



FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL: mais dinheiro ou mais gestão?

Jorge Otavio Maia Barreto¹
Inez Sampaio Nery²

RESUMO

O texto analisa aspectos do financiamento da saúde no Brasil, discutindo a necessidade de mais recursos para as políticas operadas pelo Sistema Único de Saúde e sua vinculação a novas fontes fiscais. Também se discute o argumento do 'problema de gestão' do SUS, o qual vem ganhando repercussão, especialmente entre a classe média tradicional e emergente, cujo acesso à assistência através da saúde suplementar é subsidiada indiretamente pelo Estado, mediante a renúncia fiscal.

Palavras-chave: Financiamento em saúde, Sistema Único de Saúde, eficiência.

ABSTRACT

We analyze aspects of health financing in Brazil, discussing the need for more resources to policies operated by the Unified Health System and its relationship to new financial sources. Also discussed the argument of 'management problem' in SUS, which is gaining repercussion, especially among the traditional and emerging middle class, whose access to care through the health insurance is subsidized indirectly by the state through tax breaks.

Keywords: Financing health, Brazilian Unified Health System, efficiency.

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Piauí (UFPI)/ Christus Faculdade do Piauí. E-mail: jorgeomaia@hotmail.com

² Doutora. Universidade Federal do Piauí (UFPI)



1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste texto é analisar alguns aspectos da discussão sobre o financiamento setorial da saúde no Brasil, especialmente quanto à necessidade de mais recursos para as políticas públicas de saúde, operadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e sua vinculação à necessidade de novas fontes, tal qual a Contribuição Social para a Saúde (CSS), recentemente rejeitada pela Câmara dos Deputados no processo legislativo de regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 (EC 29). Também se discute o argumento do 'problema de gestão' do SUS, o qual vem ganhando repercussão, especialmente entre a classe média tradicional e emergente, cujo acesso à assistência através da saúde suplementar é subsidiada indiretamente pelo Estado, mediante a renúncia fiscal. Por fim, se apontam alternativas para melhorar a equidade no acesso à saúde no Brasil, em função do financiamento setorial público.

2. DESENVOLVIMENTO

O projeto de lei complementar 306/08 foi votado no dia 21 de setembro de 2011 pela Câmara dos Deputados. Os deputados federais regulamentaram quais despesas podem ou não ser consideradas de saúde para estados, municípios e União, mas rejeitaram a criação de nova fonte de arrecadação de recursos para o financiamento da saúde. Nessa votação, parte da base governista se uniu à oposição contra a criação de um novo imposto vinculado à saúde. Essa conjuntura peculiar na trajetória legislativa do Congresso, que de uma forma geral se submete à agenda do governo, inspira uma análise perfunctória de algumas questões relacionadas ao financiamento da saúde no Brasil. Existe necessidade de ampliar a base de financiamento para as ações e serviços públicos de saúde? É necessário que novos recursos sejam garantidos pelo incremento da carga tributária federal? Essas questões registram contrapontos e dissensos no cenário político e social.



A discussão do financiamento da saúde no Brasil nasceu junto com o SUS, ou mesmo antes disso. Mascarenhas (1967) apresentou um quadro iníquo da distribuição de competências de financiamento das ações de saúde durante as décadas de 1950 e 1960, apontando que o equilíbrio do custeio entre a União, estados e municípios, estava enormemente prejudicado pela concentração da arrecadação na esfera estadual, além da constatação de uma gravíssima desigualdade do gasto *per capita* com saúde. Com a redemocratização do Brasil, o principal advento institucional, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) (BRASIL, 2006), consagrou um modelo descentralizado municipalista, suportado politicamente sobre um acordo social que admitiu o agigantamento da carga tributária federal, e evoluiu no sentido da forte regulação federal do financiamento e execução das ações mais relevantes do poder público, tais como saúde e educação (VASQUEZ, 2010).

