



Revista Parlamento e Sociedade



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO



Sistema de Saúde no Brasil: redistributividade no modelo de financiamento e provisão

Maria Luiza Levi¹

1. Introdução

Políticas públicas têm, na sua maioria, implicações redistributivas nas sociedades, modificando a posição dos indivíduos em termos de acesso a bens e serviços *vis-à-vis* o que lhes caberia por sua condição financeira original. No caso das políticas públicas que denominamos *sociais*, é esperado que seu efeito redistributivo se dê na direção de reduzir iniquidades, desvinculando, pelo menos em alguma extensão, o acesso a bens e serviços da capacidade privada de geração de renda dos indivíduos.

Políticas públicas de saúde são intervenções governamentais que moldam sistemas de saúde e, em grande medida, se originam no interior de tais sistemas. Os arranjos que conformam um sistema de saúde articulam mecanismos de financiamento e provisão, de natureza pública e privada, sob uma determinada lógica de funcionamento. A análise do alcance e da adequação de um sistema de saúde pode ser feita sob várias perspectivas, mas em algum momento deve passar por considerações sobre a origem e a direção de seus efeitos redistributivos no interior da sociedade a que pertence. Deve, em particular, procurar identificar até que ponto o sistema promove (ou não) a desmercadorização da saúde, no sentido de desvincular a condição de saúde dos indivíduos da posição que ocupam na sociedade segundo o critério de mercado, atrelando-a à condição de direito (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Este breve texto levanta questões a respeito da configuração do sistema de saúde brasileiro a partir da divisão das esferas pública e privada e discute algumas consequências desse ordenamento sobre seu potencial de promoção de justiça social por meio de esquemas redistributivos.

1 Economista, Professora Adjunta da Universidade Federal do ABC.

2. Dimensões características dos sistemas de saúde e potencial redistributivo

Propõe-se que a análise das configurações público/privado e do potencial redistributivo do sistema de saúde se organize a partir de três dimensões: financiamento, acesso e provisão. A dimensão do financiamento indica se, considerando-se o conjunto de recursos financeiros que custeiam as ações, os serviços e os bens de saúde usufruídos por uma sociedade², há maior predominância de fundos públicos ou fundos privados. Os fundos públicos são basicamente impostos, arrecadados junto ao conjunto da sociedade, ou contribuições, coletadas de trabalhadores e empregadores e vinculadas a algum tipo de seguro social compulsório. Já os recursos privados compreendem tanto fundos que tomam a forma de poupanças intermediadas por planos ou seguros de saúde, como recursos de “desembolso direto”, despendidos por ocasião do consumo de medicamentos, serviços de consultas médicas ou internações. Em outras palavras, o financiamento da saúde de uma nação, ou dos serviços por ela usufruídos que, potencialmente, resultam em saúde, pode ser predominantemente público, compartilhado pela coletividade via impostos e/ou contribuições sociais, ou privado, ou, ainda, como ocorre em alguns países, caracterizado por uma combinação mais equilibrada de recursos de ambas as origens.

A dimensão do acesso informa até que ponto os serviços de saúde são disponibilizados de maneira universal, para o conjunto dos cidadãos, ou de maneira restrita, condicionada à capacidade de compra por parte dos indivíduos.

Finalmente a dimensão da provisão indica se, no âmbito das estruturas em que são disponibilizados os serviços de saúde, predominam aquelas de origem estatal, financiadas com recursos públicos, ou, ao contrário, se há maior presença de entidades de propriedade privada.

Do ponto de vista da relação entre a configuração dessas três dimensões e seus efeitos em termos de potencial redistributivo de recursos, de início podemos dizer que as dimensões do financiamento e do acesso são “irmãs”, no sentido de que, em geral, quanto maior a proporção de fundos públicos financiando os serviços de saúde à disposição da sociedade, mais universal tende a ser o acesso a tais serviços.

2 A possibilidade de desfrutar de uma condição de saúde satisfatória depende de um conjunto amplo e articulado de elementos pertencentes a essas três categorias. A título de simplificação, opta-se, a partir daqui, pelo uso do termo “serviços” para designar esse conjunto.

Em contraposição, em sistemas de saúde nos quais os serviços disponíveis são financiados predominantemente sob esquemas privados, o condicionamento à capacidade de pagamento tende a restringir o acesso, efeito potencializado nas sociedades em que a distribuição da renda e da riqueza é mais desigual. Nesse sentido, quanto maior a presença de fundos públicos no financiamento dos serviços de saúde em um país, maior tende a ser o potencial do sistema de redistribuir recursos na sociedade, igualando indivíduos que originalmente se apresentariam desiguais em sua capacidade de “comprar saúde”.

De fato, as tipologias mais comumente utilizadas para analisar sistemas de proteção social envolvendo saúde, previdência, assistência e eventualmente outras áreas que compõem o chamado Estado de Bem-estar Social apresentam conjuntamente as dimensões do financiamento e do acesso. A discussão conduzida por Vianna (1998) a partir de vários autores identifica três modelos possíveis de proteção social: o social-democrata (ou redistributivo), o conservador-corporativo (corporativista) e liberal (ou assistencial residual).

O potencial redistributivo de recursos varia do grau mais elevado, característico do modelo social-democrata, de acesso universal financiado por impostos, ao mais baixo, caso do modelo liberal. Neste último, o Estado financia a proteção focalizando grupos vulneráveis, “desmercadorizando” seu acesso, enquanto o restante da população permanece atrelada ao seu potencial privado de geração de renda. O modelo conservador-corporativo figura num grau intermediário, por apresentar um sistema protetivo estabelecido compulsoriamente pelo Estado, mas segmentado por categorias. Nesse modelo, a proteção social é financiada por contribuições de empregadores e empregados, normalmente com complemento de recursos públicos. O potencial redistributivo intermediário desse modelo está associado ao fato de que os serviços e benefícios de proteção acessíveis aos diferentes grupos tendem a refletir a sua posição na sociedade, predominando a redistribuição no interior do grupo. Assim, categorias de trabalhadores melhor posicionadas no mercado conseguem gerar maiores volumes de contribuições e tendem a ter serviços superiores, em qualidade e/ou quantidade, *vis-à-vis* aquelas que ocupam posições subalternas.

Apesar dessa identidade entre as dimensões financiamento e acesso, sua diferenciação é relevante para fins analíticos, pois é comum o direcionamento de recursos públicos (impostos) para o financiamento de sistemas de acesso restrito como, por exemplo, o gasto do Estado com planos de saúde de funcionários públicos ou com a manutenção de unidades de saúde de uso limitado a determinadas categorias, como militares e outros servidores.

Mas se é possível estabelecer um paralelo teórico entre maior predominância de fundos públicos e maior potencial redistributivo, não é possível postular *a priori* uma relação semelhante com respeito à dimensão da provisão. Embora uma presença forte de entidades estatais provedoras de serviços indique que a capacidade do sistema tende a ser mais direcionada ao acesso universal, não é possível afirmar que necessariamente a presença de provedores privados de serviços tende a restringir o acesso.

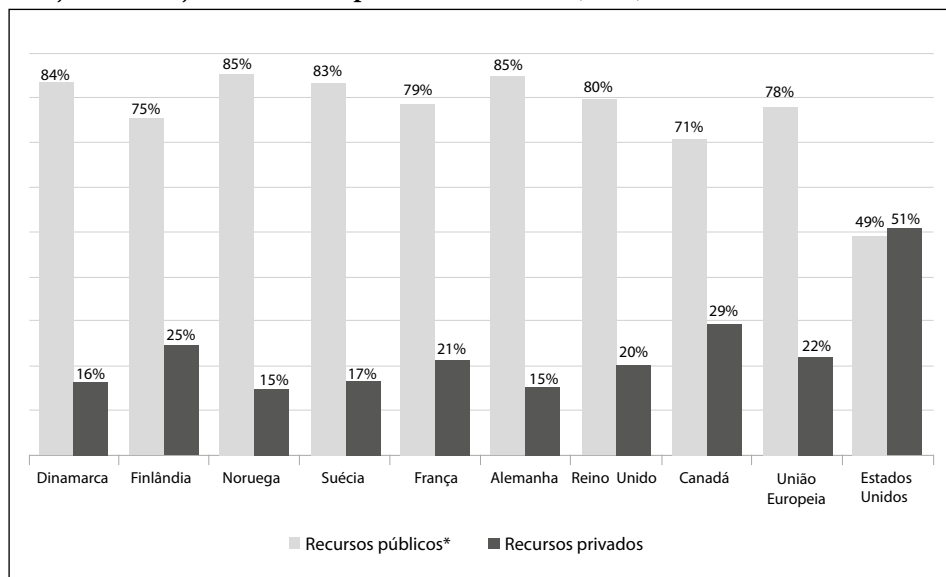
De fato, se olharmos para os países que, de alguma forma, figuram como ideais em termos de sistemas de saúde universais, a maioria conta com participação mais ou menos importante de provedores privados, inclusive de natureza lucrativa. Aparentemente, o elemento decisivo para compreender os efeitos da dimensão da provisão sobre o potencial redistributivo não é tanto a natureza estatal ou privada dos provedores, mas a forma como se articulam as dimensões da provisão e do financiamento. Em particular, a questão está relacionada à posição que o fundo público ocupa na compra da capacidade provedora existente, bem como a existência de mecanismos que permitem ou dificultam a apropriação de fundos públicos por esquemas de acesso privado.

Essa identificação das diferentes dimensões de análise dos sistemas de saúde é importante para organizar o trabalho investigativo acerca dos efeitos que as várias combinações público/privado podem ter em termos de redistribuição de recursos. É comum, por exemplo, a afirmação de que um sistema de saúde está sendo privatizado, porém do ponto de vista conceitual é fundamental diferenciar a privatização no âmbito do financiamento, que implica restrição de acesso, da privatização da provisão, que pode ou não ter efeitos adversos sobre o acesso e, portanto, sobre os efeitos do sistema em termos de redistribuição de recursos na sociedade.

