contratação direta de pessoal

O modelo dominante de gestão de unidades de saúde públicas (pertencentes às esferas administrativas federal, estaduais e municipais) no SUS atual é a administração direta centralizada. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em geral administram suas unidades de saúde próprias por meio de uma administração central, que atende às necessidades de pessoal e de logística/suprimentos de toda a rede. Para isso, em geral executam orçamentos estruturados segundo itens de despesa (pessoal, contratos de serviços de terceiros, materiais) ou, quando dispõem de informações mínimas sobre custos individuais das unidades de saúde, atribuindo a cada uma um "orçamento virtual".

[5] As modalidades de transferências de recursos pelo Ministério da Saúde para estados e municípios foram analisadas no capítulo 6 desta publicação.

Raros são os estabelecimentos públicos, principalmente quando pertencentes à administração direta, que gerem diretamente seus próprios orçamentos. Em 2009, pouco menos de 4% dos mais de 50.000 estabelecimentos públicos prestadores de serviços de saúde no Brasil referia alguma autonomia financeira, conceituada como gestão direta de recursos financeiros. Ainda assim, em pouco mais de 60% dos casos a autonomia era parcial, contemplando apenas algumas áreas, como despesas emergenciais, material de consumo e permanentes, serviços de terceiros e pessoal. A autonomia financeira era mais comum em estabelecimentos hospitalares (17,8% do total), nas administrações estaduais (26,3%) e na Região Sul do país (6,6%) (SANTOS et al., 2014).

Revisões sistemáticas que analisam efeitos de diferentes modelos de remuneração por desempenho mostram que incentivos desenhados com foco nos prestadores individuais ou em equipes em geral têm mais resultados positivos. Programas de incentivos direcionados a hospitais em geral têm efeito menor, possivelmente por exigirem esforços adicionais para obtenção de apoio e transferência desses mesmos incentivos para as equipes internas (VAN HERCK et al., 2012).

Esses dados de literatura aliados à baixa frequência de regimes de gestão com autonomia financeira, que inviabiliza ao hospital público beneficiar-se individualmente de políticas de incentivos financeiros, indicam que dificilmente terão êxito as estratégias de contratualização mais recentes propostas pelo governo federal para esse segmento de hospitais, com o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) (BRASIL, 2014)

O foco preferencial dos regimes de remuneração diferenciados para indução de comportamentos mais virtuosos na administração

direta, portanto, não tem sido os estabelecimentos de saúde, mas os próprios profissionais de saúde. Assim, cabe discutir as formas de contratação de profissionais na administração direta, que, em si, geram incentivos distintos.

Em 2014, havia, em Secretarias Estaduais, 307 mil pessoas empregadas na saúde, sendo 13,5% destes profissionais médicos. Oitenta e cinco por cento tinham vínculos estáveis (78% estatutários e 7,3% celetistas), 2% cargos comissionados, 1% eram estagiários e 11% não tinham vínculo permanente. A administração municipal empregava 1,6 milhões de pessoas (IBGE, 2015). Desses, 70% tinham vínculos estáveis (sendo 58,5% para estatutários e 11,4% para celetistas), havendo uma baixa proporção de comissionados relativamente a outras áreas da administração pública (5,0%) e um percentual expressivo (22,2%) de trabalhadores sem vínculo permanente, provavelmente indicando uma participação expressiva de cooperativas. Esses trabalhadores sem vínculo permanente respondiam, respectivamente, nas Regiões Nordeste e Norte, por pouco mais de 30% do total (IBGE, 2015).

É possível supor que a aposentadoria sem reposição de servidores federais cedidos na descentralização de unidades federais, a expansão de serviços na era SUS e o constrangimento à contratação de pessoal determinado pela Lei de Responsabilidade Fiscal tenham favorecido tanto a adoção de mecanismos terceirizados de gestão das unidades de saúde (como as Organizações Sociais de Saúde) quanto o surgimento de mecanismos alternativos de contratação de pessoal pelos governos municipais e estaduais.

No que tange a modelos de remuneração de profissionais de saúde, estes tendem a guardar relação com o tipo de vínculo empre-

gatício (GIRARDI; SALGADO; VAN STRALEN, 2015). Servidores públicos, trabalhadores em regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e cargos comissionados tendem a ser pagos por salário, o que equivaleria à forma mais agregada de pagamento. Essa modalidade de pagamento, acrescida à estabilidade do vínculo empregatício, em tese favoreceria a oferta de quantidade menor de procedimentos.

O pagamento por plantão equivaleria ao regime de pagamento per diem, e, embora sendo uma forma bastante desagregada de pagamento, não tem direção de incentivo definida como modelo de remuneração de profissionais de saúde. Esse modelo é usado nos contratos com cooperativas e em outras formas de contratação temporária (com vínculo precário). Para estabelecimentos de saúde, o pagamento per diem (por diária) em tese favoreceria o aumento dos dias de internação e, consequentemente, do tempo de permanência, gerando um potencial de maior ineficiência.

Um último tipo de vínculo é a bolsa, usada de forma para contratações temporárias e, desde meados de 2013, pelo Programa Mais Médicos, como mecanismo de remuneração de médicos brasileiros e estrangeiros pelo governo federal que se disponha a atuar em equipes de saúde da família em localidades remotas ou na periferia de grandes cidades. Como bolsa, não comporia efetivamente uma contratação de trabalho. Todavia, esses profissionais atendem diretamente a população e são o profissional médico de várias equipes de Saúde da Família. Apesar de a bolsa ser um rendimento não tributável, o que pode ser financeiramente vantajoso, a precariedade do vínculo empregatício é o grande problema apontado nessa modalidade de remuneração, cuja direção do incentivo também pode tomar sentidos distintos, a depender de outras variáveis. Esse programa inclui,

também, outros incentivos não financeiros que serão discutidos posteriormente quando for descrito o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) da atenção básica.

Girardi, Salgado e Van Stralen (2015) apontam a tendência crescente à adoção de esquemas de remuneração variável para contornar a rigidez das políticas de remuneração do serviço público, que de uma forma geral não adota padrões remuneratórios compatíveis com os praticados pelo mercado para os profissionais de saúde[6]. No caso de servidores públicos, também os adicionais de remuneração previstos nos incentivos por desempenho precisam da aprovação do Legislativo.

Adicionalmente, o mosaico de regimes de contratação gera dificuldades de instituir formalmente gratificações por desempenho. Ainda assim, vários entes federativos já instituíram gratificações por desempenho na remuneração dos servidores, inclusive o governo federal (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

As gratificações de desempenho foram inicialmente instituídas considerando parâmetros bastante formais de desempenho - como assiduidade, pontualidade, capacidade de trabalho em equipe - mas vêm paulatinamente ganhando indicadores e metas mais sofisticadas, que às vezes incluem um plano de trabalho e metas pactuado com o próprio servidor. A SES de Pernambuco, por exemplo, instituiu em 2011 um incentivo financeiro através de gratificação, que vem sendo aferida a partir de indicadores institucionais e individuais. A Prefeitura do Rio de Janeiro, por seu lado, adotou um sistema de bonificação anual (um décimo quarto salário) condicionado ao cumprimento coletivo de

[6] Deve-se considerar, também, o contexto de escassez de profissionais, como é o caso dos médicos. Ver, entre outros, Vieira e Servo (2014).

metas previamente definidas. Esse sistema substitui um sistema prévio de remuneração por desempenho onde cada unidade de saúde deveria cumprir metas mensais, sendo o valor do incentivo acrescido à remuneração dos funcionários. Quase todos esses sistemas de gratificações de desempenho, na prática, acabam atuando como recomposição de perdas salariais cumulativas e sendo, eventualmente, incorporadas aos salários (GIRARDI; SALGADO; VAN STRALEN, 2015, 2015).

