

SETOR PRIVADO DE SAÚDE E FINANCIAMENTO DO SUS

DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Laís Barbosa Patrocino¹
Marcela Quaresma Soares²

Resumo: O trabalho buscou analisar os desafios e perspectivas para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua relação com o setor privado de saúde no Brasil. Foram analisados estudos consagrados no tema, bem como publicações atuais que discutem o contexto contemporâneo e as recentes modificações tanto no financiamento do SUS, quanto do setor privado. Observa-se que setor privado e SUS estabelecem, cada vez mais, relação de oposição, e não de complementariedade. A expansão do primeiro e a política de austeridade para o segundo podem ser fatais para a saúde no Brasil.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde Suplementar. Financiamento dos Sistemas de Saúde.

PRIVATE SECTOR AND UNIFIED HEALTH SYSTEM FINANCING CHALLENGES AND PERSPECTIVES

Abstract: The work sought to analyze the challenges and perspectives for financing the Brazilian Unified Health System (SUS) in its relationship with the private health sector in Brazil. Established stud-

¹ Universidade do Estado de Minas Gerais. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou/Fiocruz Minas e cientista social.

E-mail: lais.patrocino@uemg.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5539612229676748>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5632-2875>

² Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa/MG. Doutora em saúde coletiva pelo Instituto René Rachou/Fiocruz Minas e enfermeira.

E-mail: marcelaqsoares@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7123722964048858>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0550-2125>

ies on the topic were analyzed, as well as current publications that discuss the contemporary context and recent changes in both SUS and private sector financing. It is observed that the private sector and SUS increasingly establish an oppositional relationship, rather than a complementary one. The expansion of the first and the austerity policy for the second could be fatal for health in Brazil.

Keywords: Brazilian Unified Health System. Supplemental Health. Health System Financing.

Introdução

Já se tornou lugar comum mencionar o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. No campo acadêmico, o financiamento foi um dos temas mais discutidos na agenda do SUS ao longo das décadas de 1990 e 2000, sobretudo por se colocar como obstáculo a seu princípio da universalidade (Mendes; Marques, 2009).

O SUS vem sofrendo uma série de constrangimentos ao longo de sua história. São frequentes os embates no campo político e jurídico a respeito da tributação destinada à saúde (Ugá; Marques, 2005, Mendes; Marques, 2009). No campo do sanitarismo brasileiro, é consenso que a questão é política, relacionada à escolha neoliberal de sistemas de saúde orientados para o mercado (Paim, 2019).

A pandemia da covid-19, entretanto, deixou ainda mais evidente a centralidade do SUS para a atenção à saúde no Brasil. Como será apresentado ao longo deste texto, não se trata apenas de discutir a ausência de investimento no setor público, mas também o financiamento do setor privado. Para Mendes e Marques (2009), o capital financeiro, e não mais a crise fiscal, se coloca como principal obstáculo ao financiamento do SUS. Em 2007, o valor despendido com juros da dívida foi mais de três vezes maior que o destinado a serviços públicos de saúde.

Como na grande maioria dos países, o sistema de saúde do Brasil é misto. Ele é constituído pelos subsistemas nacional, financiado por tributos; de seguro social, financiado pela contribuição na folha de salário (o primeiro sistema desenvolvido no país) e o liberal, gerido pelo mercado (Santos; Ugá; Porto, 2008).

O Brasil possui o segundo maior mercado de planos privados do mundo. Embora o sistema brasileiro seja universal (o único na América Latina), os gastos privados em saúde são maiores que os públicos (Bahia; Scheffer, 2018).

A partir destas afirmações, é possível ter certa dimensão do lugar ocupado pelo setor privado no sistema de saúde nacional. Cabe questionar, entretanto, seus efeitos para o sistema público, para além da ideia comum de que o setor privado contribui para a redução da demanda do setor público.