Isso posto, como se apresentam os arranjos público/privado nos vários países que normalmente utilizamos como referência para analisar o perfil dos sistemas de saúde? O Gráfico 1 mostra que, com relação à dimensão do financiamento, em várias nações desenvolvidas há predominância do financiamento de serviços de saúde via fundos públicos ou compartilhados. De fato, o padrão desses países é de os recursos públicos cobrirem em torno de 80% dos gastos totais em saúde, o que indica que a maior parte dos serviços de saúde usufruídos pela maioria da população é custeada pelo conjunto da sociedade. A parcela correspondente aos recursos privados reflete tanto o financiamento do rol de serviços não cobertos pelo sistema de acesso público, como o consumo de serviços do

(reduzido) contingente de pessoas pertencentes aos extratos superiores de renda, que eventualmente não fazem uso do sistema público.

Gráfico 1 - Participação relativa dos fundos público e privado no financiamento total de ações e serviços de saúde de países selecionados (2014)



* Inclui recursos de Seguro Social
Fonte: OECD Health Data

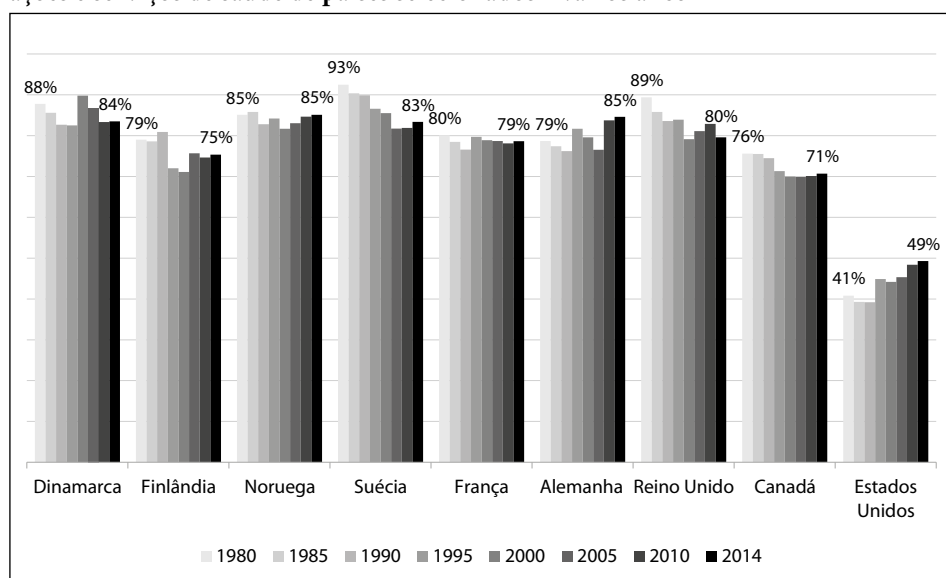
Os Estados Unidos se destacam pelo menor comprometimento de fundos públicos no financiamento dos serviços de saúde disponibilizados à população, o que é reflexo do fato de que a parcela do sistema norte-americano financiada com recursos públicos tem caráter focalizado, ou seja, é voltada para o acesso de grupos específicos – pobres e idosos, cujo direito à saúde é coberto pelos programas *Medicaid* e *Medicare*. Ou seja, o fundo público, originado com base em recursos de impostos, financia apenas a parcela da população cuja renda é muito baixa ou que, em princípio, se encontra permanentemente fora do mercado de trabalho.

Nas últimas décadas, os sistemas de saúde em geral, em especial aqueles dos países desenvolvidos, vêm enfrentando pressões financeiras consideráveis, que têm ameaçado sua sustentabilidade. De um lado, o envelhecimento da população e o maior adoecimento por enfermidades crônicas e degenerativas têm pressionado os sistemas por uma ampliação do rol e do volume de cuidados à saúde, em geral envolvendo terapias e medicamentos associados a tecnologias cada vez mais caras. De outro, a maturidade atingida por essas nações tornou o ritmo de

crescimento de suas economias bem inferior àquele prevalecente no pós guerra, quando foram construídos os fundamentos de seus sistemas de proteção social. Assim, se pelo lado da demanda há uma pressão por aumento de serviços mais caros, pelo lado do financiamento é cada vez mais estreito o espaço de ampliação de recursos para financiar tais serviços, já que a arrecadação depende da atividade econômica.

O Gráfico 2 mostra que essas pressões provocaram algumas mudanças no financiamento desses sistemas ao longo das últimas décadas.

Gráfico 2 - Evolução da participação relativa dos fundos público no gasto total em ações e serviços de saúde de países selecionados – vários anos



Fonte: OECD Health Data

Entre os sistemas caracterizados como universais, vários apresentam tendência de queda da participação dos fundos públicos no custeio da saúde, especialmente Suécia, Reino Unido e Finlândia e, em menor medida, Canadá e Dinamarca. França e Noruega mostraram perdas não muito intensas na participação pública, tendência posteriormente revertida, enquanto a Alemanha figura como o único caso de aumento da proporção dos fundos públicos/compulsórios no financiamento à saúde nos últimos anos. Já os Estados Unidos evidenciam um aumento substancial da participação dos recursos públicos no financiamento à saúde, num movimento notável já em meados dos anos 90, mas que se intensificou depois de 2010, ano em que foi aprovada a reforma do sistema de saúde

daquele país, com o objetivo de garantir acesso à saúde para os mais de 48 milhões de norte-americanos (cerca de 18% da população) sem renda suficiente para adquirir planos/seguros de saúde porém não suficientemente pobres para serem considerados elegíveis ao sistema de acesso com recursos públicos³.

A despeito desse avanço do financiamento privado à saúde em muitos países de sistemas universais, pelo menos até o momento não se pode dizer que houve uma reversão do perfil predominantemente público desses sistemas. No âmbito do financiamento, a reação tem se concentrado na introdução de esquemas de copagamento de serviços por ocasião de uso (no consumo de medicamentos, realização de exames, procedimentos, terapias etc.). Ainda que representem um fator de iniquidade, tais mudanças geralmente têm isentado as parcelas mais vulneráveis da população da necessidade de contribuir com fontes próprias, o que significa que o ônus vem recaindo mais intensamente sobre as parcelas médias, que nessas nações tendem a ser a maioria da população⁴.

A caracterização dos espaços público e privado é mais complexa quando tratamos da dimensão da provisão de serviços de saúde. Isso porque aqui estamos falando de uma ampla diversidade de serviços, com grande variabilidade em termos de custos, complexidade tecnológica e organizacional. A construção de um quadro comparativo entre países esbarra no fato de que cada nação estrutura seu sistema de saúde a partir de um modelo de atenção específico. A própria tradução das necessidades de saúde em demanda de serviços depende da forma como cada sistema organiza e regula suas estruturas de provisão e acesso. Além disso, quando falamos de provisão de serviços e propriedade das estruturas de oferta é muito mais difícil garantir a homogeneidade dos critérios classificatórios entre os países.

Consideradas essas limitações, o Quadro 1 resume algumas informações a respeito dos sistemas de saúde normalmente usados como referência de análise. Como já foi dito, mesmo sistemas de cobertura universal contam com provisão

3 O *Patient Affordable Care Act* (2010), de implementação gradual, prevê, entre outros dispositivos, expansão da faixa de cobertura para indivíduos do *Medicaid*, alcançando camadas até então não elegíveis, subsídios à aquisição privada de seguros/planos de saúde até determinada faixa de renda, proibição de negativa de cobertura por parte de planos/seguros de saúde para pessoas com condições pré-existentes e multas para determinados grupos de indivíduos caso se mantiverem na condição de não segurados. Desde então, o percentual de indivíduos não cobertos caiu para cerca de 10% da população (HENRY KAISER FAMILY FOUNDATION, 2015).

4 Outras categorias que têm direito a alguma isenção no copagamento em países que adotam esse tipo de prática são crianças, idosos e pessoas com problemas específicos de saúde (PARIS, DEVAUX & WEI, 2010), justamente os grupos que tendem a demandar mais serviços.

privada, tanto no nível ambulatorial como hospitalar, dimensão em que predominam unidades ligadas a entidades religiosas, corporações ou nacionalidades estrangeiras.

Quadro 1 - Caracterização da estrutura de provisão de serviços de saúde: vários países

País	Clínica geral/Atenção primária - principal forma de provisão*	Consultas de especialidades - principal forma de provisão*	Distribuição percentual dos leitos por tipo de hospital de agudos		
			Públicos*	Privados s/ fins lucrativos	Privados lucrativos
Alemanha	consultórios privados	consultórios privados	49,0	36,0	15,0
Canadá	clínicas privadas	hospitais públicos	100,0	-	-
Dinamarca	clínicas privadas	consultórios privados	96,7	2,5	0,8
Finlândia	unidades básicas públicas	hospitais públicos	89,0	-	11,0
França	consultórios privados	consultórios privados	66,0	9,0	25,0
Holanda	clínicas privadas	clínicas privadas	-	100,0	-
Noruega	consultórios privados	consultórios privados	99,0	1,0	-
Suécia	unidades básicas públicas	hospitais públicos	98,0	-	2,0
Reino Unido	clínicas privadas	hospitais públicos	96,0	4,0	-
Estados Unidos	clínicas privadas	clínicas privadas	15,0	60,0	15,0

Fonte: PARIS, DEVAUX & WEI (2010); THE COMMONWEALTH FUND (2015)

Finalmente, podemos acrescentar uma quarta dimensão de análise, relacionada ao papel desempenhado pelos planos e seguros privados nos sistemas de saúde. Essa dimensão é relevante por trazer elementos importantes para se pensar a configuração do caso brasileiro em termos de arranjo público/privado.

Como se pôde ver pelos gráficos mostrados anteriormente, mesmo nos países cujos sistemas de saúde têm caráter universal, há sempre uma parcela dos serviços usufruída sob financiamento privado. Essa fatia tende a ser ocupada por planos e seguros de saúde. De fato, mesmo em sistemas públicos de cobertura abrangente, planos e seguros de saúde podem explorar oportunidades de

atuação ligadas a serviços/procedimentos específicos, hotelaria (quarto privativo, por exemplo), filas diferenciadas, ou ainda tratamento relacionado a acidentes⁵.