A contratação de cooperativas de profissionais de saúde tem sido uma das estratégias usadas pelas Secretarias de Saúde para preencher lacunas na prestação de serviços em regiões geográficas e especialidades onde a oferta de mão de obra é escassa, sendo reconhecida pelos Ministérios Públicos como um instituto de intermediação de mão de obra.

A greve dos médicos no Nordeste em 2011 revelou a dependência dessa região do país em relação a essa modalidade de contratação, evidenciando que, em alguns Estados- como Amazonas, Paraíba, Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Norte - as cooperativas são essenciais para a manutenção dos serviços do SUS, deixando "reféns" governos estaduais e municipais (ARAÚJO, 2011).

Já em 2007, segundo a Federação Nacional de Cooperativas Médicas (Fecom), cerca de 20% dos médicos brasileiros, desmotivados pelos salários públicos e na busca de se protegerem de eventuais regras remuneratórias desfavoráveis da saúde suplementar, integravam essas cooperativas. As cooperativas recolhiam uma taxa mensal equivalente a 3,5% dos ganhos brutos do profissional, mas ofereciam como vantagens remunerações em geral superiores a qualquer regime de contratação como funcionário público (pois a cooperativa tem mais poder de negociação) e impostos menores do que o dos autônomos

(8% como cooperativado versus, no mínimo, 15% se fosse pessoa jurídica) (COLLUCI; ACAYABA, 2007).

4.2 Administração terceirizada de unidades de saúde – O modelo Organizações Sociais de Saúde

Outra forma de contratar pessoal de forma ágil é a contratação indireta quando da terceirização da gestão de unidades públicas de saúde, mediante o uso da contratualização com o terceiro setor, baseada em contratos de gestão. Dada a baixa atratividade da carreira de servidor público, os requisitos de tempo necessários para organizar um concurso público e as restrições à contratação de pessoal implícitas na Lei de Responsabilidade Fiscal, o modelo Organização Social tem sido defendido, entre outros motivos, como solução para esses impasses (IBAÑEZ et al., 2001).

A reforma de Estado brasileiro da década de 1990 (Ministério da Administração e Reforma do Estado/MARE, 1998) patrocinou a Lei das Organizações Sociais (OS) - Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998). Em 2009, além da Lei Federal, já havia 15 leis estaduais e 41 leis municipais regulamentando as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Para as 170 Organizações Sociais qualificadas nos três níveis federativos nas várias áreas de atuação possíveis (Saúde, Educação e Cultura) havia 6 contratos de gestão firmados com o Governo Federal, 28 com governos estaduais e 15 com governos municipais (GRAEF; SALGADO, 2012). Em 2014, 17 Estados e 186 municípios já declaravam fazer uso desse modelo de gestão na saúde, em um total de 1272 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2015).

O gerenciamento por OSS, inicialmente concentrado em hospitais, ampliou-se para abarcar todos os níveis do modelo de Atenção, inclusive a Atenção Básica, com gestão de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e redes de atenção básica por essas organizações. Os Estados e municípios onde o modelo está mais disseminado são São Paulo e Rio de Janeiro. A lógica contratual é adotada para gerenciar a atenção básica e uma parcela maior (São Paulo) ou menor (Rio de Janeiro) do parque hospitalar público. No caso de São Paulo, as OSS também têm contratos de gestão para administrar centros de referência de especialidades, farmácias de alto custo, laboratórios de análises clínicas, centros de imagem e a logística hospitalar (UGÁ; LIMA, 2013).

O modelo de remuneração em geral envolve orçamentos globais transferidos por duodécimos e uma parte variável da remuneração está ligada ao cumprimento de metas de qualidade. As organizações são cobradas pela entrega de um quantitativo de serviços/procedimentos pactuado no contrato. Os critérios de definição do orçamento global, definido de comum acordo entre as partes, muitas vezes envolvem uma estimativa dos serviços a serem oferecidos valorados por algum fator de expansão – em geral entre três a oito vezes- sobre a tabela SUS. O elemento de discricionariedade implícito na qualificação de entidades como Organizações Sociais e no estabelecimento do valor dos contratos não é irrisório. Isso pode transformar a contratualização com as Organizações Sociais em uma disputa entre interesses públicos e privados (ALBUQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015).

Nas experiências de arranjos contratuais, as Secretarias Estaduais e Municipais são obrigadas a constituírem uma comissão de avaliação de acompanhamento de contrato, que avalia seu cumprimento e eventuais ajustes necessários (UGÁ; LIMA, 2013). Ainda assim, os

Tribunais de Contas e o Ministério Público, que têm competência para fiscalizar os contratos celebrados com Organizações Sociais[7], têm destacado a frequente insuficiência dos mecanismos de monitoramento e acompanhamento, com alto potencial para ocorrência dos efeitos adversos da contratualização.

Mais especificamente, a impossibilidade de considerar a Tabela SUS como uma proxy de custo para procedimentos individuais sem uma prévia análise, dificulta sobremaneira o trabalho de fiscalização das instâncias responsáveis no quesito eficiência, visto que há pouco parâmetro para analisar em que medida os valores estabelecidos em contrato são adequados.

A análise do desempenho qualitativo costuma estar ligada a metas de estrutura (por exemplo, possuir comissões obrigatórias implantadas, entregar AIHs no prazo de até seis meses) e, mais raramente, a metas de processo e resultados, como taxas de infecção hospitalar e reinternação. Ajustes para mix de gravidade de pacientes e serviços ou acompanhamentos de resultados/desfechos clínicos raramente são vistos nos contratos no Brasil.

5 Estratégias de contratualização para pagamento pelo governo federal: pagamento pela tabela, incentivos e desempenho

À exceção de uma estrutura residual de prestação de serviços – representada por alguns hospitais e Institutos situados no Rio de Janeiro e contribuições expressivas para o financiamento direto da Rede Sarah (Pioneiras Sociais) e para o Grupo Hospitalar Conceição, no Rio

[7] Decisão do Plenário do Supremo Tribunal Federal, de 16 de abril de 2015.

Grande do Sul - o governo federal não inclui a prestação de serviços de saúde individuais como foco de suas atribuições.

A base para a remuneração por procedimentos nas transferências a Estados e municípios é a Tabela SUS, que define a remuneração básica para procedimentos abrangidos nos tetos estaduais e municipais. Um estudo realizado em 2001 comparou os valores retribuídos pela Tabela SUS e um conjunto de mais de cem procedimentos hospitalares. Foi identificado que a maioria dos procedimentos era sub-remunerado em relação a custos e preços de mercado e essa defasagem se acentuou desde então. A defasagem podia superar os 300% e apenas transplantes e procedimentos muito complexos apresentavam remunerações vantajosas (CARVALHO, 2007).

O governo federal também influencia a produção de serviços utilizando um conjunto de incentivos que visa corrigir parcialmente essas distorções via proposta de esquemas de remuneração por desempenho e específicos gerais ou para nichos de prestadores específicos na atenção básica e na média e alta complexidade.