Este texto tem como objetivo discutir o histórico de financiamento do SUS, suas fragilidades e as perspectivas econômicas que embasam sua estrutura, além de discutir o histórico e as características do setor privado de saúde e sua relação com o Sistema Único de Saúde, sobretudo no que concerne aos desafios para o princípio da universalização. Pretende, ainda, apontar caminhos para a expansão do financiamento do SUS a partir de proposições atuais de especialistas do campo (Funcia *et al.*, 2022).

Histórico de Desafios no Financiamento do SUS

A construção do SUS foi inspirada no modelo de bem estar social (welfariano) e se deu em contexto, em que, entretanto, o setor privado já estava consolidado no Brasil. Esta consolidação

foi promovida pelo próprio estado na década de 1970, por meio de financiamento direto e da demanda de serviços de saúde (Ugá; Marques, 2005).

Mendes e Marques (2009) ressaltam que a política de bem estar social se desenvolveu na Europa em contexto de capitalismo industrial, diferente do Brasil em que já se desenvolvia o capitalismo financeiro (caracterizado pelo dinheiro produzido na esfera financeira, por meio de juros, ações e especulações). No início da década de 1980, o Brasil recorreu de forma taxativa ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e passou a atender a suas condicionalidades, como metas de inflação e superávit primário. Tais metas acabam por realocar recursos que estariam destinados a políticas sociais.

Ainda que definido como de acesso universal e integral, o gasto em saúde brasileiro se aproxima mais do modelo liberal estadunidense que do modelo welfariano europeu. O financiamento público da saúde no Brasil é de aproximadamente 40%, e o de alguns países da Europa chega a aproximadamente 80% à quase totalidade. O gasto privado com saúde no país se dá sobretudo com medicamentos (Ugá; Marques, 2005). Observa-se, então, um contrassenso relativo à existência de um sistema universal, em que, entretanto, o gasto em saúde privado é superior ao público (Ugá; Marques, 2005, Funcia *et al.*, 2022).

Ugá e Marques (2005) atribuem este cenário à forma como se estabeleceu o modelo macroeconômico neoliberal no Brasil. Os efeitos das políticas econômicas nas políticas sociais começaram a ocorrer de forma mais intensa na primeira metade da década de 1980, com a contração de empregos e salários e, como consequência, da contribuição ao sistema de seguro social.

O argumento central com o intuito de justificar a vantagem da alocação de recurso no livre mercado em detrimento do estado e das políticas sociais coletivas é, em geral, a ineficiência do setor público e da oneração do setor produtivo. Sua sustentação ideológica é a responsabilização individual e a liberdade de escolha. Como consequência deste modelo, as políticas sociais são reduzidas, passam a incorporar seletividade, assumem caráter assistencialista, além de mecanismos de mercado, por meio de copagamento por quem utiliza o serviço e a inserção dos serviços estatais na competição do mercado, sobretudo por meio da separação entre o órgão financiador e o prestador do serviço. Passam a ser caracterizadas pela conhecida expressão “serviços pobres para pobres” (Ugá; Marques, 2005).

Um ponto central na discussão sobre o financiamento do SUS é sua vulnerabilidade, assim como de demais pastas de políticas sociais, diante do ajuste fiscal. A arrecadação fica suscetível de forma considerável com as constantes oscilações econômicas (Ugá; Marques, 2005, Mendes; Marques, 2009, Funcia *et al.*, 2022).

A estabilidade no financiamento foi um dos princípios considerados na formulação da Constituição Federal de 1988, no capítulo específico sobre Seguridade Social. Neste momento, ocorreu a inserção do financiamento setorial por meio do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e das esferas federal, estadual e municipal. 30% do OSS deveria ser destinado ao SUS (recurso federal), além das outras duas fontes. Ainda hoje o recurso federal é a principal fonte de financiamento do SUS. Outro princípio considerado foi a não vinculação entre fonte e uso no interior da Seguridade Social, a partir do pressuposto de que não se pode garantir determinado direito sem garantir também os demais. A Receita prevista para cada setor é definida a cada ano (Ugá; Marques, 2005).