Nesse sentido, os sistemas de saúde podem ser diferenciados em função da abrangência da cobertura dos planos/seguros que nele atuam, havendo três possibilidades: cobertura complementar, suplementar ou duplicada. No primeiro caso, o plano/seguro garante a disponibilização de serviços parcialmente cobertos pelo sistema público. Um exemplo seria um plano de saúde que cobre parcial ou integralmente modalidades de copagamento exigidas do usuário no sistema público. Já a cobertura suplementar se refere a serviços não cobertos pelo sistema público, abrangendo, por exemplo, determinados procedimentos odontológicos, oftalmológicos ou cirúrgicos, serviços psicológicos ou fisioterapêuticos, além de elementos de hotelaria (como quarto privativo). Finalmente, a modalidade duplicada ocorre quando a cobertura oferecida pelo segmento de planos/seguros de saúde tem abrangência semelhante à do sistema público.

Estudo conduzido por Tuohy, Flood e Stabile (2004 *apud* SANTOS, 2009) nos países da OCDE concluiu que a presença de planos/seguros de saúde nas modalidades complementar ou suplementar tende a criar um fator de iniquidade no acesso, porque o critério de mercado pode barrar ou restringir a disponibilidade de determinados serviços. Porém, em sistemas de saúde do tipo social-democrata, o efeito tende a ser restrito justamente porque o pacote financiado pelo fundo público é abrangente e o acesso independe da renda para um amplo rol de necessidades de saúde.

Ainda segundo o estudo, em países em que se admite a cobertura duplicada de serviços de saúde por planos/seguros privados, os indivíduos assegurados por tais esquemas tendem a continuar usando o sistema público para serviços mais complexos e caros. Esse acesso pode ser facilitado por práticas de “administração de fila” no interior das estruturas provedoras que disponibilizam serviços para o fundo público e simultaneamente para esquemas privados.

Outra implicação dos arranjos do tipo duplicados é o fato de que indivíduos cobertos por planos/seguros de saúde tendem a utilizar mais serviços de especialistas que generalistas em comparação à população coberta pelo sistema público. Isso pode decorrer de uma oferta insuficiente por parte do fundo público pelas suas próprias dificuldades financeiras, embora tal situação tenda

5 Seguros contra acidentes podem inclusive ser compulsórios em algumas situações, por exemplo, habilitação para dirigir em vias públicas.

a ser majorada pela admissibilidade do critério de mercado em relação à disponibilização dos serviços.

O menor uso relativo de especialistas, entretanto, também pode ser reflexo do modelo de atenção à saúde, ou seja, da operação (desejável) de uma lógica a respeito de como os vários recursos de saúde do sistema são usufruídos pelos usuários. A hierarquização e o ordenamento do acesso são mecanismos típicos de sistemas públicos, que cada vez mais buscam o protagonismo das instâncias de atenção primária na coordenação da trajetória dos usuários pelas estruturas mais complexas do sistema de saúde.

Essa discussão sugere que a forma como os planos/seguros privados se inserem no sistema de saúde tem implicações diretas sobre a dimensão do acesso. Há uma competição latente entre os fundos público e privado, que em determinadas situações se torna explícita, aberta. De um lado, esquemas privados somente podem prosperar se lograrem atrair uma parte da clientela do sistema público para seus mecanismos de acesso restrito. De outro, ambos os lados competem pelo uso das estruturas de provisão de serviços, ou dos meios necessários para a disponibilização direta de tais serviços (como a força de trabalho médica, as estruturas de provisão de exames e a capacidade de realização de internações, por exemplo).

Nos sistemas de saúde em que a proteção via fundo público tem caráter residual, há uma separação clara de espaços de atuação, uma vez que os recursos públicos financiam apenas segmentos vulneráveis em termos de geração de renda, os quais já não despertam interesse de exploração privada. A natureza focalizada do esquema público nesses sistemas restringe a elegibilidade ao fundo bancado com recursos públicos abaixo de determinado nível de renda, o que acaba impedindo o trânsito de usuários entre os fundos público e privado. Na prática, portanto, nessas configurações não há competição entre os esquemas público e privado pelos usuários, o que, embora não elimine, pode atenuar a competição pelas estruturas de provisão

A situação é mais complexa justamente no caso em que as fronteiras entre o público e o privado são pouco claras. Nessas circunstâncias, o sucesso dos mecanismos privados será a imagem invertida do alcance dos sistemas públicos. Em sistemas universais ou do tipo corporativista abrangente, em geral subsistem apenas planos/seguros de natureza complementar ou suplementar, que tendem a ocupar as margens do sistema público, como deficiências de cobertura de determinados serviços, filas de espera ou ausência de hotelaria, atraindo as parcelas melhor posicionadas de beneficiários para a compra de acesso diferenciado ou

exclusivo no âmbito dessas lacunas. As implicações em termos de geração de iniquidades irão depender da extensão das deficiências do sistema público e da capacidade dos esquemas privados de ofertar alternativas que sejam vistas como suficientemente vantajosas. Nesse sentido, situações de perda de base de financiamento como as que vêm enfrentando os sistemas de saúde universais dos países desenvolvidos, por afetarem sua capacidade de provisão, criam oportunidades para o crescimento de vias de acesso “mercadorizadas”. Trata-se de uma importante ameaça à sustentabilidade dos fundamentos desses sistemas, que dependem do reconhecimento e da valorização do conjunto da sociedade para se manterem como mecanismos abrangentes de proteção social.

Já um sistema concebido como universal, que porém encontra dificuldade de oferecer proteção ampla para uma parcela considerável da população, enfrenta uma disputa aberta pelas camadas médias por esquemas privados de cobertura duplicada. A adesão dessa faixa da população se mostra central para o sucesso ou fracasso de cada um dos lados e, nesse contexto, a introdução de esquemas privados associados, por exemplo, ao contrato de trabalho tende a dificultar o apoio e o reconhecimento da população acerca da importância do sistema público, facilitando, ao contrário, seu suporte a mudanças legais que produzam incentivos fiscais ao acesso privado à saúde.

3. O sistema de saúde brasileiro: dimensões de análise e potencial redistributivo

De que maneira o arranjo público/privado se apresenta no sistema de saúde brasileiro e quais efeitos redistributivos tendem a resultar dessa configuração?

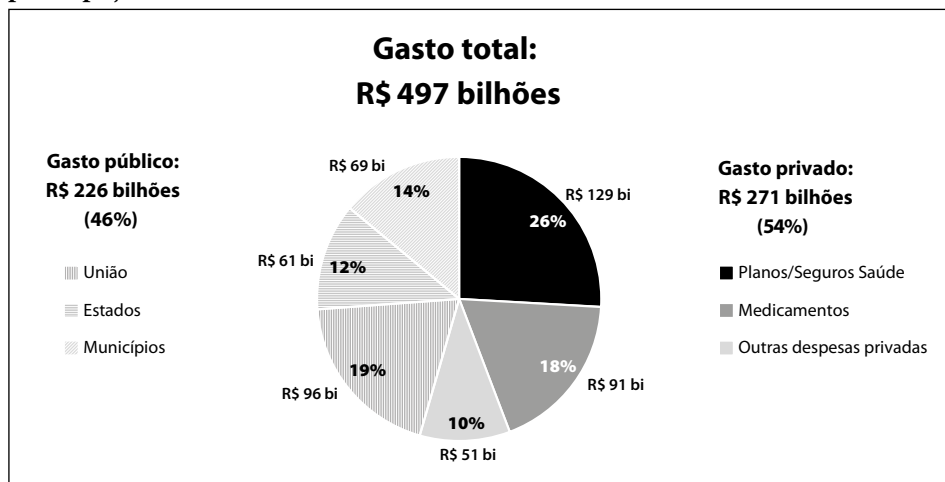
Com relação à dimensão do financiamento, o Gráfico 2, a seguir, apresenta uma estimativa do total de recursos de origem pública e privada gastos com serviços de saúde⁶. Dos quase R\$ 500 bilhões gastos com saúde no Brasil em 2013⁷,

6 Optou-se aqui pela ótica da despesa, o que significa considerar como gasto público as despesas governamentais (nas três esferas) no âmbito do SUS e como gasto privado as despesas das famílias com compra de serviços de saúde (consultas, exames etc.) e com planos e seguros de saúde (inclusive aquelas realizadas em seu benefício por empresas, sob a forma de salário indireto). Uma ótica alternativa é a do consumo, que privilegia os bens, serviços e ações efetivamente consumidos pela população em determinado período. Isso implicaria considerar, ao invés das despesas das famílias com planos de saúde, as despesas dos planos com o financiamento de ações, serviços e bens usufruídos pelas famílias, ou seja, as despesas dos planos em nome das famílias.

7 Apesar da disponibilidade de dados de despesas públicas e gastos privados com planos e seguros de saúde até 2015, as despesas privadas com medicamentos e outros itens dependem da compilação de várias informações das contas nacionais pelo IBGE, na Conta Satélite da Saúde, que encontra-se atualizada até 2013.

menos da metade (46%) teve origem em fundos públicos, canalizados para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gráfico 3 - Gasto público e privado com saúde no Brasil (2013): R\$ bilhões* e participação sobre o total



* Valores a preços de 2015 (IPCA/IBGE)

Fonte: IBGE - Conta Satélite da Saúde 2010-2013 e Ministério da Saúde - SIOPS

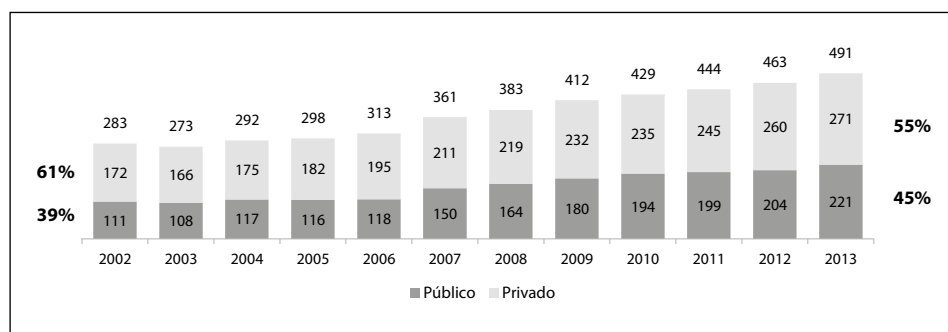
Essa baixa participação dos recursos públicos no gasto total com saúde no Brasil mostra, de cara, que há uma incompatibilidade entre a missão do SUS enquanto sistema universal, conforme estabelecido na Constituição de 1988, e o perfil do financiamento à saúde da população. A configuração do sistema brasileiro se assemelha à dos EUA, mas no caso norte-americano o gasto público tem função residual, por ser direcionado a uma parcela relativamente pequena da população.