5.1 Contratualização e pagamento por desempenho na atenção básica (PMAQ-AB)

Em termos de pagamentos por resultados, um exemplo recente tem sido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que foi lançado em 2011 voltado para as equipes de saúde da família. O programa aumenta o repasse de recursos federais por meio de um incentivo que compõe a parte variável do piso da atenção básica (PAB). Essa elevação dos repasses estaria condicionada a melhoria da qualidade da atenção. Em 2013, outras equipes puderam aderir ao PMAQ: equipes de

atenção básica "equivalentes"; Equipes de Saúde Bucal (ESB); equipes do NASF e as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Chama atenção a crescente participação do PMAQ dentro do orçamento da atenção básica. Dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) mostram que os valores empenhados nos anos de 2011, 2012 e 2013 foram, respectivamente, de R$ 54,7 milhões, R$ 874,8 milhões e R$ 1,3 bilhão. No ano de implantação, 2011, o baixo valor deveu-se ao fato de que, no início do programa, as equipes recebiam apenas 20% do valor correspondente ao repasse do financiamento de uma ESF. À medida que são avaliadas, os valores podem chegar a 100% do que é repassado a uma ESF. Em 2013, os repasses do PMAQ representaram o terceiro maior volume de recursos dentro do Piso da Atenção Básica (PAB) - variável. Dessa forma, o crescimento exponencial do programa foi devido, em parte, ao processo de implantação e, em parte, à expansão para outras modalidades de equipes. Infelizmente, ainda não estão disponíveis avaliações sobre como os recursos do PMAQ estão melhorando os indicadores de saúde dos municípios (IPEA, 2016, p.126-127).

Esse programa se organiza por quatro fases que compõe um ciclo no qual se propõe a avançar na melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Para isso, o primeiro passo é a adesão da equipe ao PMAQ-AB. Posteriormente a adesão, são propostas ações que visam a autoavaliação, monitoramento das ações, a educação permanente da equipe e o apoio institucional. Depois as equipes passam por uma avaliação externa. Em seguida realizam a recontratualização para o próximo ciclo. O primeiro ciclo foi concluído em 2013 e contou com a adesão de 17482 equipes de saúde (BRASIL, 2015).

Na análise da gestão do trabalho, a partir das informações disponibilizadas no primeiro ciclo pelo Ministério da Saúde (BRASIL,

2015), observa-se algumas questões que podem implicar em dificuldades para efetividade desse modelo de remuneração aplicado a atenção básica. A primeira refere-se à existência de indicadores para acompanhamento sistemático da população sob responsabilidade de cada equipe. Apesar de afirmarem ter sido estabelecidos planos e metas com percentual elevado (acima de 70%), ainda havia cerca de 1/5 sem metas estabelecidas. Muitos informaram receber informações e acompanhar indicadores relativos a população adscrita. As equipes mostraram mapas da territorialização (presente em mais de 90% dos casos, em 2012), mas cerca de 70% desses não continham sinalização de agravos considerados centrais nas ações desse nível de atenção (tais como, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, saúde mental, doenças endêmicas) (BRASIL, 2015). Os resultados também mostram que a maioria das equipes não tinha mapas organizados com informações sobre os determinantes sociais, tais como composição étnico-racial e condições socioeconômicas da população adscrita.

Outro fato que chama atenção é o elevado percentual de população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência da equipe: 79,4% na região Norte e 59,2% na região Nordeste. No Brasil, esse percentual ficou, em média, em 39%. Esses elevados percentuais nessas macrorregiões chamam atenção visto que os indicadores de cobertura por equipes de saúde da família são bastantes elevados em vários municípios.

Nesse primeiro ciclo também se observava ainda dificuldades de coordenação e acompanhamento do cuidado para além da atenção básica. A maioria informava não contar com participação de pessoas da vigilância em saúde no planejamento de suas ações. Cerca de 39% não agendavam consultas com especialistas quando essas

eram necessárias. Em sua imensa maioria (99%) não tinha percurso definido para paciente com necessidade de consulta especializada. Mais da metade não mantinham registro de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção. Outros relatórios mostram, também, a ausência de materiais e equipamentos básicos em algumas unidades, inadequações da estrutura física para efetiva implantação e realização das ações previstas na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2015)[8].

O primeiro ciclo de avaliação foi concluído em 2012, mostrando essas e outras limitações para avaliação da qualidade (BARRETO, 2015). Os dados do segundo ciclo ainda não estão disponíveis. Em 2015 o PMAQ iniciava seu terceiro ciclo de avaliação. A principal questão refere-se à necessidade de estabelecimento de metas e condições para sua realização. A construção de linhas de bases depende do estabelecimento dessas metas de forma clara e de sistema de informações capazes de permitir seu monitoramento. Ainda assim, a realização das avaliações permite ter um retrato da situação da atenção básica no país. Após a divulgação dos resultados do segundo e terceiro ciclos será possível traçar algumas considerações sobre a efetividade desses incentivos.

Outra questão é sobre a forma como se dá o repasse. Ele não é feito diretamente para as equipes, mas sim para os municípios. Com isso, os recursos podem não resultar em aumentos das remunerações dos profissionais envolvidos e avaliados pelo PMAQ (IPEA, 2016). Como os gestores municipais convertem os repasses de recursos, se em acréscimos remuneratórios ou melhoria da condição de trabalho, ainda não está claro.

[8] Há várias informações nos relatórios, mas nesse texto foram destacadas algumas que podem contribuir ou dificultar a efetividade dos resultados que se deseja a partir dos incentivos.

5.2 Contratualização na Média e Alta Complexidade

O primeiro segmento alvo de iniciativas de contratualização e remunerações diferenciadas por parte do governo federal foram os hospitais de ensino. Já em 1991, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS) proporcionava a esses hospitais adicionais sobre receitas das internações entre 25% e 50% das remunerações habituais, mas ainda não condicionados à contratualização (BRASIL, 1991).

Com o agravamento da crise de financiamento nesse segmento, foram, a partir de 2004, publicadas várias Portarias Interministeriais dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação e Cultura (MEC) (Portarias Interministeriais nº 1.000, 1.005, 1.006 e 1.007 de 2004) que formataram o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (REHUF). Para ingressar no Programa, os hospitais, de qualquer natureza jurídica, deveriam ser previamente certificados por uma comissão interinstitucional como estabelecimentos atividades nos campos da assistência, gestão, ensino e pesquisa para, em seguida, se habilitarem à celebração de contrato contendo metas e indicadores de qualidade e de produção de serviços (contratualização). O Programa previa a reintrodução da orçamentação global com repasse fixo mensal baseada em uma série histórica de serviços produzidos. A esse repasse seriam acrescentados eventuais novos incentivos e do impacto dos reajustes futuros, além do FIDEPS (CARVALHO, 2007, UGÁ; LIMA, 2013).

Outros segmentos hospitalares contemplados com Programas de Contratualização desde então incluíram, os hospitais de pequeno porte (Portaria GM/ MS nº 1.044, de 1º de junho de 2004) (BRASIL, 2004) e

os hospitais filantrópicos. Para esses últimos foi criado o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, que tinha como maior fator de atração o aporte extraordinário de recursos a título de Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (CARVALHO 2007).

Em janeiro de 2009, a política de contratualização do Ministério da Saúde para hospitais filantrópicos contemplava 633 hospitais filantrópicos (UGÁ; LIMA, 2013). A contratualização nesse segmento avançou a partir da criação do Incentivo Financeiro 100% SUS (Portaria nº 929/GM/MS, de 10 de maio de 2012) destinado a hospitais filantrópicos com dedicação integral de seus serviços de saúde destinados ao SUS (BRASIL, 2012).