A CF/88 previu a seguridade social composta pela saúde, previdência e assistência social, suportada por recursos vinculados ao Orçamento da Seguridade Social (OSS), o que representou certa precedência dos direitos sociais sobre a disponibilidade de recursos fiscais, impondo a necessidade da busca de novas fontes para a ampliação das receitas vinculadas às políticas sociais (DAIN, 2007). De uma forma geral, Dain (2007), mostrou que a universalização do acesso justificou a autorização constitucional para a diversificação das fontes da Seguridade. A necessidade impositiva de recursos para o financiamento das políticas universais coletivas acrescentou ao financiamento previdenciário suportado pelas folhas de salários, o aporte crescente de contribuições sociais, ao tempo em que as três áreas da Seguridade permaneceram com seus campos administrativos e financeiros independentes, inclusive quanto à sua regulamentação infraconstitucional.

No campo da saúde, isso se deu pelo advento da EC 29, no ano 2000, que ampliaria a possibilidade de captação de recursos fiscais apenas para a União, mas também estabeleceria regras para a aplicação mínima de recursos dos estados e municípios nas ações de saúde, comprometendo de forma definitiva os orçamentos subnacionais com o financiamento do SUS.



Nesse contexto, o acordo federativo de busca de recursos para suportar aumentos de cobertura e de qualidade nos serviços universais pode estar dando mostras de desgaste. A regulamentação da EC 29, prevista originalmente para ser efetivada até o ano de 2005 ainda ocupa a arena das discussões federativas, encontrando, hoje, na União, o principal óbice para sua aprovação. As responsabilidades de financiamento da saúde de estados e municípios cresceram no após EC 29 em proporção inversa às da União, assemelhando-se ao quadro pré-Constituição de 1988 descrito por Mascarenhas (1967), exceto pelo fato de que a concentração fiscal federal e a regulação sobre a aplicação de recursos, mesmo os de origem estadual e municipal no sistema de saúde também aumentaram, na mesma medida em que os municípios se tornaram executores das ações de saúde.

Para entender a atualidade da problemática da EC 29, se podem considerar os principais pontos de dissenso entre as inúmeras propostas de regulamentação em trâmite no Congresso Federal. Cumpre lembrar, entretanto, que no Brasil, a agenda parlamentar é efetivamente coordenada pelo executivo, com taxas de aprovação e de iniciativa legislativa comparáveis à verificada em países democráticos e centrais do capitalismo como a Inglaterra (LIMONGI, 2006), fazendo supor que a dissensão sobre as fontes de financiamento para a saúde no Brasil representa um dos poucos casos de derrota da agenda do governo, mesmo entre as coalizões partidárias que garantem o amplo apoio às propostas do executivo no Brasil.

Esses pontos de dissenso podem ser resumidos em dois grandes aspectos. O primeiro trata do critério de cálculo da parte do financiamento da saúde que caberia a cada ente federado. Deve-se lembrar que para estados e municípios isso ficou delimitado no texto da própria EC 29, que determinou os percentuais mínimos de aplicação dos orçamentos próprios em 12 e 15%, respectivamente (BRASIL, 2006). Entretanto, o modelo de cálculo, em especial da parcela da União no financiamento da saúde ainda é um dos principais pontos do debate político sobre a EC 29. Os projetos de lei que ocupam a pauta do Congresso hoje prevêm a manutenção da parcela federal com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior (VNP), o qual restringe



substitutivo aprovado em 2003, que representa a vertente contraposta, e queria o cálculo da parte da União no financiamento da saúde sobre a Receita Bruta Corrente (RCB), no percentual de 10%, como se faz com estados e municípios. Quanto à definição do que são ações e serviços de saúde, as propostas convergem e não apresentam dissenso importante sobre a percepção da necessidade de que os recursos destinados à saúde sejam aplicados em ações de saúde.

A questão é que quando a EC 29 foi votada, em 2000, a União fechou com a distribuição percentual que hoje vigora para estados e municípios e com a VPN para sua própria parcela, o que levou à retração progressiva nos anos seguintes, quando esse indicador apresentou desempenho pouco progressivo. Na verdade, Santos (2011) aponta que entre 1980 e 2008, a participação federal no financiamento público de saúde caiu de 75 para 46%, enquanto estados e municípios passaram de 25 para 54%, no mesmo período. Por outra, o exponencial crescimento da arrecadação federal foi suportada pela voracidade sobre novos recursos para o financiamento da seguridade, zona móvel para a ampliação da carga tributária federal, conforma a CF/88. O autor também anota o crescimento, entre 1995 e 2004, por exemplo, o crescimento da receita corrente da União de 19,7 para 26,7% do PIB.