De fato, o SUS, concebido na Constituição de 1988 como sistema de acesso universal e abrangência integral em termos de cuidado, marcou uma profunda diferença em relação ao que havia sido a marca da proteção social no âmbito da saúde até então no Brasil – basicamente a garantia de assistência médica ao grupo dos indivíduos inseridos nos segmentos formais do meio urbano. Ao restante da população cabiam esquemas caritativos, precários, fragmentados e descontínuos.

A garantia constitucional criou a referência básica a partir da qual o sistema público passaria a se moldar. Desde então, a trajetória de implementação do SUS vem sendo marcada pelo enfrentamento do subfinanciamento crônico e pelas dificuldades para implementar um novo modelo de atenção a partir de uma estrutura de provisão, cuja lógica de funcionamento era o tratamento focado na doença e centralizado no hospital.

De qualquer forma, com relação ao espaço ocupado no financiamento à saúde, o quadro já foi pior. Nos últimos anos, a trajetória da despesa pública foi não só de crescimento contínuo, mas de aumento em ritmo mais intenso que o crescimento do gasto privado. Tomando-se os dados da Conta Satélite da Saúde elaborada pelo IBGE, que privilegia a ótica do consumo⁸, notamos que enquanto os gastos privados aumentaram 57% em termos reais entre 2002 e 2013, as despesas públicas praticamente dobraram no período, o que permitiu que atingissem 45% do total, ante 39% no início da série.

Gráfico 4 - Consumo final em R\$ bilhões* de ações, serviços e bens de saúde por fonte de financiamento



* Valores a preços de 2015 (IPCA/IBGE)

Fonte: IBGE - Conta Satélite da Saúde 2000-2005, 2005-2007 e 2010-2013

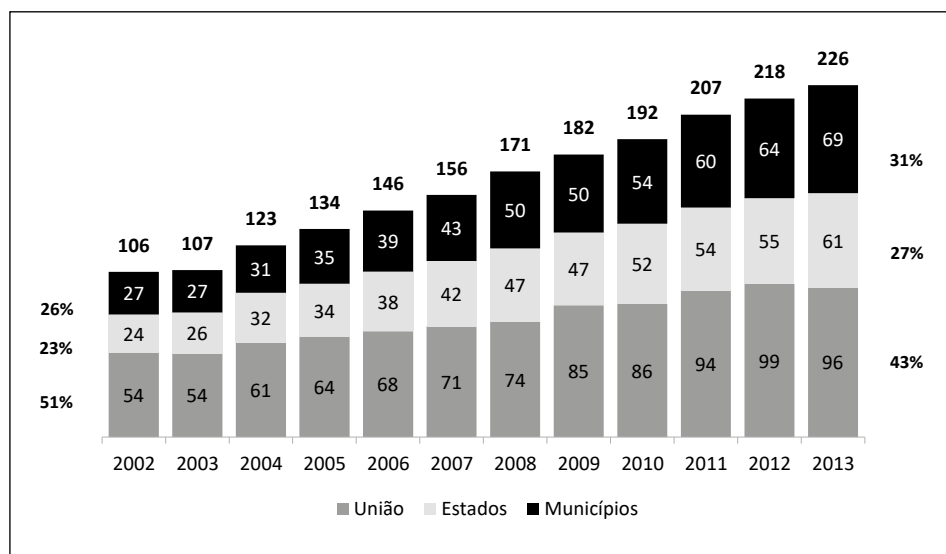
O elemento que possibilitou esse ganho de espaço do fundo público nos últimos anos foi sem dúvida a determinação constitucional de obrigatoriedade de gasto mínimo de recursos públicos com saúde a partir do ano 2000, resultado da aprovação da Emenda Constitucional nº 29. Ao determinar que um percentual dos impostos arrecadados anualmente por Estados e Municípios fosse gasto obrigatoriamente com ações e serviços do Sistema Único de Saúde, essa regra resultou em um forte aumento da participação dessas esferas de governo no total do financiamento à saúde. O gasto aumentou não só porque a receita de impostos cresceu consideravelmente, mas também porque os percentuais foram fixados em patamar bastante superior ao padrão então vigente de dispêndio com saúde por parte dos Estados e Municípios.

8 É importante ter em mente que as óticas do gasto e do consumo abordam a questão do financiamento sob perspectivas diversas, diferindo também suas metodologias de coleta e consolidação.

Já no âmbito da União, a Emenda 29 estabeleceu apenas a correção pela variação do PIB daquilo que já era gasto no ano anterior a sua edição (1999). Isso também garantiu um aumento real da despesa federal com saúde ao longo do tempo, porque o PIB cresceu nesses anos acima da inflação, porém em ritmo inferior ao gasto das esferas subnacionais.

Considerando-se os três níveis de governo, entre 2002 e 2013 as despesas com o financiamento do SUS mais que dobraram em termos reais (crescimento de 113%, uma média de 7% ao ano), mas enquanto os gastos dos Estados e Municípios aumentaram cerca de uma vez e meia (148% e 154% respectivamente), os gastos da União cresceram apenas 77%.

**Gráfico 5 - Gasto Público com Ações e Serviços Públicos de Saúde em R\$ bilhões*:
2012-2013**



* Valores a preços de 2015 (IPCA/IBGE)
Fonte: Ministério da Saúde – SIOPS

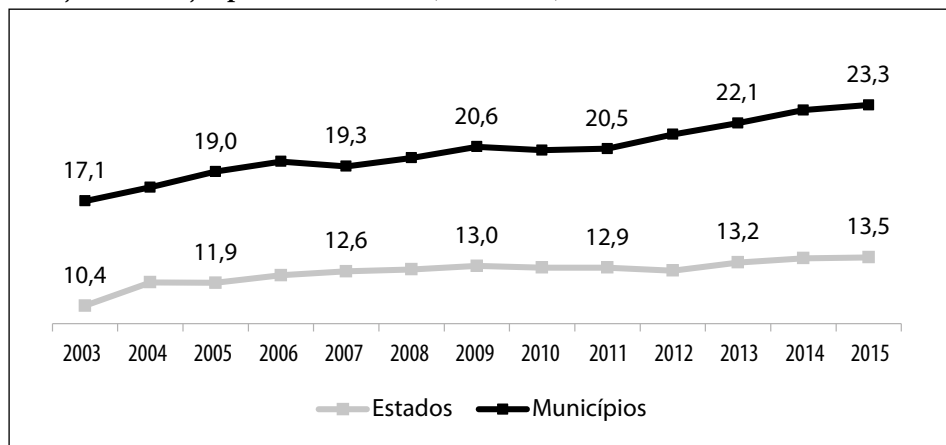
O aumento particularmente intenso dos gastos municipais também decorreu do papel protagonista assumido por muitas prefeituras na implementação do SUS. Uma das diretrizes constitucionais do sistema é justamente a descentralização de suas ações, não só porque isso aproxima os usuários dos gestores dos serviços, mas por permitir que o modelo de atenção à saúde se estruture a partir das ações da atenção primária (ou atenção básica). Essa instância deve funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, resolvendo grande parte dos

problemas e triando e coordenando o acesso a cuidados de maior complexidade, daí sua natureza descentralizada.

Assim, ainda que a Emenda 29 possa ter tido papel relevante no aumento das despesas das prefeituras com o SUS, o processo de municipalização da rede e o caráter inercial do aumento da maior parte do gasto com saúde foram fundamentais. De fato, uma vez que governos disponibilizam determinados serviços, os custos de operação e manutenção das estruturas em que são ofertados tendem a ser crescentes. Por outro lado, também devem ter contribuído para o aumento do gasto municipal a maior exposição dos prefeitos às reivindicações da população em comparação aos governantes de outras esferas, bem como o forte apelo eleitoral de determinados gastos da área da saúde.

Por todos esses motivos, enquanto a Emenda 29 estabeleceu o mínimo de 12% e 15% da receita de impostos a serem destinados ao SUS respectivamente por Estados e Municípios, como se observa pelo Gráfico 4, ambas as esferas gastam atualmente montantes superiores ao mínimo preconizado, especialmente as prefeituras.

Gráfico 6 - Percentual da receita própria de impostos de Estados e Municípios gasta em ações e serviços públicos de saúde (2003-2015)



Fonte: Ministério da Saúde – SIOPS

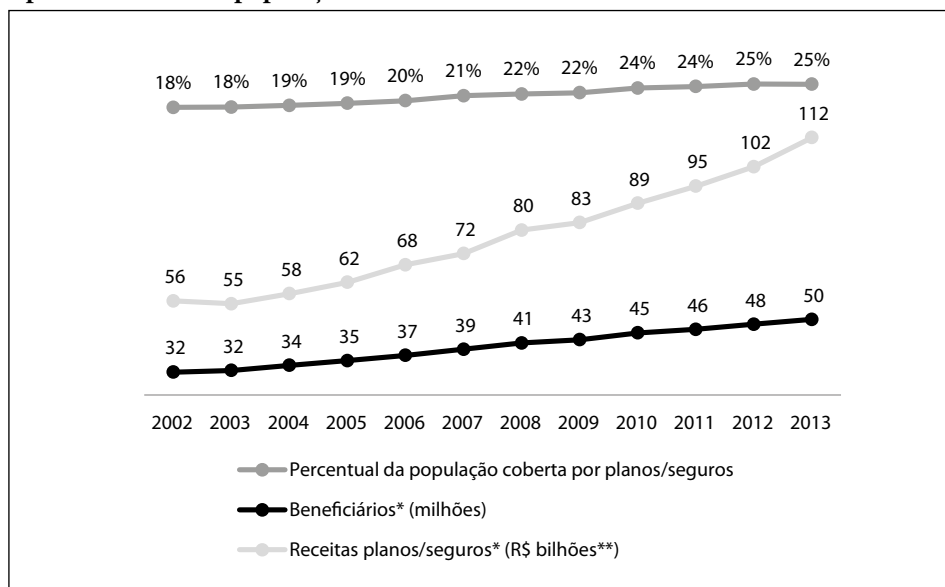
Em contraposição a essa crescente porém ainda tímida participação dos fundos públicos no financiamento à saúde no Brasil, é grande o espaço ocupado pelos planos/seguros de saúde. Esses esquemas respondem por 25% do financiamento total (Gráfico 2). Comparado ao gasto no SUS, o percentual é especialmente elevado, já que os planos/seguros de saúde beneficiam cerca de um quarto da população e cobrem apenas despesas assistenciais (basicamente medicamentos,

consultas, internações e exames). O gasto público não chega ao dobro desse valor, e seu rol de responsabilidades é bem mais amplo, além de em parte ser destinado ao conjunto da população.