Ao final de 2013, foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013), em uma tentativa de organizar os 5.664 hospitais no âmbito do SUS, dos quais 3.297 estabelecimentos com 1 a 50 leitos (BRASIL, 2013). A Portaria concedia prazo de três anos aos pequenos estabelecimentos para se adequarem ou mudarem de perfil assistencial, transformando-se, por exemplo, em UPA, Centro de Especialidades, Hospital-dia, a depender da necessidade local.

Em 2014 para reforçar o alcance do PNHOSP, o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) (Portaria GM/MS nº 142, de 27 de janeiro de 2014) substituiu o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) (BRASIL, 2014). O valor do IGH corresponderia, no mínimo, a 50% (cinquenta por cento) da série histórica de referência da produção total da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do hospital contratualizado.

A novidade do novo arcabouço de contratualização hospitalar é que, além de hospitais sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 leitos existentes e 25 operacionais cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), podiam requerer a contratualização hospitais públicos com capacidade instalada igual ou superior a 50 leitos ativos. Para cada

hospital contratualizado deveria ser estabelecido um Plano Operativo Anual onde constassem Ações, Serviços e Metas pactuados e a descrição detalhada da programação orçamentária mensal e anual, considerando o conjunto de incentivos e fontes de financiamento disponíveis a cada um (Quadro 2).

Quadro 2: Composição do orçamento da contratualização nos planos operativos anuais

Pré-Fixado
Média da Produção de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar constantes do Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações Ambulatoriais
Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH)
Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)
INTEGRASUS
FIDEPS
Incentivo financeiro 100% SUS
Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais - REHUF
Recursos Financeiros de fonte Municipal (citar objeto ou programa)
Recursos Financeiros de fonte do Estadual ou Distrito Federal (citar objeto ou programa)
Incentivo Redes Temáticas de Atenção à Saúde (citar rede)
Outras fontes de Recursos Financeiros (citar a fonte)
Subtotal
Pós-Fixado- de Alta Complexidade
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC
Subtotal
Total

Fonte: Diário Oficial da União, anexo da Portaria publicada DOU de 2/1/2014 (BRASIL, 2014).

Não obstante as sucessivas tentativas de estabelecer um arcabouço consistente de contratualização hospitalar para reorganizar a rede de prestadores no âmbito do SUS na última década, ressalvados eventuais casos de sucesso trata-se, ainda, de um processo incipiente com muitas lacunas de monitoramento. O processo pressupõe

a participação efetiva de gestores, prestadores e suficiência da Comissão de Acompanhamento, além da atuação efetiva de órgãos de monitoramento internos e externo. ABRUCIO (2006) ressalta que é um mito a ideia de que a contratualização torna mais simples controlar a provisão de serviços.

Adicionalmente, independentemente da implantação de incentivos para melhoria da qualidade, hospitais sem recursos para investimento não conseguem responder a incentivos. Períodos de recessão geram retração dos investimentos e o pagamento por desempenho, nesse contexto, pode comprometer ainda mais a situação dos hospitais (WERNER et al., 2011). O crônico subfinanciamento do SUS, portanto, prejudica as tentativas de estabelecer bases consistentes para a contratualização.

Nesse contexto, não há como desconsiderar o diagnóstico do presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul em 2013, de que "[...] a contratualização foi a forma do governo federal de fugir do reajuste da Tabela SUS". Diante disso, ainda que a literatura não tenha definido uma relação "dose-resposta" entre tamanho do incentivo e sucesso ou insucesso dos pagamentos por desempenho, um eventual efeito de incentivo pode se perder (VAN HERCK et al., 2012).

6 Considerações finais

Os estudos sobre formas de remuneração são bastante comuns na literatura nacional e internacional. A efetividade de todos eles depende não somente da modalidade em si, mas da organização e estrutura do sistema de saúde no qual ele está sendo implementado.

No caso brasileiro, observa-se uma proliferação de incentivos e aumento das remunerações por desempenho. Ainda assim, a maior parte dos repasses e pagamentos ainda é feita por modalidade de pré-pagamento e com bases históricas. Na prática, as modalidades de pagamento persistem fortemente concentrados em remunerações agregadas (repasses em bloco, orçamentos globais, salários ou outros modelos que na prática terminam por apresentar dinâmicas de orçamentos globais), tanto para prestadores como para profissionais.

Em geral a estrutura de base para a definição dos montantes a serem pagos é pouco clara (orçamento global com liberação automática dos duodécimos, 10% a título de cumprimento de metas ou repasses sem definição do percentual a ser atribuído aos profissionais). Adicionalmente, há uma grande e histórica lacuna de informações sobre custos, bem como acompanhamento e monitoramento efetivo da formação de preços no mercado de bens, serviços e de trabalho. Assim, as bases para a definição dos preços dos procedimentos praticamente inexistem e ficam sujeitas a arranjos discricionários. Metas em geral se resumem à lista de procedimentos e serviços a serem oferecidos com alguma meta básica.

As remunerações de referência dos custos e, com isso, os próprios arranjos de remuneração podem se conformar em espaços opacos com potencial para encobrir transações pouco claras. Essa ausência de uma base de custos não invalida a importância de uma tabela remuneratória como base para pagamentos de determinados grupos de prestadores. Não necessariamente como piso ou teto, mas como referências de custos. Para isso, mais do que abandonar a tabela, ela deveria ser revista com base na construção de um sistema de custos de referência para as remunerações.

No caso da atenção básica, os modelos remuneratórios devem considerar os mercados de trabalho, por exemplo, se há escassez ou não dos profissionais, se há outros incentivos não remuneratórios a localização, se esses profissionais tem poder de mercado, se o Estado é o principal contratante local ou se ele compete com o setor privado ou com outros gestores pelo mesmo profissional. Sem isso, pode-se desenhar mecanismos de remuneratórios pouco efetivos.

As propostas mais atuais para a remuneração da média e alta complexidade, que estendem a proposta de contratualização para estabelecimentos públicos, têm como pontos fracos: (a) um virtual desconhecimento de que hospitais públicos não gerem seus próprios orçamentos; (b) ainda que todos os possíveis incentivos possam ser agregados à proposta orçamentária, salvo pelas misturas (mix) de procedimentos de maior complexidade, os valores não cobririam os custos. Preserva-se uma rede já deficitária em suas práticas de gestão em persistente situação de subfinanciamento. No panorama atual, ainda que a contratualização possa ter resultados pontualmente encorajadores, eles tendem a ser sistemicamente insuficientes.

Referências

ABRUCIO, F. Contratualização e organizações sociais: reflexões teóricas e lições da experiência internacional. **Debates GV Saúde**, São Paulo, v. 1, p. 24-27, 2006.

ANDREAZZI, MF. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. Brasília (DF): Ipea, dez. 2003. (Texto para discussão n. 1006).

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso; MORAIS, Heloísa Maria Mendonça de; LIMA, Luci Praciano. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1825-1834, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.11862014>.

ARAÚJO, Ricardo. Cooperativas: solução ou problema? **Tribuna do Norte**, Natal, 1º maio 2011. Disponível em: <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/cooperativas-solucao-ou-problema/180001>. Acesso em: 27 abr. 2016.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2015, v. 20, n. 5, p. 1497-1514. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.01652014>. Acesso em: 24 abr. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília (DF): Senado, 1988.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 15, de 8 de janeiro de 1991, DO 7, de 10 de janeiro de 1991. Define a ascensão automática mental do IVH dos Hospitais integrantes do SUS; cria o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS) e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília (DF), 10 jan. 1991, Seção I, p. 603.

