Seminário
Impasses e Alternativas para o Financiamento do SUS Universal

Termo de Referência

Introdução

Desde a aprovação da Lei 8080/90, há exatos 21 anos, foram muitos os avanços nas políticas de saúde. O aumento da expectativa de vida das pessoas, a significativa redução das doenças passíveis de prevenção por vacinas, a ampliação da cobertura dos serviços de atenção primária e dos serviços de urgência e emergência, a efetividade do programa de controle das doenças sexualmente transmissíveis e da aids são alguns exemplos dos êxitos obtidos.

Esses avanços, contudo, não escondem as dificuldades que ameaçam a própria manutenção das conquistas. Ninguém desconhece que, nas condições atuais, há limitações importantes à efetivação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Antes do SUS, a saúde não era um direito a ser assegurado a todos. A conquista legal desse direito, com a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, deveria ter sido acompanhada da expansão dos serviços e, necessariamente, do financiamento. No entanto, naquele momento, houve redução do investimento em saúde. Nem mesmo a disposição transitória da Constituição federal que determina a alocação no SUS de 30% da receita previdenciária foi cumprida. Ao contrário, já em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram de constituir uma fonte de receitas para a saúde.

Só houve expansão significativa dos serviços, como no caso da Estratégia de Saúde da Família, até quando os municípios puderam assegurar o aporte de novos recursos à saúde. Com efeito, no período de 2000 a 2009, os investimentos próprios dos municípios cresceram até atingir, em média, 22% dos orçamentos municipais. Acima desse patamar, tem sido difícil conseguir mais recursos municipais.

Já os gastos do governo federal com a saúde diminuíram proporcionalmente. Em 1990, chegaram a representar 73% do total dos gastos das três esferas de governo, mas caíram, em 2004, para menos de 50%. Assim como os municipais, os gastos estaduais cresceram, passando de 15% do total dos gastos públicos em saúde, em 1990, para pouco mais de 25%, em 2004.

Em termos de proporção do PIB, os gastos em saúde somam, atualmente, cerca de 8,5% - e parece razoável, de acordo com as experiências dos países com melhores sistemas de proteção social (França, Alemanha, Reino Unido, Canadá, Austrália, Japão), um aumento até 10%. Nesse sentido, não é nos gastos totais em saúde que se percebe o problema da falta de recursos para o SUS.

A gravidade do subfinanciamento do SUS fica evidente quando se comparam as proporções dos gastos públicos em relação aos gastos totais em saúde. Dos 8,5% do PIB investidos na saúde, apenas 45% são gastos públicos (3,8% do PIB). Ora, nos países onde há sistemas universais (como o SUS pretende ser), as proporções de gastos públicos ficam sempre acima de 70% dos gastos totais em saúde.

De modo similar, a comparação dos gastos *per capita* dimensiona bem o subfinanciamento do SUS. Em 2003, enquanto a cada brasileiro correspondeu um montante de 270 dólares investido na saúde, a cada britânico, canadense, australiano ou sueco corresponderam montantes superiores a 2.000 dólares.

Um terceiro indicador, que reforça a evidência do subfinanciamento do SUS, é a comparação do gasto público *per capita* com o gasto *per capita* da saúde suplementar. No sistema público, houve um investimento, em 2009, de R$ 449,93 por pessoa, ao passo a assistência médica supletiva despendeu R$ 1.512,00 por beneficiário. Esses valores são ainda mais contrastantes quando se leva em conta que cerca de 40% dos recursos públicos são aplicados não em cuidados individuais, mas em ações essenciais de saúde pública para toda a população.

Dimensionado o subfinanciamento e identificada a responsabilidade particular da União nesse processo, resta saber como conquistar mais recursos para a saúde.

A regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) tem sido, durante os últimos dez anos, a principal bandeira dos que lutam por mais recursos para a saúde. Essa regulamentação é importante, visto que dois pontos da EC-29 deixam margem a interpretações distintas, com impactos significativos sobre o montante de recursos a ser destinado à saúde.

O primeiro ponto se refere a quais gastos podem ser considerados como "ações e serviços públicos de saúde". A falta de especificação pela EC-29 tem permitido que o governo federal e muitos governos subnacionais considerem investimentos em saneamento, tratamento de lixo, assistência médica exclusiva para servidores públicos e outros como gastos em saúde. Espera-se que a regulamentação deixe explícito que para efeito de cumprimento da EC-29 consideram-se apenas os gastos realizados no âmbito do SUS.

O segundo ponto se refere à base de cálculo a ser utilizada para a previsão mínima de recursos. O governo federal, em particular, tem adotado a "base fixa", ou seja, calcula os montantes devidos sempre tomando como base os gastos realizados em 1999, ano imediatamente anterior ao da aprovação da EC-29. Se, ao invés disso, adota-se a "base móvel", ou melhor, calculam-se os montantes devidos tomando como base os gastos realizados no ano anterior ao atual, os recursos da saúde são bem mais volumosos. A Confederação Nacional dos Municípios estima que a diferença acumulada, entre 2000 e 2009, ao se adotar a base fixa ou a base móvel, é de mais de 17 bilhões de reais, só na esfera federal.