É interessante notar que as despesas privadas com planos/seguros de saúde dobraram de valor em termos reais entre 2002 e 2013 (Gráfico 5). Nesse mesmo período, o número de beneficiários aumentou 69%, elevando o percentual da população coberta por esquemas privados de 18% para 25% do total.

A questão é saber até que ponto essa expansão é sustentável, levando-se em conta o patamar e a estrutura da distribuição da renda no Brasil. Segundo o IBGE, em 2013, 78% da população brasileira residia em domicílios com rendimento mensal familiar per capita de até dois salários mínimos (Gráfico 6). Esse perfil indica que a maior parte da população em idade ativa tem uma inserção bastante desfavorável no mercado, exibindo baixo potencial de geração de renda. Por sua vez, essa configuração levanta sérias dúvidas acerca da viabilidade efetiva de adesão, mesmo por parte dos chamados extratos médios, a esquemas de poupança prévia como os de planos/seguros de saúde, ainda que empresas empregadoras contribuam com uma parte das despesas, a título de salário indireto.

Gráfico 7 - Evolução da receita de contraprestações de operadoras médico-hospitalares* em R\$ bilhões*, do número de beneficiários de planos/seguros de saúde e percentual sobre a população total

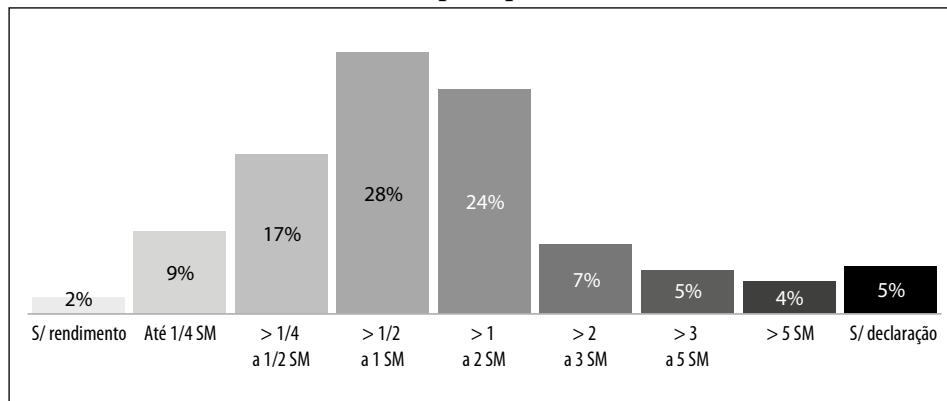


* Não inclui receitas e beneficiários de planos de autogestão

** Valores atualizados pela variação do IPCA/IBGE

Fonte: Ministério da Saúde/ANS (Tabnet e Caderno de Informação da Saúde Suplementar – vários anos)

Gráfico 8 - Distribuição percentual dos residentes em domicílios particulares por classes de rendimento mensal familiar per capita - 2013



Fonte: IBGE (2014) – Síntese dos Indicadores Sociais - 2013

É bom lembrar que os arranjos contributivos privados como os que caracterizam os planos/seguros de saúde têm potencial redistributivo bastante limitado. Se a comercialização desses esquemas avança sobre uma parcela de renda média baixa, ou baixa, o patamar da contribuição, embora eventualmente alto do ponto de vista do beneficiário, pode ficar muito aquém do mínimo necessário para o efetivo custeio dos serviços. O risco é de se criarem arranjos de coleta de poupanças que terão poucas chances de entregar os serviços contratados no volume requerido e/ou com um mínimo de qualidade. Por outro lado, se o conjunto do sistema de saúde no país é gerido de maneira a permitir com facilidade a migração do sistema público para esquemas privados, inclusive com apoio do próprio fundo compartilhado, via isenções tributárias, cria-se uma situação de difícil sustentação para o sistema público.

Finalmente, no perfil do financiamento à saúde também chama a atenção a elevada participação das despesas de desembolso direto, em especial as voltadas à aquisição de medicamentos, reflexo de falhas na cobertura tanto por parte do SUS como de esquemas privados de acesso. Dado o grande peso dos gastos com medicamentos no orçamento das famílias de baixa renda, são extremamente importantes as políticas de assistência farmacêutica desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, incluindo tanto a dispensação de medicamentos à população nas unidades do SUS como as relacionadas a subsidiar a compra, função do programa Farmácia Popular.

Qual o reflexo dessa configuração da dimensão do financiamento, em que predominam as fontes privadas de recursos, sobre a dimensão do acesso? A constatação mais evidente é que a fatia da população coberta por esquemas privados conta com recursos em montantes muito superiores à parcela coberta pelo SUS. Se

considerarmos o valor da receita das operadoras com a comercialização de planos/seguros dividida pelo número de beneficiários tomando-se como base o ano de 2014, isso equivaleria a um valor per capita de quase R\$ 2.200,00⁹. Esse montante seguramente é bem mais elevado do que o gasto assistencial per capita realizado pelo SUS¹⁰. Ou seja, o patamar do gasto público limita consideravelmente o potencial redistributivo do sistema, introduzindo um teto (baixo) que deixa a maior parte da população com acesso restrito à saúde. Por outro lado, como já foi mencionado, diante da estrutura de distribuição de renda no país, a cobertura de 25% da população indica que há um contingente de beneficiários de planos/seguros de saúde com capacidades contributivas muito baixas, o que sugere restrição do acesso.

A questão é ainda mais complexa porque na medida em que o sistema público de saúde no Brasil é constitucionalmente concebido como de natureza universal, não há como isolar o alcance das despesas públicas a uma parcela delimitada da população.

Em dezembro de 2015, os planos/seguros de saúde médico-assistenciais com e sem serviços odontológicos registravam a cobertura de 49,7 milhões de indivíduos (ANS, 2016). Mas esse contingente também acaba se utilizando, em alguma medida, de serviços disponibilizados pelo sistema público. De um lado, há ações de natureza preventiva, coletiva, regulatória e organizacional que beneficiam o conjunto da sociedade, moldando elementos básicos do funcionamento das estruturas e instituições pertencentes a ambos os sistemas. Estão incluídos nesse rol, por exemplo, as atividades de vigilância sanitária, as atividades regulatórias e fiscalizatórias sobre medicamentos e terapias, as campanhas de vacinação e as atividades de pesquisa e inovação, as quais são financiadas com recursos públicos. Também devem ser considerados os gastos com recursos públicos destinados à formação de profissionais que compõem a mão de obra que posteriormente será objeto de disputa pelos sistemas público e privado. Esses recursos são particularmente elevados quando se considera a formação médica, especialmente longa, cara e dependente da existência de estruturas hospitalares. Ainda que essas despesas não sejam computadas como gastos com saúde, é importante considerá-las

9 Se considerarmos o gasto das operadoras per capita, o valor seria R\$ 1.865,00.

10 O dado do gasto assistencial no SUS não é identificável diretamente a partir das informações de gastos públicos e seu cálculo somente pode ser feito de maneira aproximada para o conjunto dos entes federados. Apenas a título ilustrativo, o gasto total (assistencial e demais) do SUS per capita, considerando-se a parcela da população não coberta por planos/seguros de saúde em 2013 seria R\$ 1.492,00.

para ressaltar que o subsistema de acesso privado não subsiste isolado de um contexto mais amplo, em grande medida bancado com recursos públicos.

Além disso, como o atendimento no SUS é direito de todo cidadão brasileiro, detentores de planos/seguros de saúde podem fazer uso de estruturas assistenciais de acesso público para o atendimento de suas necessidades. Justamente por conta disso, a partir do início da década passada, planos e seguros de saúde passaram a ter obrigação legal de ressarcir o SUS em situações em que os usuários detentores desses esquemas têm atendimento assistencial no sistema público.

Os valores efetivamente transferidos pelos planos/seguros a título de ressarcimento ao sistema público são baixos por diversas razões, incluindo a dificuldades na identificação dos detentores de planos/seguros de saúde (especialmente para procedimentos ambulatoriais e de urgência e emergência prestados no SUS¹¹), a existência de dúvidas quanto à legalidade de cobrança de determinados procedimentos e o fato de que os planos/seguros de saúde buscam sistematicamente protelar o pagamento com contestações administrativas e na justiça quanto à legalidade e/ou valor estabelecido de cobrança. Por fim, o grau de inadimplência dos valores efetivamente devidos homologados pela justiça também é elevado, resultando na sua transferência para recebimento como dívida ativa.

De qualquer forma, ainda que constitua importantíssimo mecanismo de justiça social, voltado a reparar uma redistribuição do tipo Robin Hood às avessas, o aperfeiçoamento dos processos associados ao ressarcimento ao SUS não parece ter como compensar o baixo gasto público em saúde. Considerando as informações disponibilizadas pela ANS (2016), entre 2001 até 2014, foi objeto de cobrança o equivalente a R\$ 3,4 bilhões em valores corrigidos pela inflação, sendo o valor efetivamente arrecadado pouco superior a R\$ 1,2 bilhão¹². Em 2014, por exemplo, ano em que se registra o maior valor ao longo de todo o período, o montante colocado em cobrança foi de pouco mais de R\$ 200 milhões. Esses valores extremamente baixos sugerem que mesmo que fossem superadas as dificuldades operacionais (e políticas) de identificação de usuários e procedimentos, o efetivo ressarcimento ao SUS estaria longe de contribuir para modificar o perfil do financiamento do sistema público¹³.