BRASIL. Presidência da República. Lei 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), Seção I, 18 maio 1998, p. 8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.044, de 1º de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2 jun. 2004, Seção I, p. 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 929, de 10 de maio de 2012. Institui o Incentivo Financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 11 maio 2012, Seção I, p. 137.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 142, de 27 de janeiro de 2014. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 28 jan. 2014, Seção I, p. 26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gestão da Atenção Básica** [recurso eletrônico]. Brasília (DF), 2015a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_2_vol_3.pdf>. Acesso em: 2 maio 2016.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, jul./aug. 2007.

CHAIX-COUTURIER, C. et al. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issue. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 12, n. 2, p. 133-142, Apr. 2000.

CHARLESWORTH, A.; DAVIES, A.; DIXON, J.; NUFFIELD, T. **Reforming payment for health care in Europe to achieve better value**. London: Nuffield Trust, Aug.2012.

COLLUCI, C; ACAYUBA, C. Crise na saúde revela poder das cooperativas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 ago. 2007. Caderno Cotidiano. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2708200701.htm>. Acesso em: 27 abr. 2016.

CUTLER D. M. Introduction. In: CUTLER D. M. **The Changing Hospital Industry**: Comparing For-Profit and Not-for-Profit Institutions. Chicago: University of Chicago Press, 2000. Disponível em: <http://www.nber.org/chapters/c6756.pdf>. Acesso em: 1° maio 2016.

DEVEREAUX, P. J. et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ**, v. 170, n. 12, 8 jun. 2004.

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, 2012.

EIJKENAAR, F. et al. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. **Health Policy, Amsterdam**, v. 110, n. 2-3, p. 115-130, 4 Feb. 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>. Acesso em: 2 mar. 2016.

GIRARDI, S. N.; SALGADO, V. A. B.; VAN STRALEN, A. C. S. Aspectos críticos da experiência municipal com remuneração variável de equipes de atenção básica em saúde. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 8., 2015, Brasília (DF). **Anais**... Brasília (DF): CONSAD, 2015.

GRAEF, A; SALGADO, V. **Relações de parceria entre poder público e entes de cooperação e colaboração no Brasil.** Samuel A. Antero (Org.). Brasília (DF): IABS. 2012. <http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/vol _1_relacoes_parceria_publico_ongs.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

IBAÑEZ, Nelson et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

IBGE. **Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros 2014**. Rio de Janeiro, 2015.

IPEA. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Brasília (DF), 2016. p.126-127.

MATHES, T. et al. Payment methods for hospitals. **Cochrane**, London, n. 6, 25 Jun. 2014.

MCGUIRE, T. G. Physician Agency. In: CULYER, A.; NEWHOUSE, J. (Ed.). **Handbook of health economics**. Amsterdam: Elsevier, 2000. v. 1A.

MÉDICI, André Cezar. Incentivos Governamentais ao Setor Privado de Saúde no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992.

MELBERG, Hans Olav; PEDERSEN, Kine. **Do changes in reimbursement fees affect hospital prioritization?** Norway: Department of Health Management and Health Economics of the University of Oslo, jan. 2015.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0900.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2016.

OCDE. **Fiscal sustainability of health systems**: bridging health and finance perspectives. Paris, 2015.

OECD; EUROSTAT; WHO. **A system of health accounts**: 2011. Paris: OECD Publishing, 2012. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en>.

PIETER, V. H. et al. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. **BMC Health Services Research**, London, 2010, 20:247. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/247>.

PORTER, M. E.; KAPLAN, R. S. How should we pay for health care? **Working Paper**, Brighton, p. 15-41, 12 Feb. 2015.

PIOLA, S. F; SERVO, L.M.S.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. Estruturas do Financiamento e do Gasto Setorial. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/ uploaded/11_11_2015__0_miolo_saude_brasil_2030.pdf >.

QUINN, K. The 8bBasic payment methods in health care. **Ann Intern Med**. v. 163, n. 4, p. 300-306, 2015.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; SILVA, P.L.B. Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro e São Paulo. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs). **Brasil**: Radiografia da Saúde. Campinas (SP): Unicamp, 2001. p. 555-578.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil –arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SANTOS, M. A. B. et al. Autonomia financeira em estabelecimentos públicos e privados de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 201-206, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00049413>. Acesso em: 1 abr. 2016.

UGÁ, M. A. L.; LIMA, S. M. L. Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços de Saúde In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde, 2013. v. 4. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>.Acesso em: 23 mar. 2016.

UGÁ, M. A. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, 2012.

VAN HERCK, PIETER et al. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. **BMC Health Services Research**, London, 20:247, 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/247>. Acesso em: 2 mar. 2016.

VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. Escassez de médicos no Brasil: análise de alguns indicadores econômicos. **Radar**: tecnologia, produção e comércio exterior, Brasília (DF), n. 32, abr. 2014

WERNER, R. M. *et al*. The Effect of Pay-For-Performance in Hospitals: Lessons for Quality Improvement. **Health Affairs**, Bethesda, v. 30, n. 4, p. 690-698, 2011.

8
Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS

Rosa Maria MARQUES[1]
Sérgio Francisco PIOLA[2]
Carlos Octávio OCKÉ-REIS[3]

Apresentação

Este capítulo faz uma abordagem mais geral dos condicionantes da configuração atual da organização e financiamento do sistema de saúde do Brasil, com foco maior no segmento público, e discute questões relacionadas a alguns dos seus principais problemas. Na seção 1, são discutidas algumas hipóteses explicativas possíveis para a crônica insuficiência de recursos para o setor público e para a manutenção de um sistema segmentado, mesmo com a criação, em 1988, de um sistema público com responsabilidade de cobertura universal. Na seção 2, é aprofundada a discussão sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no volume de recursos e no papel da participação federal no financiamento desse sistema. Por último, na seção 3, é abordada a questão da necessidade de aprimoramento da regulação do segmento de planos e seguros privados de saúde, como condição importante para o fortalecimento do SUS.

[1] Economista. Professora titular do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política (PPGEP) da PUC-SP e presidente da ABrES. Pós-doutora pela Faculté de Sciences Economiques da Université Pierre Mèndes-France de Grenoble e na Universidad de Buenos Aires.

[2] Graduado em Medicina pela UFRGS (1973). Especialista em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz (1977). Pesquisador convidado do Observatório de Recursos Humanos para a Saúde do NESP/CEAM/UnB. Ex-presidente da Associação de Economia da Saúde da América Latina e do Caribe (AES/LAC). Consultor do IPEA.

[3] Economista. Doutor em Saúde Coletiva pela UERJ. Pós-doutor pela Yale School of Management (New Haven, USA). Técnico do IPEA. Ex-Diretor do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (DESID/SE/MS).

1 Possíveis hipóteses explicativas para o cenário atual de organização e financiamento do sistema de saúde do Brasil

O gasto público com saúde do Brasil é baixo, tal como destacado nos capítulos 4 e 5. Enquanto países com sistemas similares, isto é, universais e públicos, gastam em média o correspondente a 8% do Produto Interno Bruto (PIB), o SUS destinou, em 2014, apenas 3,9%, o que resulta num gasto per capita bastante baixo. Ao mesmo tempo, como visto no capítulo 4, recursos fiscais deixam de ser arrecadados pelo governo federal (renúncia fiscal) em função da permanência de incentivos aos seguros e planos de saúde e às demais modalidades da assistência saúde privada, presentes nas deduções para efeito da base sobre a qual incide o imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas. O resultado disso é a existência de um forte setor privado, em paralelo e concorrente ao setor público. Em março de 2016, o chamado setor de saúde suplementar era composto por 1.125 operadoras, sendo 806 médico–hospitalares e 319 exclusivamente odontológicas, cobrindo 25,2% e 11,2%, respectivamente, da população brasileira (ANS, 2016). Junto a isso, desenvolve-se um também expressivo segmento privado financiado diretamente por seus usuários no momento do consumo dos cuidados. Como sabido, os usuários das modalidades da assistência saúde privada recorrem ao SUS sempre que necessário, seja por restrição orçamentária, seja pela restrição derivada da cobertura propiciada por seu plano. Recorrem também para ter acesso a alguns tipos de transplantes e medicamentos de alto custo que são encontrados unicamente no SUS.