Logo após a promulgação da Constituição, houve significativa redução da transferência para a área da saúde por meio da especialização do repasse de verbas. A saúde deixou de receber recursos das contribuições de empresas que empregam e da massa trabalhadora contribuinte com a Previdência. Outro fator de redução do financiamento foi a política de austeridade para o campo social. A partir do final da década de 1990, houve aumento de recursos para a Atenção Básica e Alta e Média Complexidade (Ugá; Marques, 2005).

A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada no final da década de 1990 e extinta em 2007, era vinculada à saúde. Observou-se, neste momento, ampliação da incidência de tributos. Entretanto, alguns anos depois, recursos da CPMF passaram a ser destinados para outros setores externos à saúde (Ugá; Marques, 2005). A extinção da CPMF trouxe grandes prejuízos ao SUS, sem que se definisse a fonte que a substituiria (Mendes; Marques, 2009).

Além disso, no início dos anos 2000, passou a vigorar o fundo fiscal que permite a desvinculação de 20% da receita de impostos para livre alocação pelo governo federal, como amortização da dívida interna e externa. Tal medida teve alto impacto redutivo no financiamento do SUS. De modo geral, houve aumento do investimento ao longo dos anos, mas sob forte pressão do movimento sanitaria e da Frente Parlamentar da Saúde (Ugá; Marques, 2005, Mendes, Marques, 2009).

No ano 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional 29, que definiu a participação da União, estados e municípios, com aumento progressivo para estados e municípios no financiamento

do SUS. Outra questão relativa ao subfinanciamento diz respeito ao fato de que os estados não têm cumprido o percentual mínimo exigido ou incluem outros tipos de despesas como sendo da saúde, a exemplo de saneamento, habitação e merenda escolar. O Governo Federal tentou fazer o mesmo, mas retrocedeu em função da pressão política de movimentos em defesa da saúde pública (Ugá; Marques, 2005, Mendes; Marques, 2009).

A partir da criação do SUS, o modelo estadualista deu lugar à municipalização. Durante o governo Collor, entretanto, houve perda na autonomia de estados e municípios na alocação de recursos, com pagamento direto a prestadoras de serviço e desrespeito ao princípio da descentralização. Neste contexto, a atenção à saúde ficou reduzida a prestação de serviços médico-assistenciais (Ugá; Marques, 2005).

Em 1993, iniciou-se o processo de descentralização, com maior flexibilidade e autonomia na alocação dos recursos. Alguns anos depois, foi estabelecido o Piso de Atenção Básica (PAB), criação de valor per capita nacional e incentivo financeiro para implementação de programas e ações específicas, com maior ênfase na promoção da saúde. A transferência de recursos, entretanto, ainda obstaculiza políticas de demandas locais, criação de equipamentos e ampliações das unidades de saúde, para que municípios correspondam ao objetivo de concentrar ações na Atenção Primária de forma cada vez mais efetiva (Ugá; Marques, 2005).

A seguir, discute-se o histórico do setor privado de saúde no Brasil. Para além disso, como o setor privado tem se estabelecido de forma cada vez mais concreta como um obstáculo à expansão do SUS.

Origens e Características do Setor Privado de Saúde no Brasil

Na década de 1960, teve início a expansão do empresariamento da medicina, a partir da mediação da Previdência Social dos convênios entre empresas médicas e as empregadoras. Até a década de 1970, o sistema de saúde foi marcado pela contratação de redes privadas por parte do Estado. Já no final da década de 1980, havia um grande mercado de planos de saúde, com aumento da comercialização de planos individuais (Bahia, 2002).

O desenvolvimento do sistema nacional de saúde teve início na década de 1980 a partir da reforma sanitária e da promulgação da Constituição Federal de 1988. Como foi dito, ele ocorreu, portanto, quando o setor privado de saúde já estava estabelecido no Brasil, sob forte influência da perspectiva neoliberal (Santos; Ugá; Porto, 2008, Sestelo; Souza; Bahia, 2013).