11 Para que se tenha uma ideia, apenas em 2015 a ANS passou a identificar a realização de procedimentos ambulatoriais de alto custo, como sessões de quimioterapia, radioterapia e diálise, seguramente entre os procedimentos mais caros realizados pelo SUS (ANS, s.d.)

12 Atualização ano a ano dos dados disponibilizados via Tabnet para preços de 2015 de acordo com a variação do IPCA/IBGE.

13 Ainda assim, não se deve descartar que, do ponto de vista de provedores individuais, a efetivação ou não do ressarcimento pode significar a sua sobrevivência no mercado.

Se os montantes associados ao ressarcimento são potencialmente reduzidos do ponto de vista do conjunto do sistema de saúde, o mesmo não se pode afirmar a respeito dos chamados gastos tributários vinculados a despesas privadas com saúde, ou seja, valores que deixam de ser arrecadados pelo fundo público por conta de isenções tributárias. A Tabela 1 mostra que, considerando apenas a esfera federal, a estimativa de recursos não arrecadados em função de isenções tributárias vinculadas a gastos na saúde atingiu em 2014 cerca de R\$ 23 bilhões.

Tabela 1 - Gastos Tributários Federais estimados na Proposta Orçamentária Anual: 2010-2014

Item		2010	2011	2012	2013	2014
1	Despesas Médicas do IRPF	3.325	4.409	9.715	9.874	10.725
2	Assist. Médica, Odont. e Farm. a Empregados - IRPJ	2.961	2.936	3.149	3.451	3.725
3	Produtos Químicos e Farmacêuticos	951	1.038	943	807	808
4	Entidades Sem Fins Lucrativos - Assistência Social	2.587	2.159	2.560	2.739	2.864
5	Medicamentos	2.507	2.959	3.484	3.433	4.187
6	Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon), Programa Nacional de Apoio à Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD) e demais				612	1.413
Total		12.332	13.501	19.852	20.917	23.722

* Segundo os critérios da EC 29

Fonte: Ministério da Fazenda/ SRF (Demonstrativo Gastos Tributários) e Ministério da Saúde/SIOPS

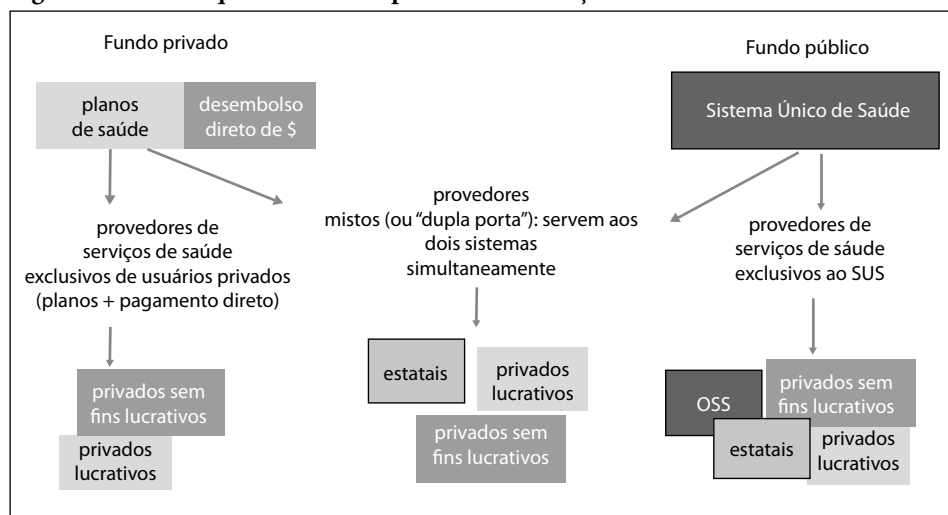
As maiores despesas com isenção são os gastos dedutíveis do imposto de renda, incluindo despesas com planos/seguros de saúde e gastos diretos, além das isenções sobre medicamentos. Considerando o período coberto pela tabela, observa-se que o montante de gastos tributários com saúde previstos a cada ano vem crescendo quando comparado à despesa da União em ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (de menos de 20% em 2010, aumentou para mais de 25% em 2014). Naturalmente, a função redistributiva desses mecanismos vai na contramão da justiça social, uma vez que retira recursos do fundo público (ou, mais precisamente, permite que não sejam arrecadados), mantendo-os junto às camadas com maior capacidade de gerar renda e riqueza.

Finalmente, a dimensão da provisão de serviços e sua articulação com os mecanismos de financiamento à saúde no sistema de saúde brasileiro pode ser esquematicamente representada conforme a Figura 1.

Podemos dizer que no Brasil há basicamente quatro tipos de provedores de serviços de saúde: privados com fins lucrativos, privados sem fins lucrativos,

estatais e Organizações Sociais de Saúde (OSS). Essas últimas são modalidades híbridas, envolvendo estruturas formadas com patrimônio público e geridas por entidades privadas sem fins lucrativos, modelo cuja base legal foi dada pela Reforma do Estado empreendida no Brasil em meados dos anos 90. A Reforma criou a figura das Organizações Sociais, novo formato de provisão de serviços no âmbito das áreas de saúde, educação, proteção ao meio ambiente e cultura, integrantes do que foi designado como setor “público não-estatal”. O financiamento de suas atividades é feito com recursos públicos, repassados às entidades privadas através de contrato de gestão.

Figura 1 - Visão esquematizada da provisão de serviços no sistema de saúde brasileiro



Elaboração própria

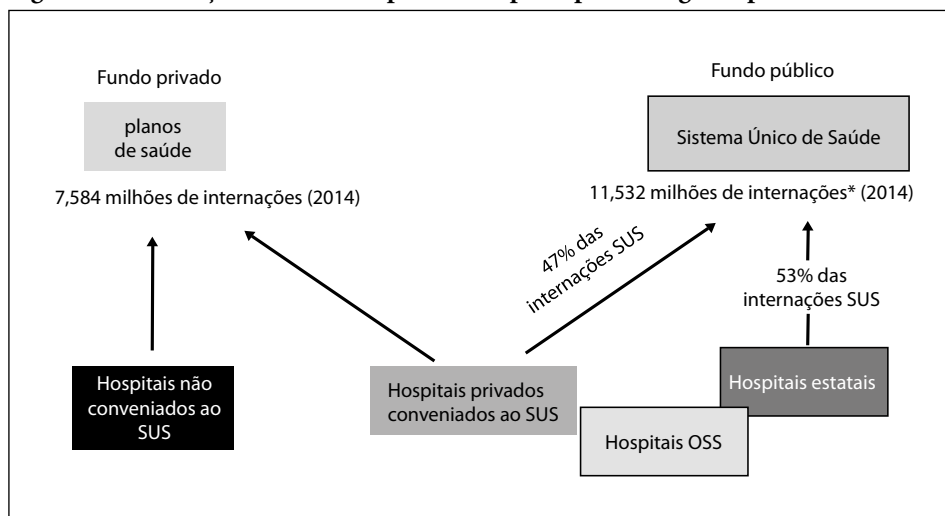
A articulação entre as dimensões do financiamento e da provisão é complexa. Entre os provedores de serviços há aqueles que se relacionam exclusivamente com o fundo (ou sistema) público ou exclusivamente com o fundo privado (sob intermédio ou não de planos/seguros de saúde), ou, ainda, os que prestam serviços simultaneamente para ambos os fundos.

Adicionalmente, parte dos provedores privados são propriedade de operadoras de planos de saúde que trabalham com rede própria, como a Amil e a Unimed, por exemplo. De forma análoga, o SUS também tem sua rede própria, formada pelas unidades de saúde patrimônio da União e dos Estados e Municípios, que disponibilizam serviços, sendo complementados pela rede privada (com e sem fins lucrativos) contratada (ou, muitas vezes, conveniada) e pelas

Organizações Sociais de Saúde, ainda que essas últimas, em princípio, tenham natureza mais próxima àquela das unidades de saúde estatais.

Em 2014, o SUS registrou cerca de 11 milhões de internações¹⁴, enquanto no sistema de saúde suplementar ocorreram 7,6 milhões de internações (ANS, 2016b). Do total das internações feitas no sistema público, conforme a Figura 2, o equivalente a quase metade ocorreu em hospitais privados, na maioria sem fins lucrativos, sendo a parcela restante disponibilizada por hospitais em regime de OSS e unidades de propriedade estatal, incluindo universitários¹⁵.

Figura 2 - Internações* realizadas pelo SUS e pelos planos/seguros privados de saúde



* No caso do SUS, se refere à quantidade de Autorizações de Internação Hospitalar
 Fonte: Ministério da Saúde/Datasus (Sistema de Informação Hospitalar – SIH) e ANS (2016b)

Isso indica que o sistema de acesso público depende de maneira significativa de estruturas privadas para o acesso a serviços de internação. Em contrapartida, pode-se afirmar que uma parcela provavelmente considerável dos estabelecimentos privados depende do financiamento público para se manter em funcionamento. Em princípio, a maior parte da capacidade física dos estabelecimentos privados

14 A informação na realidade se refere ao número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que se aproxima do número de internações, embora em certas situações uma internação envolva mais de uma AIH. A fonte dos dados do SUS é o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS).

15 Os sistemas de informação do SUS não permitem identificar com segurança o percentual das internações realizadas por hospitais geridos como OSS. No Estado de São Paulo, consulta às bases de dados disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde indicam que esse segmento é responsável por 15% dos 2,4 milhões de internações (AIH) realizadas sob gestão estadual.

dupla porta é canalizada para atendimento ao SUS. De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), os hospitais do tipo dupla porta dispunham em 2014 de 195 mil leitos (39% do total de quase 500 mil leitos do conjunto do sistema de saúde brasileiro). Desse total, o equivalente a 71% eram leitos destinados ao SUS, sendo o restante voltado ao sistema de acesso privado¹⁶.