Passados tantos anos após a criação do SUS, seu reduzido orçamento (formado pelas três esferas de governo) e a convivência de um setor privado robusto são resultado de múltiplos fatores, entre os quais destacamos alguns, a título de hipóteses. A primeira delas é que a simbiose público/privado, existente desde os primórdios da atenção médica previdenciária e reforçada com a implantação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), nunca foi rompida. A implantação dos equipamentos públicos em saúde foi realizada preservando o investimento privado já existente, o que definiu e condicionou a trajetória subsequente dos investimentos, tanto públicos como privados. Isso resultou num baixo nível da presença do Estado na saúde e numa concentração do investimento privado nos grandes centros populacionais do país e regiões de maior renda, onde se concentra e se reproduz a sua dinâmica econômica. Desse modo, diferentemente do que ocorreu na Inglaterra do pós-guerra, a criação de um sistema público universal não implicou a estatização dos hospitais privados, por exemplo. Esses, na sua maioria, atendem o usuário SUS e por isso são remunerados.

A segunda hipótese, que dialoga com essa observação sobre o ocorrido na Inglaterra, é que a construção de um sistema público de acesso universal no Brasil nunca foi, de fato, abraçada com entusiasmo, por nenhum partido, tal como ocorreu em países europeus durante o longo período influenciado pela social democracia europeia. Nesses países, o sistema nacional de saúde, ao integrar um projeto político e ao ser implantado, passou a ser reconhecido como uma conquista por diferentes segmentos da população, independentemente de seu nível de renda. Prova disso é que, apesar das tentativas realizadas, o sistema de saúde público universal persiste mesmo onde as chamadas políticas neoliberais são a norma. Mais uma vez, o exemplo emblemático é o da Inglaterra, com

seu **National Health Service.** No caso brasileiro, não só os partidos são omissos quanto ao financiamento público das ações e serviços de saúde privados (consubstanciado na renúncia fiscal mencionada anteriormente), como os sindicatos de trabalhadores, desde os anos 1970, incluem em suas pautas de negociação os planos de saúde (MARQUES; PIOLA, 2014).

A terceira hipótese decorre de restrições impostas pelo tipo de inserção que o país tem na economia mundial. Apesar da complexidade de sua economia, o país continua dependente da trajetória ditada pelos grandes centros do capitalismo, de modo que lhe é exigido o cumprimento estrito de suas obrigações, em especial no tocante ao pagamento dos juros da dívida. Essa situação, que se concretiza na definição de um superávit primário como um dos pilares de sua política macroeconômica, atua como uma restrição à expansão do gasto social, particularmente sobre a saúde pública, dado que não há direitos individuais a ela associada, tal como ocorre com a previdência social. Não é por outro motivo que parte importante das contribuições sociais, que financiam a Seguridade Social, foi desvinculada com a introdução da Desvinculação das Receitas da União (DRU), o que foi tratado no capítulo 5.

A quarta e última hipótese diz respeito ao fato de a saúde pública ter perdido a batalha das ideias junto a segmentos importantes da população brasileira. Auxiliada pela grande mídia, consolidou-se, nas últimas duas décadas, junto aos setores de renda média e média alta, que ações e serviços propiciados pelo setor público são de má qualidade, neles incluídos os da saúde, e que aqueles realizados pelo setor privado são, pelo contrário, o que de melhor se pode obter. Tudo isso tendo como pano de fundo o fato de a saúde constituir-se, cada vez mais, em um campo de investimento privado privilegiado, no qual atuam grandes fundos internacionais.

A confluência desse conjunto de motivos, expressos aqui como hipóteses, configuram elementos que moldaram a trajetória do SUS, definiram seus problemas, e de certa forma, limitam suas perspectivas. Dois desses elementos que mais preocupam a plena implantação do SUS são a insuficiência de recursos e a relação com o setor privado, cujos pontos considerados mais relevantes são comentados a seguir.

2 Questões relacionadas ao financiamento do SUS

O SUS convive com problemas de insuficiência de recursos para cumprir seus objetivos constitucionais, desde sua criação pela Constituição 1988, conforme foi destacado nos capítulo 4 e 5. Somente com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000 é que o financiamento do SUS ganhou maior estabilidade. Ademais, a Emenda fez com que Estados e Municípios participassem mais ativamente do financiamento do SUS. A participação dessas instâncias no financiamento do sistema público passou de 40,2% em 2000 para 57,5% em 2014. Como percentual do PIB, os gastos públicos passaram de 2,83%, em 2000, para 3,93% em 2014. O gasto dos Municípios teve um crescimento de 0,61% do PIB, em 2000, para 1,22% em 2015. O dos Estados cresceu de 0,53% do PIB, em 2000, para 1,67% do PIB em 2015. No mesmo período, apesar de ter também crescido em valores absolutos, o gasto federal com o SUS manteve-se em torno de 1,7% do PIB.

Diante de tal comportamento da União, coube aos estados e municípios dar a resposta ao aumento da demanda crescente por ações e serviços de saúde. Não foi por outra razão que os municípios gastam, hoje, com saúde, em média, cerca de 25% de suas receitas próprias (o piso é de 15%) e os Estados, em média cerca de 13% (o piso é 12%).

A regra de vinculação de recursos da União para a saúde, sempre criticada, foi alterada, para pior, em 2015. A nova regra (Emenda Constitucional nº 86, de 2015) baseada em percentual da Receita Corrente Líquida é mais sensível aos ciclos da economia. E as perspectivas de aumento de recursos federais se esfacelou com a crise econômica que já se desnudava em meados do mesmo ano.

Contudo, se o SUS tem um problema de recursos, o sistema de saúde brasileiro, de uma forma mais geral, se ressente do padrão de financiamento público que, via renúncia fiscal, acaba transbordando para os outros segmentos do sistema, como analisado no capítulo 4. Esse modelo traz efeitos perversos: (i) parcela da população tem uma *dupla* cobertura subsidiada com recursos públicos; (ii) retira do SUS justamente a parcela da população com maior poder de pressão e de maior exigência em relação à qualidade dos serviços; iii) reforça a mercantilização de ações e serviços que, por sua natureza, não deveriam funcionar exclusivamente com a lógica do mercado.

É provável que este problema da segmentação não seja resolvido em um futuro previsível, pois nem todos os políticos ou gestores setoriais consideram a segmentação um problema. Mas seria importante, do ponto de vista de justiça social, que o financiamento público para saúde tivesse o SUS, que é o sistema de acesso universal, como seu destinatário exclusivo.