Esta questão está fortemente ligada à responsabilização pela política pública de saúde no Brasil, uma vez que independentemente da arrecadação, deve-se garantir a vinculação mínima de recursos para a saúde pública. Porém, hoje as regras são diferentes para os estados e municípios das reservadas à União.

O outro ponto relevante na discussão da regulamentação da EC 29 é o impacto econômico da manutenção dos direitos sociais à saúde através do sistema universal e do avanço da sua cobertura e qualidade. O Brasil gasta pouco com saúde, se comparado com outros países, tanto os mais ricos quanto mais pobres. A média nominal do gasto público *per capita* no Brasil, em 2008, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi de US\$ 385 contra US\$ 2600 nos países centrais como Japão, Canadá e Inglaterra (SANTOS, 2011). Os governos do Chile e a Argentina gastaram, em 2010, US\$ 479 e US\$ 757, respectivamente, com saúde. A Colômbia e Cuba gastaram mais que o



Brasil, se considerado o gasto *per capita* nominal, Botswana, Bósnia-Herzegovínia e Arábia Saudita, também (WHO, 2011).

Em proporção ao PIB, nosso gasto público com saúde também pode ser considerado pequeno, correspondendo a 44% do gasto total com saúde no país, que, por sua vez, representou 8,4% do PIB em 2008 (WHO, 2011). No Canadá, no mesmo ano, o gasto público chegou a 69,5% dos 9,8% do PIB gastos com saúde. Em Cuba, 95% dos gastos foram governamentais e representaram 12% do PIB cubano em 2008. Na verdade, o SUS consumiu apenas 6% da receita do governo em 2008 no Brasil, enquanto no Canadá, no Chile e em Cuba, os patamares estão em torno de 15% (WHO, 2011). Esses dados deixam patentes as limitações da disponibilidade de recursos financeiros para a saúde no Brasil, quando comparada com outros países com sistemas públicos de saúde.

Se a proposta alternativa ao cálculo pela VPN, da participação federal no financiamento sobre a RCB fosse aprovada estima-se que a disponibilidade recursos federais vinculados à saúde aumentaria em aproximadamente 20% e o gasto *per capita* poderia então alcançar US\$ 500. Embora essa mudança trouxesse mais recursos, ainda estaríamos aquém dos limites praticados por outros países que também pretendem ofertar serviços básicos de saúde a toda a população.

Assim, as questões sobre a necessidade de mais recursos para a saúde pública e da urgência na aprovação de nova fonte de recursos pela criação de contribuições ou impostos alternativos para o governo manter sua capacidade de arrecadação desvinculada atual, parece levar à concordância quanto à incontestável idéia de que se gasta pouco com saúde no Brasil e isso está mais relacionado com a distribuição insuficiente dos recursos do que com a pouca disponibilidade fiscal do governo central. Em outras palavras, parece haver recursos suficientes para suportar o aumento do gasto em saúde no Brasil, dentro do razoável, e isso não demandaria, em princípio, a criação de novos impostos, tais como a CSS.

Outra objeção que comumente se levanta contra a ampliação da destinação de mais dinheiro para ações de saúde está relacionada com a eficiência do gasto, fragilizada pela corrupção, pela falta de capacidade gerencial nos serviços públicos e pela



visão de que a classe média tem pagado duplamente pelo acesso à saúde, através de impostos e pela contratação de planos suplementares objetivando melhor qualidade de atendimento.

A perspectiva unicausal dos males de saúde, frequentemente identificada com o slogan "o problema não é de dinheiro e sim de gestão", tem atraído muitos adeptos, convencidos de que os problemas amplamente divulgados pela mídia televisiva do suposto 'caos da saúde pública' decorre da incapacidade do SUS lidar com sua própria estrutura gerencial, corrupção dos políticos e outros aspectos propagados como sendo o tal "problema de gestão". Mais uma vez as comparações internacionais ajudam a mostrar que os indicadores de desempenho econômico no Brasil são superiores aos de saúde, reforçando que países com menor renda gastam mais com saúde do que o Brasil, mas os resultados gerais do SUS podem ser considerados positivos.