Nos últimos anos, o modelo OSS vem avançando como modalidade de provisão no SUS. Pesquisa realizada pelo IBGE (2014) sobre o perfil dos Estados brasileiros reporta que em 2013, 17 unidades da federação se utilizavam desse formato para a disponibilização de serviços de saúde, incluindo Amazonas, Roraima, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal. O modelo nasceu vinculado à área hospitalar, mas atualmente é empregado para a administração de diversos tipos de unidades de saúde.

Seguramente contribuíram para esse movimento de expansão do modelo OSS não apenas os constrangimentos impostos à contratação de pessoal pela Lei de Responsabilidade Fiscal, mas também a enorme dificuldade de organização e gestão de serviços públicos nas estruturas tradicionais da administração pública. Esse aspecto é especialmente relevante no caso da saúde, dada a complexidade envolvida na organização da maioria de seus serviços.

Mas a maior flexibilidade oferecida pela transferência da administração de unidades de saúde a entidades privadas gera, em contrapartida, grandes desafios para a gestão pública. Em sistemas de saúde com baixo grau de organização, normalmente essa transferência à esfera privada vai muito além da administração de uma ou mais unidades, abarcando aspectos centrais do funcionamento do sistema de saúde e seu modelo de atenção. As capacidades necessárias para tornar o contrato de gestão um instrumento a serviço do funcionamento adequado dos sistemas locais de saúde são de alcance tão ou mais difícil que as requeridas para a gestão direta das unidades de saúde. No âmbito financeiro, em particular, um problema especialmente complexo é o fato de que os gestores públicos não contam com parâmetros adequados que balizem a precificação dos serviços,

16 Em que pese a enorme importância do CNES em termos de gestão e disponibilização de dados, devem ser vistas com reserva comparações entre estruturas voltadas para o SUS e para o sistema de financiamento privado. No primeiro caso os registros do CNES são utilizados para compor a produção ao SUS e portanto interferem no recebimento de recursos, ao contrário do segundo.

elemento central do contrato de gestão, cuja base é o pagamento variável a partir de metas físicas de produção de serviços valorados¹⁷.

Para além desses aspectos problemáticos relacionados à gestão do modelo OSS, do ponto de vista da presente discussão o crescimento dessa modalidade remete a outra questão, relacionada à filantropia. As OSS paulistas, pioneiras do modelo no Brasil, surgiram num contexto de crise financeira do Estado de São Paulo no final dos anos 90, que impossibilitavam a contratação de pessoal para um conjunto de novos hospitais estaduais em função de limitações legais relacionadas ao aumento da despesa de pessoal. Pouco depois da votação da legislação federal das Organizações Sociais, o governo estadual já aprovava seu regramento próprio por meio da Lei Complementar 846/98. A partir de então, a expansão do SUS com recursos públicos estaduais se deu predominantemente por meio dessa modalidade de gestão.

Um dos efeitos dessas parcerias para as entidades privadas foi a possibilidade de uso dos atendimentos feitos nas unidades de saúde geridas como OSS para compor a cota de atendimentos do SUS necessária para a obtenção da filantropia¹⁸. Essa possibilidade não foi explicitada em lei, mas sua prática se valia do que chamaremos aqui, mesmo reconhecendo não ser o termo mais apropriado, de um “vazio institucional”, dado que a avaliação da elegibilidade para a filantropia cabia ao Conselho Nacional de Assistência Social, federal, a análise dos balanços das entidades à Secretaria da Fazenda do Estado, embora nunca tenha ficado muito claro sob que ótica isso deveria ser feito, e o ateste da prestação de serviços ao SUS à administração local do sistema (no caso, a Secretaria Estadual da Saúde), gestora do próprio modelo OSS.

Ao final de 2009, com a aprovação do novo marco regulador da filantropia no país (Lei 12.101), esse expediente que, na prática, inverte por completo a lógica filantrópica, já que os atendimentos são 100% bancados com recursos públicos, passou a ter abrigo legal explícito. Pelo regramento anterior, a certificação de filantropia requeria que 60% dos atendimentos realizados pela entidade se destinassem ao SUS; a nova lei manteve esse percentual, mas permitiu incorporar no cômputo os serviços prestados sob “contrato de gestão”.

17 O único parâmetro existente é a Tabela SUS, gerida pelo Ministério da Saúde. Contudo, há muitos anos, o financiamento federal se descolou da tabela para vários procedimentos do SUS, de forma que se trata de parâmetro imperfeito e, para alguns serviços, extremamente defasado. Para uma discussão da questão em relação à gestão hospitalar, ver LEVI (2009).

18 O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) é concedido a instituições privadas sem fins lucrativos que atuam em áreas de interesse social, como saúde, assistência social e educação em regime de gratuidade. Trata-se de condição que garante a isenção do conjunto das contribuições para a Seguridade Social, incluindo a cota patronal do INSS.

A cota SUS para a obtenção da filantropia não precisa ser atingida por unidade prestadora de serviços, podendo ser alcançada computando-se o conjunto de estabelecimentos vinculados a uma mesma pessoa jurídica. Na prática, isso permite que grupos privados (constituídos sem finalidade lucrativa) que atuam no mercado de venda de serviços a planos/serviços de saúde possam obter a filantropia por meio do estabelecimento de parcerias com governos para a administração de hospitais e outros equipamentos públicos em regime de OSS, isentando de contribuições da Seguridade Social o conjunto de seus estabelecimentos.

Essa regra, entretanto, tem tido efeitos limitados, já que desde 2010 a regulamentação da Lei 12.101 por decreto presidencial vem estabelecendo que apenas 10% dos atendimentos a serem destinados ao SUS podem ter origem em contratos de gestão. Ainda assim, trata-se de um decreto presidencial, expediente facilmente revogável.

Essa discussão mostra que o modelo OSS não pode ser visto exclusivamente sob o prisma restrito da administração pública, como muitas vezes o tema é abordado. Suas implicações, assim como a própria filantropia, somente podem ser compreendidas se considerada a disputa de fundo do sistema de saúde brasileiro, entre os sistemas de acesso público e privado.

Tal perspectiva é fundamental para entender as recorrentes tentativas de destinação de parcela da capacidade de produção de serviços das OSS para comercialização junto a planos/seguros de saúde privados. Essa possibilidade havia sido deixada em aberto no projeto original do Executivo que propôs a lei estadual das OSS, mas acabou recebendo emenda no Legislativo impedindo explicitamente a prestação de serviços fora do SUS (CARNEIRO JR., 2002).

Posteriormente, em 2008, a questão voltou à cena. Por ocasião de projeto de lei encaminhado pelo Executivo estendendo o modelo OSS a hospitais de ensino por meio da qualificação de suas fundações de apoio, o Legislativo aprovou uma emenda possibilitando a comercialização de 25% dos serviços das unidades em regime de OSS a usuários de planos de saúde e particulares. O dispositivo acabou sendo vetado pelo Executivo, num movimento de motivações não muito claras, mas que, aparentemente, se deu por receio de inconstitucionalidade¹⁹.

19 A exposição de motivos do veto apenas justifica que a possibilidade de comercialização, embora decorrente de preocupação “virtuosa” associada à necessidade de ressarcir o SUS pelo uso de estruturas públicas por pacientes cobertos por esquemas privados, já estaria regrada por previsão específica na lei das OSS.

Em 2010, o Executivo logrou aprovar mudanças na lei das OSS paulistas que permitiram a comercialização de até 25% de sua capacidade a pacientes privados (particulares ou detentores de planos). Pela lei, isso ficaria restrito às unidades de saúde responsáveis por mais de 50% da oferta de serviços na respectiva região ou unidades prestadoras de serviços especializados e de alta complexidade. No entanto, o Ministério Público estadual entrou com uma Ação Civil Pública e obteve liminar suspendendo os efeitos da nova legislação. O governo estadual entrou com recurso, mas o Tribunal Justiça de São Paulo manteve a liminar²⁰.

Em suma, podemos afirmar que a dimensão da provisão de serviços no Brasil é caracterizada por forte presença de entidades privadas provedoras do sistema público, o que em parte se deve ao antigo INAMPS, que antecedeu o SUS mas, ao contrário desse último, praticamente não dispunha de rede própria. O INAMPS mais se assemelhava a um fundo de compra de serviços de provisão privada, financiado com contribuições dos trabalhadores e empregadores e aportes públicos. Foi essa estrutura que impulsionou a expansão dos hospitais privados nos anos 70 (BRAGA & PAULA, 1986), grande parte dos quais se mantêm provedores do SUS até os dias de hoje. Essa herança também faz parte dos elementos que dificultam as transformações no SUS. Sistemas de controle frágeis, dificuldades no plano da gestão administrativa e hospitalar, aliados a uma capacidade considerável de pressão política fazem, entre outras razões, com que o setor acabe drenando um volume considerável de recursos do sistema público, dificultando a implementação de mudanças que possam de fato colocar em funcionamento um novo modelo de atenção à saúde.

Os sistemas de informação atualmente existentes não permitem identificar com rigor aceitável quanto efetivamente da capacidade de produção dos estabelecimentos vinculados ao SUS é voltado para a prestação de serviços a esquemas privados e, principalmente, os tipos de atendimentos predominantes nessas relações e sua complexidade. Atualmente, um sistema unificado que registre a produção do conjunto dos estabelecimentos para os dois sistemas não parece uma realidade tão distante, embora seguramente enfrentará resistências sob a justificativa de tratar-se de interferência indevida em esfera exclusivamente privada. Quando isso ocorrer, será possível caracterizar adequadamente o *mix* público/privado na esfera da provisão e compreender suas contribuições em termos de efeitos em termos redistributivos.

20 Em 2014 o Executivo acabou incorporando à Lei das OSS a regra da exclusividade do atendimento ao SUS por meio de uma nova Lei Complementar. Em contrapartida, aprovou a ampliação do escopo do modelo Organização Social para as áreas de proteção da criança e do adolescente, meio ambiente e “promoção de investimentos, de competitividade e de desenvolvimento” (CONTREIRAS & MATTA, 2015).