O sistema privado de saúde pode ser complementar, substitutivo, complementar ou primário. O sistema complementar oferece serviços de forma duplicada, que são também cobertos pelo sistema público, e oferece serviços adicionais, como escolha de profissionais, internação ou de serviços não fundamentais, como procedimentos estéticos. Ele é o sistema presente no Brasil e também em países da Europa. Já no sistema substitutivo, o indivíduo deve optar pelo seguro ou pelo sistema público, conforme ocorre em alguns países da Europa e da América Latina, em que os sistemas de seguros sociais se desenvolveram após as reformas da década de 1990. O sistema complementar constitui-se do acesso a serviços não cobertos pelo sistema público, como ocorre na França. O sistema privado é primário quando é preponderante no sistema de saúde, como nos Estados Unidos (Santos; Ugá; Porto, 2008).

A maioria dos serviços hospitalares no Brasil é privado. Eles representam mais de 60% dos estabelecimentos com internação, quase 70% dos leitos e mais de 90% dos serviços diagnósticos. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 já mostravam que, de forma aproximada, $\frac{1}{4}$ da população possuía plano de saúde (Santos; Ugá; Porto, 2008). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, que substituiu o suplemento de saúde na PNAD, para os anos 2013 e 2019, mostraram aumento gradativo, com alcance aproximado de 30% da população (Souza *et al.*, 2021). Este grupo utiliza mais serviços de saúde que a população de modo geral. Mais de 15% da população que possui plano foi internada pelo SUS. Dados do mesmo ano apontaram para mais de 60% de atendimentos realizados pelo SUS, quase 30% por planos e em torno de 10% por pagamento privado direto (Santos; Ugá; Porto, 2008).

Alguns serviços especializados têm oferta majoritária da rede privada, como tomografia, radioterapia, além de procedimentos cirúrgicos em oftalmologia, gastroenterologia e otorrinolaringologia. Entre 2008 e 2018, em termos proporcionais, a percentagem de equipamentos de tomografia do SUS diminuiu em relação à rede privada (Santos; Ugá; Porto, 2008, Bahia, Scheffer, 2018).

Santos, Ugá e Porto (2008) apontam, ainda, que há uma superestimativa da oferta pública e subestimação da privada. Isto ocorre já que estabelecimentos privados oferecem serviços (quase 70%) e leitos (quase 65%) ao SUS, de forma concomitante, a planos e seguros.

Além disso, desde o início dos anos 2000, as receitas das empresas de planos de saúde apresentam crescimento, e mantiveram-se estáveis mesmo com a queda no número de clientes, dada a inser-

ção no regime de capitalismo financeiro (Bahia, Scheffer, 2018). Tal dado aponta para a própria diferença de objetivos entre o setor privado e o SUS com relação à questão da saúde. Os efeitos da grande proporção da oferta e da demanda do setor privado no sistema de saúde brasileiro para o SUS é o que se discute a seguir.

Relações entre o setor privado e o SUS – desafios à universalização

O termo mescla de sistemas foi proposto pelo Banco Mundial e rejeitado, na década de 1990, pela Associação Latino-Americana de Medicina Social. O termo articulação, conforme defendem Sestelo, Souza e Bahia (2013), permite distinguir de modo qualitativo os segmentos público e privado. Os autores e a autora argumentam ainda que o termo suplementar representa estratégia retórica de legitimidade, cuja acepção de convergência com o sistema público oculta sua contraposição, baseada na perspectiva de mercado.

A relação de complementariedade, em realidade, se inverte no Brasil. O sistema público funciona como suporte às lacunas dos planos de saúde, expressa, sobretudo, por hospitais financiados por recursos públicos com segregação de quem não possui plano e o ressarcimento das despesas de clientes de planos realizadas nos hospitais públicos (Sestelo; Souza; Bahia, 2013). Ademais, a divisão entre planos públicos e privados no Brasil é tênue, já que serviços públicos estão vinculados ao mercado de planos e empresas privadas possuem planos próprios sem fins lucrativos (Bahia, 2002).

A análise das produções nacionais a respeito da heterogeneidade do sistema aponta para críticas fundamentadas na medicina social e na reforma sanitária, bem como para estudos de perspectivas

neoliberais, cujas análises se restringem aos aspectos econômicos. Trabalhos de perspectiva liberal naturalizam o financiamento público das redes privadas, mas não mencionam o favorecimento da população que possui planos de saúde (Sestelo; Souza; Bahia, 2013).