Marinho e colaboradores (2009) realizaram a comparação do desempenho, com base na relação entre custos *per capita* e alguns indicadores selecionados dentro e fora do escopo de atuação das autoridades sanitárias, entre o sistema de saúde brasileiro e os países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), verificaram que o desempenho relativo do sistema de saúde do Brasil ante os países da OCDE não é ruim em termos de custo-efetividade. Os autores também concluíram que, dado que o Brasil ainda está longe de atingir uma estabilidade dos gastos, da estrutura e do desempenho do seu sistema de saúde, é possível considerar um desempenho mais favorável ao sistema de saúde brasileiro e, aparentemente, não se pode descartar a hipótese de que o investimento em saúde, no Brasil, no escopo de nosso estudo, teria retornos estimados mais elevados do que os estimados para vários países desenvolvidos da OCDE. Porém os autores também advertem sobre a existência de outros estudos que apontam desempenho ruim para o Brasil, dependendo do modelo de análise utilizado para o *ranking* comparativo. De toda forma, o ônus da prova da ineficiência do sistema brasileiro parece se dirigir a quem o alega, uma vez que o desempenho deve ser medido com base em indicadores que



apontem resultados em áreas relevantes, que podem mudar conforme a prioridade do estudo.

Em trabalho mais recente, Marinho e colegas (2011) apresentaram uma análise da eficiência do Brasil em face dos países da América Latina e Caribe, mostrando que o deslocamento do cenário de comparações levou a conclusões diferentes. Quanto ao desempenho do sistema de saúde brasileiro, os resultados revelaram que, em termos relativos aos países da América Latina, é possível sugerir melhoras na eficiência do gasto com saúde, enfatizando aspectos qualitativos, sendo, portanto, aconselhável além de gastar mais, gastar melhor. Cuba e Haiti mostraram melhor performance que o Brasil, se considerada a eficiência do gasto, não apenas a disponibilidade de recursos e os indicadores de saúde. Embora Cuba possua gasto *per capita* e proporção do gasto público e do PIB com saúde muito superiores ao Brasil, em contraste com o Haiti, que gasta muitíssimo menos com saúde e possui indicadores de saúde péssimos, mas melhores do que se poderia esperar dadas as limitações de recursos.

Assim, embora se possa considerar que o desempenho do sistema de saúde brasileiro alcança níveis de eficiência comparáveis aos países europeus, mas inferiores a alguns exemplos da América Latina e Caribe, como Cuba e Haiti, não é possível afirmar que este seja ineficiente por si e muito menos que isso justifica o argumento de não se destinar mais recursos para saúde. Porém, deve-se perceber a necessidade de se gastar melhor, mas para isso é preciso maior disponibilidade financeira que aumente a capacidade de aprimoramento dos serviços públicos.

Então, outra questão surge. Como se poderia melhorar a eficiência do gasto público em saúde no Brasil, ao mesmo tempo em que se busca reduzir as desigualdades regionais no acesso à saúde e do financiamento do sistema público?

Evans e colegas (*apud* MARINHO *et al.*, 2011) indicam caminhos para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde: aumentar os gastos em saúde e aumentar a eficiência dos gastos. Para aumentar o gasto em saúde, o Brasil precisa adotar algumas opções relacionadas ao financiamento e vinculação de recursos para o sistema público de saúde. Santos (2011) defende algumas proposições concretas na



discussão da EC 29, que convergem com as potenciais fontes de recursos financeiros sugeridas pela OMS para fortalecer sistemas de saúde universalistas (OMS, 2010) e incluem: i) incremento da taxaçoão sobre itens danosos à saúde ou que geram alto custo para os sistemas de saúde; ii) Redução efetiva e parcelada dos gastos tributários (renúncias fiscais) e demais formas de subsídios públicos ao mercado na saúde suplementar; iii) taxaçoão das grandes fortunas; iv) no caso do Brasil, vinculaçoão prospectiva de recursos como do Pré-Sal, e v) reduçoão da taxa de juros da dívida pública (cada 1% de reduçoão, corresponderia a R\$ 10 bilhões de ganho ao orçoamento público (SANTOS, 2011)). Essas medidas dizem respeito à adoçoão do critério percentual sobre a arrecadaçoão federal que poderia ser revertido para o financiamento do SUS.