Por outro lado, pelo menos no Estado de São Paulo, o crescimento recente do modelo OSS parece guardar relações mais evidentes com a dinâmica de expansão do sistema privado. Levantamento realizado em 2009 (LEVI, 2009) mostrou que a grande maioria das entidades parceiras do governo estadual no modelo OSS tinha algum tipo de inserção no sistema de acesso privado, em geral como prestadora de serviços, seja na modalidade de acesso estritamente privado, seja como estabelecimento do tipo dupla-porta (Quadro 2).

Quadro 2 - Relação de entidades parceiras do governo do Estado de São Paulo na gestão de Organizações Sociais de Saúde - 2009

Tipo	Entidade	Estabelecimento principal	Inserção no sistema privado de saúde
Instituições públicas de ensino	UNIFESP	Hospital São Paulo	atende convênio / plano de saúde (hospital público dupla porta)
	Unesp	Hospital das Clínicas (Botucatu)	atende convênio / plano de saúde (hospital público dupla porta)
	Unicamp	Hospital de Clínicas (Campinas)	Hospital público
	USP	Hospital das Clínicas (SP)	atende convênio / plano de saúde (hospital público dupla porta)
Instituições privadas de ensino	Santa Casa	Santa Casa / Hospital Santa Isabel	atende convênio / plano de saúde (hospital privado dupla porta e hospital privado puro)
	Fundação do ABC	Hospital de Ensino Pe. Anchieta	atende convênio / plano de saúde (hospital privado dupla porta)
Instituições privadas filantrópicas	Santa Catarina	Hospital Santa Catarina, Hospital Santa Teresa, Casa de Saúde São José etc.	atende convênio / plano de saúde (hospital privado dupla porta e hospital puro)
	Santa Marcelina	Casa de Saúde Santa Marcelina	atende convênio / plano de saúde (hospital privado dupla porta). Também é instituição de ensino e comercializa plano de saúde
	Soc. Assist. Bandeirantes	Hospital Bandeirantes	atende convênio / plano de saúde (hospital privado puro)
	Cruzada Band. S. Camilo	Hospital São Camilo	atende convênio / plano de saúde (hospital privado puro)
Outros	Serviço Social da Construção Civil do Estado de S. Paulo	Várias clínicas	atende convênio / plano de saúde (hospital privado puro)

Fonte: LEVI (2009)

Tal contexto suscita um conflito de interesses independentemente da possibilidade de comercialização de serviços na OSS, que naturalmente se agravaria com a sua aprovação. A justificativa dos defensores da comercialização de atendimentos

do SUS nas unidades geridas como OSS é que seria uma forma de reparar a injustiça derivada da morosidade do processo de ressarcimento relacionado aos atendimentos de beneficiários de planos/seguros de saúde custeado com recursos do sistema público. Mais do que isso, as propostas nessa direção sempre mencionaram o dever de “assegurar tratamento igualitário entre os usuários particulares e do SUS”. No entanto, não é factível imaginar que um paciente ou um plano de saúde aceite pagar por um serviço de acesso universal, a não ser que isso garanta algum tipo de preferência no acesso, como vagas asseguradas ou tempo de espera reduzido.

Nesse sentido, a iniciativa configura uma forma de apoiar o setor de planos e seguros de saúde na constituição de sua rede credenciada de provedores de serviços. Considerando que o patrimônio dessas estruturas é público (já que se trata de investimento bancado com recursos orçamentários), e que seu custo de operação seria diluído entre todos os pacientes, o efeito prático dessa medida seria subsidiar o acesso privado com recursos públicos, permitindo uma ampliação da participação dos planos/seguros de saúde no mercado às custas do SUS.

4. Considerações finais

Quando esse texto foi concebido, estava em curso o processo político que culminou na substituição definitiva da presidente eleita Dilma Rousseff por Michel Temer, em agosto de 2016. São extremamente preocupantes as medidas anunciadas e as mudanças já desencadeadas pelo novo governo para o conjunto das políticas públicas. Particularmente com relação aos temas aqui debatidos, dois movimentos representam ataque frontal à difícil trajetória do SUS na batalha para se estabelecer como projeto hegemônico no sistema de saúde brasileiro.

Do ponto de vista do financiamento, entre medidas já aprovadas e com grande chance de aprovação, promove-se um processo de compressão da base financeira do conjunto das políticas públicas, via supressão de recursos previamente vinculados²¹. Em complemento, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/16 congela, em termos reais, o gasto primário da União por 20 anos, erodindo a

21 É o caso da DRU (Desvinculação da Receita da União), que passou de 20% para 30% sobre as Contribuições Sociais, com vigência até 2023, retirando recursos da base de financiamento da Seguridade Social, além da instituição de mecanismo semelhante de desvinculação para Estados e Municípios, ainda que neste último caso as vinculações para as áreas da saúde e ensino tenham sido mantidas, o que preserva um pouco esses segmentos, exercendo enorme pressão sobre as demais políticas públicas em nível local. A PEC 241/16 congela, em termos reais, o gasto primário da União por 20 anos, erodindo a base de recursos das transferências federais voluntárias aos Estados e Municípios, mecanismo fundamental de implementação das políticas públicas em geral.

base de recursos das transferências federais voluntárias aos Estados e Municípios, mecanismo fundamental de implementação das políticas públicas em geral. O detalhe é que essa limitação da expansão do gasto tem como base o patamar de despesa de 2016, período da mais grave crise da história da economia brasileira.

Por outro lado, o governo federal anunciou a intenção de criar um “plano de saúde popular”, voltado a “desonerar o SUS”, incorporando parte de sua clientela a esquemas privados de financiamento, provavelmente com apoio de recursos públicos. É possível inclusive que o termo popular não se refira apenas à clientela, mas também ao escopo, permitindo a comercialização de pacotes de saúde limitados a determinados procedimentos e serviços. Essas medidas seguramente atendem aos anseios das operadoras de planos e seguros de saúde, que poderão recuperar parte da clientela perdida durante a crise econômica, além de contar com um horizonte de expansão da oferta futura de serviços com financiamento assegurado e sob condições de atuação menos restritivas do que as atualmente existentes.

Como se buscou mostrar ao longo desse texto, o sistema de saúde brasileiro é fortemente marcado por uma disputa entre modelos. O modelo do SUS universal pressupôs, desde o início, a adequação de uma base de sustentação financeira para que fosse possível dar andamento ao processo de construção de uma estrutura de proteção ampla para uma parcela considerável da população. A condição de crônico subfinanciamento característica do sistema, em que pese o movimento iniciado a partir da EC 29, limitou seu avanço e sua capacidade de contribuir para tornar realidade um modelo de proteção social de maior alcance.

Durante a década passada, ao mesmo tempo em que o crescimento das fontes públicas contribuiu para ampliar a proteção, incluindo no sistema uma parcela da população que provavelmente não tinha qualquer acesso, o crescimento do emprego formal proporcionou a expansão dos planos/seguros de saúde sobre uma faixa da população de renda média-baixa via contrato de trabalho. Na prática, acirrou-se a competição entre os dois sistemas, tanto pelos usuários como pelos provedores de serviços.

Porém, o gasto público em saúde no Brasil nunca ultrapassou os 4% do PIB, enquanto grande parte dos países cujos sistemas de saúde são organizados sob a lógica de acesso universal aplicam mais que o dobro desse patamar²².

22 De acordo com dados do Banco Mundial, em 2014 o volume de recursos públicos gastos em saúde atingiu 10% do PIB na Suécia, 9,2% na Dinamarca, 9% na França, 8,7% na Alemanha. Os sistemas universais de alguns países europeus mediterrâneos consumiram proporções menores de gastos públicos em relação ao PIB, mas ainda assim bastante superiores ao Brasil: Portugal 6,2%, Itália 7% e Espanha 6,4% (World Bank, s.d.)

Nesse contexto, o movimento de erosão da base de financiamento das políticas públicas e a possibilidade de apoio à expansão dos esquemas privados de acesso significarão condenar o SUS a um sistema focalizado nas camadas mais pobres, enquanto o restante da população será induzido a entrar ou permanecer em esquemas privados de acesso, de regulação extremamente difícil e, em grande medida, de sustentabilidade duvidosa.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS. *Boletim Informativo*. Rio de Janeiro: ANS, 2016a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2016b.

BRAGA, JCS; PAULA, SG. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 1986.

CARNEIRO JR., N. O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde. *Tese (doutorado)*. Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Medicina Preventiva, 2002.

CONTREIRAS, H.; MATTA, GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação *Cadernos de Saúde Pública*; 31(2):285-297, 2015

COMMONWEALTH FUND. The US care from a global perspective. *Issue Briefs*, 2015. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-from-a-global-perspective> (acesso em 11/09/2016)

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. *Lua Nova*, no. 24. São Paulo, 1991.

IBGE. *Perfil dos Estados brasileiros 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Estados/2013/estadic2013.pdf (consultado em 10/09/2016)

_____. *Conta Satélite da Saúde 2000-2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv40033.pdf> (consultado em 11/09/2016)

_____. *Conta Satélite da Saúde 2005-2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv43010.pdf> (consultado em 11/09/2016)

_____. *Conta Satélite da Saúde 2007-2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv56202.pdf> (consultado em 11/09/2016)

_____. *Conta Satélite da Saúde 2010-2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95012.pdf> (consultado em 11/09/2016)

KAISER FAMILY FOUNDATION. Key facts about uninsured population. *Online*, 2015. Disponível em: <http://kff.org/uninsured/fact-sheet/key-facts-about-the-uninsured-population/> (acessado em 13/09/2016)

LEVI, ML. Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde. *Tese* (doutorado). Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Medicina Preventiva, 2009

MAARSE, H. The privatization of healthcare in Europe: an eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policies and Law*, (31) 5, 2006.

PARIS, V; DEVAUX, M; WEI, L. Health systems institucional characteristics: a survey of 29 OECD countries. *OECD Working Papers*.

SANTOS, IS. O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. *Tese* (doutorado), 2009.

TUOHY, CH; FLOOD, CM; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3): 359-396, 2004.

VIANNA, MLTW. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. IUPERJ, Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

WORLD BANK, *World Bank Open Data*: online. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicador/> (acessado em 13/09/2016).