Alguns estudos diferenciam o sistema suplementar europeu do brasileiro, sendo o europeu marcado pela perspectiva welfarista, com limitação do espaço dos planos e seguros privados. Em contraposição, no Brasil, há uma política de estímulo à sua expansão, sobretudo para cobrir os serviços mais rentáveis, e focalização de políticas públicas para grupos mais empobrecidos (Sestelo; Souza; Bahia, 2013), o chamado “SUS para pobres” (Bahia; Scheffer, 2018). Sestelo, Souza e Bahia (2013) argumentam que é preciso discutir os limites que o Estado deve por à iniciativa privada, e não os limites que o mercado deve traçar para a atuação do Estado, de modo alheio ao interesse público.

O sistema suplementar pressupõe conflitos, relativos à desigualdade no acesso a serviços e no gasto público em saúde (Santos; Ugá; Porto, 2008). A expansão da saúde suplementar é explicada, de forma usual, pela insuficiência do SUS. Por outro lado, também é compreendida como obstáculo a seu desenvolvimento. É comum a ideia de que o aumento da adesão a planos de saúde desonera o SUS, que ignora subsídios e financiamentos estatais dos planos de saúde privados. Além disto, a oferta do SUS é menor que a demanda, e, no setor privado, o contrário ocorre, o que contradiz este argumento (Bahia, 2002, Bahia; Scheffer, 2018).

Conforme argumenta Bahia (2002), os planos de saúde representam a transferência de riscos do campo social para o privado, não apenas uma escolha individual ou familiar de consumo. Eles são

legitimados por políticas públicas, de regulamentação ou de renúncia à intervenção.

Pelo fato de indivíduos que possuem plano de saúde utilizarem também o serviço público, o seguro privado soma gasto à despesa total em saúde, em vez de substituir o financiamento público, além de receber subsídios por meio da desoneração fiscal e tributária. Essas deduções podem representar, aproximadamente, 10% do gasto federal em saúde. Embora a legislação preveja ressarcimento de planos ao SUS por serviços prestados a pessoas com seguro privado, aproximadamente 20% desses serviços são ressarcidos, valor insignificante em relação à renúncia fiscal (Santos; Ugá; Porto, 2008). As autoras destacam ainda que os planos se favorecem do SUS principalmente por meio do encaminhamento ao atendimento público por restrições de serviços previstos nos contratos, no favorecimento do acesso ao SUS por pessoas detentoras dos planos e pela indistinção entre os serviços prestados pelo SUS e pelo plano.

Bahia e Scheffer (2018) argumentam que o desafio do SUS não é a alta e média complexidade como se afirma com frequência, mas as políticas de divisão público-privada de procedimentos. Conforme explicam, não se trata apenas de medir o tamanho do público e do privado, mas compreender os fluxos entre eles, já que a expansão do setor privado se deu por subsídio de políticas públicas.

Santos, Ugá e Porto (2008), chamam a atenção para a influência que o setor privado exerce na própria formulação das políticas sociais. A presença de empresários da saúde e de seus representantes em partidos e coalizões políticas é naturalizada, e corroboram com a perspectiva de estratégias individualizadas para responder a questões de saúde que são coletivas (Bahia; Scheffer, 2018).

Desde o governo José Sarney, até o governo Dilma Roussef, tais políticas constituíram-se de incentivos à demanda, por meio de deduções de imposto de renda; possibilidade de auxílio e ressarcimento de gasto com planos; e dedução de imposto de renda com cirurgias estéticas e despesas com saúde no exterior. Os incentivos à oferta se deram por meio de ações como desconto de débitos de hospitais; investimento direto na rede privada, como construção de hospitais, por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); flexibilização dos parâmetros para certificação de filantropia; redução da prestação de serviços da filantropia ao atendimento universal; dedução das contribuições sociais das empresas de planos de saúde; dedução de impostos para profissionais de cooperativas e associações médicas; redução da alíquota da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) para estabelecimentos privados de saúde; medidas de flexibilização de contratos para vendas de planos de saúde; reestruturação das dívidas de entidades filantrópicas; empréstimos e descontos em multas para empresas de planos de saúde; e exceções à vedação constitucional de capital estrangeiro na assistência à saúde (Bahia e Scheffer, 2018).