Noutra vertente, se deveria priorizar a aplicaçoão dos recursos adicionais na implementaçoão dos grandes pactos federativos do SUS, como previsto no Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestáo (BRASIL, 2006), que se direciona francamente para o esforço de melhoria da capacidade de gestáo em todos os níveis do SUS, no mesmo sentido adotado pelo além do recém publicado decreto presidencial no. 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que regulamentou a Lei Federal no. 8.080/1990 (BRASIL, 1990), conhecida como a Lei Orgânica do SUS. Também se devem buscar avanços na administraçoão e gerenciamento do sistema público de saúde, com a finalidade de aumentar a eficiência e a relaçoão de custo-efetividade.

3. CONCLUSÃO

A EC 29, em 2000, já garantiu a aplicaçoão de recursos para a saúde pública, mas que parecem ainda não ter saído do papel, em especial pela resistência orçoamentária federal, que tem se sobreposto à agenda social afirmativa que demanda pela melhoria do acesso e da qualidade no serviço público. O acordo federativo tomado em 2000 para a aprovaçoão da EC 29 pode ter sido melhor opçoão melhor que o desfinanciamento do SUS, num contexto de arrocho fiscal, mas na década de 2000 essa relaçoão foi desfavorável para estados e municípios, uma vez que a VPN nos colocou na



direção contrária dos países que aumentaram suas despesas proporcionais com saúde em busca da universalização do acesso como direito de cidadania.

O fim da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) 'orfanizou' o financiamento setorial e a prioridade do governo foi a busca pela reposição da arrecadação perdida através da criação de um novo imposto. Apesar disso, não houve retração da aplicação de recursos federais com o fim da CPMF, mas manteve-se o *status quo* do subfinanciamento do SUS, representando o desafio mais concreto ao avanço da qualidade e do acesso e a conseqüente redução das iniquidades regionais e sociais no campo da saúde.

Também se faz necessária a reordenação das relações de causa e efeito, recuperando o lugar de destaque do direito à saúde e do sistema público, o qual deve contar com financiamento consistente e *performance* impulsionada pelo aprimoramento da capacidade de gestão direcionada às necessidades de saúde de toda a população e não às necessidades do mercado da saúde. Dessa forma o SUS deixaria de ser um sistema de saúde pobre e para pobres e a segmentação do mercado de saúde, fundamentada nesse argumento seria menos peremptória (BAHIA, 2009), proporcionando, assim, melhores condições de vida ao povo brasileiro e melhorando as chances de redução das desigualdades econômicas entre as regiões e grupos sociais.

REFERÊNCIAS

BAHIA, Lígia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 753-762. ISSN 1413-8123.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.



_____. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988). Brasília: Senado Federal; 2006.

_____. Decreto no. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em 22 set 2011.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1851-1864. ISSN 1413-8123.

LIMONGI, Fernando. A Democracia no Brasil, in: *Novos Estudos*, São Paulo, 76, novembro de 2006, pp. 17 – 41.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. Brasil e OCDE: avaliação da eficiência em sistemas de saúde. *Textos para discussão*. Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. Brasil, América Latina e Caribe: avaliação de eficiência em sistemas de saúde. *Textos para discussão*. Brasília: IPEA, 2011.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. Financiamento dos serviços de saúde pública. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.4, pp. 559-572. ISSN 0034-8910.

OMS. Relatório Mundial da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A regulamentação da EC - 29 e o espaço do embate político: opções e proposições. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/NRSArtigo.pdf>> Acesso em 22 set 2011.



VAZQUEZ, Daniel Arias. *A regulação federal como mecanismo de ajuste: uma análise da lei fiscal e do financiamento das políticas de educação e saúde*. Campinas, Tese de Doutorado, Instituto de Economia – Unicamp, 2010, caps. 2 e 3.

WHO. World health statistics 2011. Geneva:World Health Organization, 2011.