O Que Está em Debate

O financiamento do SUS traz consigo o debate sobre três temáticas que não são exclusivos da política de saúde. A primeira e menos decantada para os profissionais e pesquisadores que atuam na saúde diz respeito à vinculação de recursos para áreas sociais. A segunda polêmica concentra-se em torno da necessidade de criação de novas fontes de receita. E a terceira, nesse momento mais difundida, gravita em torno da qualidade dos gastos.

A Regulamentação da EC29 e O Financiamento do SUS Universal

A luta por mais recursos para a saúde não deve, no entanto, se limitar a regulamentação da EC-29. A Agenda Estratégica para a Saúde, proposta por um conjunto de entidades de saúde[*], elenca bandeiras fundamentais. De imediado, é preciso lutar pelo fim da incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU) sobre o orçamento da saúde, coisa que a educação conseguiu em 2010. Em médio prazo, deve-se também buscar a regulamentação do uso do fundo social do pré-sal como fonte para correção de desigualdades regionais na saúde e a garantia de um rateio federativo dos recursos que leve em conta as diferentes realidades sócio-sanitários das regiões do país, conforme reza o artigo 35 da Lei 8080/90.

Estrategicamente, deve-se assumir a meta de ampliação para 10% do PIB dos recursos investidos na saúde, sendo ao menos 75% de recursos públicos. Alcançá-la requer, provavelmente, mudanças nas políticas econômicas. Em 2009, quase metade (45%) do orçamento geral da União foi destinada ao pagamento de juros, amortizações e refinanciamento da dívida, enquanto para a saúde foram alocados pouco menos de 4%. Nada justifica tanto privilégio para o capital financeiro, ainda mais em detrimento da saúde da população.

A relação público x privado

Alcançar a meta de 10% do PIB investidos na saúde, com 75% de recursos públicos, implica não apenas em aumentar o financiamento, em geral, mas também em promover uma redistribuição de recursos entre os setores público e privado.

Tal redistribuição é fundamental para evitar que a atual segmentação da atenção à saúde dos brasileiros avance e leve à consolidação de um *apartheid* no sistema de saúde, no qual os ricos e os remediados utilizam serviços privados,

[*]Assinam a Agenda: a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a Associação Brasileira Rede Unida, a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

razoavelmente financiados, em parte com subsídios públicos, enquanto os pobres utilizam serviços públicos, nitidamente subfinanciados. É preciso cessar os fluxos que transferem recursos públicos para as redes de mercantilização e financeirização da saúde, atendendo aos interesses de empresas de planos e seguros privados e de fabricantes de insumos, notadamente grandes empresas estrangeiras.

Antes do SUS, na década de 1980, 70% dos atendimentos de saúde eram financiados com recursos públicos e apenas 9% pelos planos e seguros privados, sendo os 21% restantes financiados pelo desembolso direto do usuário. Já em 2008, a participação dos planos e seguros privados estava em 21%, o desembolso direto em 19% e o financiamento público respondia por 60% dos atendimentos de saúde.

Daí a importância da regulação do setor privado, não tanto na vigilância sobre a "saúde financeira" das empresas operadoras de planos e seguros de saúde, mas, sobretudo, na garantia da cobertura das necessidades de saúde dos usuários e na eliminação progressiva dos subsídios públicos. Nesse sentido, tem sido visível e preocupante a incapacidade do Estado – seja através da administração direta (Ministérios e Secretarias de Saúde), seja através da Agência Nacional de Saúde Suplementar – de assegurar que as operadoras e os prestadores de serviços atuem dentro dos limites do respeito ao interesse público.

Outra questão quanto à relação entre o público e o privado se refere aos benefícios fiscais e creditícios que detém o setor privado filantrópico, que aprofunda a segmentação dos serviços, resultando em discriminação e ineficiência. Grandes hospitais e centros clínicos e de apoio diagnóstico e terapêutico, inclusive públicos, adotam portas de entrada duplas, ao atender com padrões diferentes usuários do SUS e de planos privados, enfraquecendo a possibilidade de formação de redes integradas de serviços de saúde.

É socialmente iníquo, sanitariamente ineficaz e economicamente insustentável oferecer saúde à população através de planos privados que organizam o acesso aos serviços de saúde com base na capacidade de pagamento e não na necessidade de cuidados.

Neste tópico, a Agenda Estratégica para a Saúde, já citada, propõe duas medidas operacionais relevantes: (1) rever a concessão dos subsídios públicos por meio do estabelecimento de limites progressivos para a dedução no imposto de renda

de pessoa física e de pessoa jurídica de despesas com planos de saúde e dos gastos diretos públicos com planos privados de saúde e (2) pôr, efetivamente, em prática o pleno ressarcimento ao SUS pelas empresas de planos e seguros de saúde das despesas de utilização de serviços públicos, incluindo medicamentos e procedimentos ambulatoriais e de urgência/emergência, por seus beneficiários. A elas se pode acrescentar: (3) garantir a capacidade de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar, começando pelo cumprimento integral da Lei nº 9656/98 e (4) exigir que os serviços filantrópicos, se desejarem continuar mantendo os benefícios fiscais a que têm direito, deverão realizar atendimento exclusivo ao SUS, com contratos que assegurem valores justos de remuneração.