Por fim, cabe pensar sobre o papel exercido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada para regular os mercados de planos de saúde. Bahia (2001) afirma que a ANS corrobora as iniciativas contrárias aos princípios de universalização, descentralização e equidade do SUS. Além disso, sua regulação dá ênfase no aspecto econômico das empresas, e não na assistência à saúde de clientes (Sestelo, Souza; Bahia, 2013). As autoras destacam, ainda, que a relação entre a ANS e o SUS se restringe a ressarcimento de despesas de clientes de planos que utilizaram a rede

pública, o que é também demonstração da fragilidade da regulação. A Agência assume viés estritamente econômico, que naturaliza a comercialização do acesso à saúde, em detrimento da tradição crítica da relação entre saúde e questão social. Ela trabalha a partir de dados precários, disponibilizados pelas próprias operadoras de planos (Sestelo, Souza; Bahia, 2013). Bahia e Scheffer (2018) discutem ainda a iniciativa da ANS de obrigar a cobertura de medicamentos antineoplásicos orais. A cobertura de medicamentos da rede privada chega a ser mais ampla que a recomendada para o SUS, o que representa políticas baseadas em critérios de renda e não em critérios clínicos.

No primeiro ano da pandemia da covid-19 foi constatada ocupação máxima de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) enquanto o setor privado apresentava leitos ociosos. Foram lançadas campanhas de fila única para UTI para enfrentamento da pandemia, regulamentada pelo Ministério da Saúde. A iniciativa foi rechaçada pela ANS para não restringir o acesso de beneficiários de planos. Demais entidades argumentaram sobre a ausência de sistema de gestão (Costa *et al.*, 2020).

Diante deste panorama, cabe questionar a contradição do espaço ocupado pelo setor privado em um sistema, constitucionalmente, definido como universal e integral (Santos; Ugá; Porto, 2008, Bahia; Scheffer, 2018). Tal indagação ganha ainda mais relevância diante da constatação de que público e privado não estabelecem relação de complementariedade, mas de oposição.

A seguir, discute-se como o financiamento do SUS poderia ser expandido. São apontadas propostas de alteração tanto do regime fiscal quanto tributário, que poderiam gerar mais equidade em saúde.

Possibilidades de expansão do financiamento do SUS

Ugá e Santos (2006) discutem que o fato do SUS se caracterizar por perspectiva welfariana, o acesso a ele deve ser definido por necessidade e não capacidade de pagamento. As autoras defendem maior progressividade para o sistema tributário, de modo a onerar mais que proporcionalmente quem tem maior condição financeira, sobretudo pelo fato do Brasil ser um país tão desigual.

Conforme apontam as autoras, o financiamento do SUS deveria ser inversamente proporcional à renda, entretanto, o financiamento onera de forma proporcional à renda. A percentagem de financiamento deveria ser maior que a percentagem de concentração da renda para os mais ricos e menor que a renda para os mais pobres. Embora os decis inferiores contribuam menos que proporcionalmente à renda, o último decil também contribui menos que a percentagem de renda (Ugá; Santos, 2006).

As despesas com financiamento do sistema de saúde correspondem a aproximadamente 10% da renda das famílias brasileiras, entretanto para o primeiro decil de renda, representa pouco mais de 10% e para o último decil representa menos. Com relação ao gasto privado, corresponde a aproximadamente 7% da renda das famílias mais pobres e em torno de 3% das mais ricas (Ugá; Santos, 2006).

Dentre os diversos tributos, que chegam a financiar 70% do SUS, o Imposto de Renda (IR), que é tributo direto, é o imposto mais progressivo. Os primeiros decis de renda não pagam e os últimos pagam mais que percentual de concentração de renda. Sua progressividade poderia ser maior, entretanto, pois ela é menor que a concentração de renda no Brasil. Um dos entraves apontados é o fato de

medicamentos não serem dedutíveis e a faixa de baixa renda que é declarante ser a mais afetada (Ugá; Santos, 2006).