O financiamento compartilhado do SUS, entre três esferas de gestão, também apresenta questões não resolvidas. O principal talvez seja o papel dos recursos federais, responsáveis por mais de 43% dos recursos aplicados no sistema. Apesar de ter sido resolvida, de forma relativamente satisfatória, a questão do automatismo nos repasses com a instituição do mecanismo *fundo a fundo*, o que deu maior segurança aos

gestores subnacionais, a distribuição dos recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios, ainda suscita discussões. Embora previsto na legislação (Lei Complementar nº 141/2012), o papel de reduzir as desigualdades regionais ainda não está claramente explicitado nas normas atuais de alocação de recursos. Por outro lado, toda uma série de definições normativas existentes sobre a matéria acaba por reduzir, de forma bastante forte, a autonomia local na programação e utilização dos recursos transferidos. Essa questão, conforme abordado no capítulo 6, não foi resolvida pela adoção dos blocos de financiamento a partir de 2007 e continua presente na agenda de discussões, sem progressos, seja porque o Ministério da Saúde utiliza seus repasses para indução de políticas e não quer perder esse instrumento, seja porque estados, Distrito Federal e municípios entendem que mudanças na alocação, com a adoção de novos critérios de partilha, só seriam viáveis se houver aumento no volume de recursos a serem repassados.

A insuficiência de recursos para o SUS também têm repercussões sobre a capacidade de investimentos na expansão e qualificação da rede de unidades, fator indispensável para reduzir as desigualdades regionais no acesso aos serviços. A falta de recursos também se reflete no afastamento de instituições privadas, como prestadoras de serviços ao sistema público. Hoje, no Brasil, apenas cerca de 30% dos provedores privados, excluídos os consultórios individuais, prestam serviços ao SUS. Esse fato, mais de que uma política deliberada, é decorrente da remuneração paga pelo SUS, bastante inferior a auferida pelos prestadores privados quando contratados pelo segmento de planos e seguros privados de saúde, conforme se discute no capítulo 7 que aborda a provisão dos serviços e ações do SUS, a participação de agentes públicos e privados e as formas de produção/remuneração dos serviços.

Outros problemas não resolvidos dizem respeito à gestão das unidades de saúde da rede pública e à forma de relacionamento do SUS com as unidades provedoras de serviços, particularmente de serviços de internação. A maior parte das unidades da rede pública ressente-se de autonomia gerencial. A autonomia financeira, mais comum em estabelecimentos públicos hospitalares, ocorre em cerca de 18% dessas unidades. A grande maioria das unidades, aqui incluída a rede de postos, centros de saúde, outras unidades ambulatoriais e hospitais de pequeno e médio portes, tem uma administração direta centralizada nas respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme discutido no capitulo 7. As dificuldades inerentes à administração direta, aos limites de gastos com pessoal, impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, fez com que muitos gestores estaduais e municipais optassem por experiências com outras modalidades de provisão de serviços, como, por exemplo, contratos com Organizações Sociais (OS). Essa estratégia requer, no entanto, um aperfeiçoamento das funções gestoras das secretarias de saúde, tradicionalmente voltadas para a prestação direta de serviços. Ao lado desse movimento de contratos com OS, vem se expandindo, no SUS, a experiência de contratualização, que agora alcança a maior parte dos hospitais que executam serviços do SUS (privados filantrópicos e públicos com mais de cinquenta leitos). Há, contudo, conforme analisado no capítulo 7, nessa estratégia, uma lacuna de monitoramento e, a despeito da criação de incentivos para melhorar a qualidade dos serviços, os hospitais, sem receberem recursos para investimentos, devido ao crônico subfinanciamento do SUS, não conseguem responder de forma mais adequada a tais incentivos.

Neste momento, são pouco prováveis, para não dizer inexistentes, as perspectivas de aumento de recursos para o SUS. As perspectivas apontam para um sentido contrário. Como consequência, o agravamento da insuficiência crônica de recursos, associada a problemas de gestão e ineficiências, poderá diminuir ainda mais a disponibilidade e adequação de profissionais, instalações, equipamentos e suprimentos para o SUS com reflexos no acesso da população aos seus serviços.

Se, por um lado, as perspectivas de aumento consistente de recursos para o SUS não são animadoras, por outro, restam poucas dúvidas quanto ao aumento da demanda por serviços de saúde. No caso do Brasil, dois vetores de crescimento das necessidades de atenção à saúde são bem evidentes: o envelhecimento populacional e o perfil epidemiológico da população, onde já predominam as doenças crônicas não transmissíveis, mas com persistência, em níveis acentuados, de algumas doenças transmissíveis, inclusive, em caráter endêmico. Ademais, contribuindo para o crescimento dos gastos, o Brasil apresenta um padrão de absorção de novas tecnologias, que não apresenta grandes defasagens na absorção em relação aos grandes centros mundiais, possui centros médicos de excelência e uma crescente busca de atendimento pela via judicial. Seguramente, uma discussão mais aberta a respeito dos limites da integralidade da atenção e sobre critérios e mecanismos de absorção de novas tecnologias, sobretudo no segmento público e no segmento de planos e seguros privados de saúde, deverá constar na agenda futura de discussão sobre o financiamento dos serviços de saúde.

Propostas recentes, ainda em tramitação no Congresso Nacional, envolvendo um ajuste nas contas públicas, podem prejudicar ainda mais o financiamento do SUS. Fragilizar o SUS corresponde a fortalecer o sistema privado. E isso é preocupante, em um país com elevados níveis de desigualdade de renda como o Brasil. Nesse contexto, a existência de um sistema universal de saúde, de caráter público, pode exer-

cer papel bastante importante na redução das desigualdades sociais e regionais no acesso às ações e serviços de assistência à saúde.

3 Relação entre setor público e privado: regulação do mercado de Planos de Saúde

Outro grupo de questões relevantes para o futuro do SUS diz respeito à regulação do setor privado e das relações que se estabelecem entre os segmentos que conformam o sistema de serviços de saúde do Brasil.

O sistema de saúde brasileiro acabou se transformando em um mix paralelo e duplicado, no qual o setor privado estabelece uma relação parasitária com o SUS, com o padrão de financiamento público e com o Estado. Pior: sem força para resistir ao alargamento da hegemonia neoliberal, uma visão fiscalista, que promove o mercado de planos de saúde como solução pragmática para desonerar as contas públicas, visão esta que é e foi sustentada ideologicamente dentro e fora do Estado.

Para reverter esse quadro, alguns analistas de políticas de saúde acreditam que a progressiva expansão do SUS, tanto do ponto vista quantitativo como qualitativo, teria o potencial de trazer a clientela da medicina privada para o setor público. Nessa hipótese, a ampliação de recursos para o SUS deveria ser combinada com a regulação substantiva do mercado, isto é, a partir do nexo do seguro social, dever-se-ia ampliar o escopo regulatório dos planos empresariais de saúde, visando a redução do gasto das famílias, das classes médias e dos empregadores com bens de serviços privados de saúde.

O desafio, nesse caso, seria construir essa dupla agenda: fortalecer o SUS melhorando o financiamento, a gestão e o controle social, mas também regular o mercado, em particular dos planos de saúde – tendo como eixo norteador a universalidade, de um lado, e a redução dos gastos das famílias, dos trabalhadores e dos empregadores com bens e serviços privados de saúde, de outro.

Como colocado na seção anterior, o segmento de planos e seguros de saúde privados são um dos que mais se beneficiam com a renúncia fiscal concedida ao gasto privado de pessoas físicas e jurídicas. Nesse sentido, em relação à renúncia fiscal, verifica-se que:

(i) o gasto tributário foi e é peça-chave para a reprodução do setor privado;

(ii) esse subsídio não tem influenciado a calibragem da política de reajustes de preços dos planos individuais praticada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

(iii) o montante da renúncia associado ao Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) não é controlado pelo MS (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016), tampouco pelo Ministério da Fazenda. Condicionada pela renda, a renúncia depende, exclusivamente, do nível de gastos com saúde dos contribuintes e dos empregadores.