Em estudo recente, Funcia e colaboradoras\es (2022) apontam desafios atuais com relação às perdas de recursos para o SUS. A Emenda Constitucional 95 retirou quase 37 bilhões de reais do SUS entre 2018 e 2022. O estudo também aponta que os recursos dos royalties do petróleo têm sido desvinculados da saúde.

Outro desafio atual se refere às emendas de relator, conhecidas como orçamento secreto. Aproximadamente 10 bilhões de reais estão alocados em emendas do relator, e o Ministério da Saúde tem controle efetivo sobre pouco mais de 10% da Receita Corrente Líquida. Esta perda de recursos tem ocorrido justo no contexto de aumento de filas para exames e cirurgias e transição epidemiológica e demográfica, marcada pelo aumento da população idosa. O estudo defende a extinção dessas emendas, de modo que os gastos em saúde tenham seus critérios deliberados pelo SUS. A austeridade fiscal e a absorção de tais emendas afetam de forma contundente programas como Farmácia Popular e de provimento médico para a Atenção Primária (Funcia *et al.*, 2022).

As alterações no financiamento federal de redes municipais para a Atenção Primária, por meio de portarias publicadas em 2019, também têm contribuído para uma distribuição não equitativa. O Programa Previne Brasil, instituído em 2019, alterou a forma de financiamento no repasse para os municípios. A verba antes baseada em cálculo populacional do território passou a ser calculada por população cadastrada, o que impacta de forma direta municípios com menor estrutura de cadastramento. Como consequência, tem-se o fomento ao modelo médico-centrado, assistencialista, produtivista, privatista, que não privilegia o vínculo territorial e o cuidado multi-

profissional e o princípio do SUS de foco na prevenção e promoção da saúde (Funcia *et al.*, 2022).

O estudo aponta propostas fiscais e tributárias, como a canalização de recursos do pré-sal de forma efetiva e a revisão dos gastos de saúde no IR. Além disso, defendem a adoção do imposto sobre grandes fortunas (Funcia *et al.*, 2022).

Conforme discutem, o setor da saúde poderia funcionar como estabilizador da economia no sentido de mitigar os efeitos da crise econômica. O crescimento de gasto poderia ser financiado pela arrecadação em contexto de alta do ciclo econômico e, na reversão, poderia ocorrer a emissão de dívida. O estudo enfatiza que a saúde tem efeitos multiplicadores e redistributivos, tem centralidade em modelo de desenvolvimento com crescimento econômico inclusivo, que envolve o combate ao desemprego, já que impacta em força de trabalho, e desigualdade, pois contribui na desconcentração de renda (Funcia *et al.*, 2022).

Por fim, o estudo (Funcia *et al.*, 2022) afirma que há, sim, recursos para financiar o setor saúde. O teto de gastos tem sido flexibilizado a partir da discricionariedade do regime fiscal e revela a artificialidade das restrições. Além disso, a Reserva do Tesouro para a dívida pública segue em níveis confortáveis. Por outro lado, as políticas sociais e a política econômica de saúde podem determinar a morbimortalidade de uma sociedade. Dito de forma sintética, mas não menos verdadeira, a austeridade mata.

Referências

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 3, p. 158–171, nov. 2018.

COSTA, D. C. A. R. et al. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, P. 232-247, 2020.

FUNCIA, F. R et al. **Nova Política de Financiamento do SUS**. Rio de Janeiro: Grupo de Economia do Setor Público da UFRJ, 2022.

MENDES, A. MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 841–850, 2009.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431–1440, set. 2008.

SESTELO, J. A. de F.; SOUZA, L. E. P. F. de; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 851–866, maio 2013.

SOUZA, P. R. B. de et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 2529-2541, 2021.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, n. 5, p. 15-28, 2019.

UGÁ, A. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA N. T. et al. (orgs.).

Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1597–1609, ago. 2006.