Ademais, não é recomendável naturalizar a renúncia de arrecadação fiscal, afastá-la de valores, normas e práticas que possibilitem o exercício do controle governamental sob o marco constitucional do SUS, uma vez que ela pode gerar situação bastante regressiva da ótica das finanças públicas, ao favorecer os estratos superiores de renda e o mercado de planos de saúde. Esse fato, inclusive, faz com que alguns países imponham tetos ou desenhem políticas para reduzir ou focalizar sua incidência.

Visto dessa forma, não se pode desistir do esforço de regular o gasto tributário em saúde, uma vez que esse instrumento reproduz iniquidades, favorece os estratos superiores de renda e as atividades econômicas lucrativas do setor – cada vez mais concentradas, centralizadas e internacionalizadas. Essa situação é agravada, como apontam Emanuel e Fuchs (2008), dada a possibilidade de o empregador sonegar impostos e compartilhar custos relativos à assistência médica de seus empregados – ou pagando baixos salários ou ofertando preços mais elevados.

A história, entretanto, pode andar para trás, tendo em mente as recentes propostas de mudanças no financiamento do SUS e a criação de bases institucionais para a internacionalização do mercado, que tendem a aprofundar o subfinanciamento do setor público e as desigualdades de acesso ao sistema de saúde, seja no segmento público ou privado. Desta forma, o contexto da globalização financeira no setor saúde, considerando o perfil conservador da atual coalizão governamental e a baixa capacidade de pressão da sociedade civil, a expansão do mercado e dos subsídios pode se afirmar como cenário bastante plausível.

Referências

ANS (Brasil). **Dados gerais.** Brasília (DF), 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 22 jun. 2016.

EMANUEL, E. J.; FUCHS, V. R. Who really pays for health care? The myth of "shared responsibility". **JAMA**, Chicago, v. 299, n. 9, p. 1057-1059, 2008. (Commentary.).

MARQUES, R. M; PIOLA, S. F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZOTTO, M. L. F; COSTA, A. (Org.). **25 anos de direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014. p. 178-195.

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. de. **Radiografia do gasto tributário em saúde**: 2003-2013. Brasília (DF): Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 19).

Sobre os autores

Alejandra Carrillo Roa. Economista (2003) e Mestre em Seguridade Social (2009) pela UCV. Mestre em Saúde Pública (2014) pela ENSP/Fiocruz. Desde 2013, Consultora técnica em Economia da saúde da OPAS/OMS no Brasil. Pesquisadora do Nethis/Fiocruz (2010-2013). E-mail: <acarrilloroa@gmail.com>.

Áquilas Mendes. Doutor em Ciências Econômicas pela UNICAMP, Livre-docência pela USP e Pós-graduação em Política e Relações Internacionais pela Lancaster University da Inglaterra. Professor livre-docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, Professor doutor do Departamento de Economia e do PPGEP da PUC-SP. E-mail: <aquilasn@uol.com.br>.

Carlos Octavio Ocké-Reis. Economista, Doutor em Saúde coletiva pela UERJ, com Pós-doutorado pela Yale School of Management (New Haven, USA) e Técnico do IPEA. Ex-Diretor do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (DESID/SE/MS). Autor do livro *SUS: o desafio de ser único* (Ed. Fiocruz, 2012). E-mail: <carlos.ocke@ipea.gov.br>.

Francisco Rózsa Funcia. Economista e Mestre em Economia Política (PUC-SP), Consultor da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS) e da Fundação Getúlio Vargas (FGV Projetos) e Professor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). E-mail: <francisco.r.funcia@gmail.com>.

Gerardo Alfaro Cantón. Médico Cirurgião (UCIMED), Especialista em Medicina Familiar e Comunitária, Mestre em Gestão de Serviços de Saúde (ICAP). Desde 2014, Coordenador da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS/OMS no Brasil. Desde 2004, Assessor internacional da OPAS em vários países da região. E-mail: <alfaroge@paho.org>.

Luciana Mendes Santos Servo. Técnica de Planejamento e Pesquisa do IPEA, Especialista em Economia da Saúde, Mestre em Economia pela USP e Doutoranda em Economia pelo Cedeplar (UFMG), membro do Geesc/Cedeplar e do Grupo Executivo de Contas. E-mail: <luciana.servo@gmail.com>.

Maria Angélica Borges dos Santos. Médica (UERJ, 1982), Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ, 2012), Especialista em Gestão em Saúde (IBMEC, 2001) e Gestão Hospitalar (ENSP, 2002). Membro do Grupo Executivo da Conta de Saúde do Brasil desde 2006. E-mail: <angelicabsantos@ensp.fiocruz.br>.

Maria Elizabeth Diniz Barros. Socióloga pela Escola de Sociologia e Política de São Paulo, Especialista em Planejamento Econômico e Social pelo Ministério do Planejamento (FGV/SP), Aposentada pelo IPEA. Bolsista Profissional Sênior do Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) do IPEA. E-mail: <bethbarros@terra.com.br>.

Mariana Ribeiro Jansen Ferreira. Professora assistente-mestre no Departamento de Economia da PUC-SP, formada em Ciências Econômicas pela UNICAMP, Mestre em Economia Política pela PUC-SP e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pesquisa nas áreas de políticas sociais, com ênfase em saúde e economia brasileira. E-mail: <mariana.jansen@gmail.com>.

René José Moreira dos Santos. Graduação em Odontologia, Especialização em Farmacoeconomia e Economia da Saúde (EAD) e Mestrado em Economía de La Salud (Universidad Pompeu Fabra). Foi Secretário Municipal de Saúde de Guarapuava (PR) e Diretor Geral da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (PR). Atualmente é assessor técnico do CONASS. E-mail: <rene@conass.org.br>.

Rosa Maria Marques. Economista, Professora titular do Departamento de Economia e do PPGEP da PUC-SP e presidente da ABrES. Fez Pós-doutorado na Faculté de Sciences Economiques da Université Pierre Mèndes-France de Grenoble e na Universidad de Buenos Aires. E-mail: <rosamkmarques@gmail.com>.

Sérgio Francisco Piola. Graduado em Medicina pela UFRGS (1973), Especialista em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ (1977), Pesquisador convidado do Observatório de Recursos Humanos para a Saúde do NESP/CEAM/UnB. Ex-presidente da Associação de Economia da Saúde da América Latina e do Caribe (AES/LAC). Consultor do IPEA. E-mail: <sergiofpiola@gmail.com>.

Viviane Rocha de Luiz. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, especializações em Saúde Pública, Farmacoeconomia e Economia da Saúde, Mestrado em Economía de la Salud (Universidad Pompeu Fabra). Foi Chefe de Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Cotia (SP), Diretora Técnica de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento da DIR I - SES/SP. É Assessora técnica do CONASS. E-mail: <vivirochaluiz@conass.org.br>.

athalaia®
GRÁFICA E EDITORA

A impressão e o acabamento deste livro foram
feitos na Athalaia Gráfica e Editora, em Brasília (DF).

A capa é composta em Century Gothic,
papel Cartão Supremo Alta Alvura 300 g.

As fontes de texto são a Minion Pro e a Century Gothic,
papel é Polen Bold natural 80 g/m².