



1

MAIS SUS EM EVIDÊNCIAS

Gestão e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro

agenda
mais  **SUS** Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil

 **IEPS**
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

 **INSTITUTO
VEREDAS**
caminhos em políticas públicas

Ficha Técnica

O que é a Agenda Mais SUS?

A “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil” é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Umame que tem o objetivo de contribuir com o debate público eleitoral e subsidiar a próxima gestão do Governo Federal a partir de diagnósticos e propostas concretas para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). A Agenda se destina também a gestores(as) públicos, pesquisadores(as), organizações da sociedade civil e à toda a sociedade.

Realização: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e Umame

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Miguel Lago - *Diretor Executivo*
Rudi Rocha - *Diretor de Pesquisa*
Arthur Aguillar - *Diretor de Políticas Públicas*

Umame

Thaís Junqueira - *Superintendente Geral*
Evelyn Santos - *Coordenadora de Projetos*

Elaboração:

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Manuel Faria - *Analista de Políticas Públicas*
Victor Nobre - *Estagiário de Políticas Públicas*

Comunicação e Design

Danilo Castro - *Consultor de Comunicação*
Estúdio Massa - *Diagramação*

Apoio Técnico:

Instituto Veredas

Laura Boeira - *Diretora Executiva*
Carol Beidacki - *Pesquisadora*
Renata Penalva - *Pesquisadora*
Bruno Graebin - *Pesquisador*
Viktória Menin - *Pesquisadora*

Organizações apoiadoras da Agenda Mais SUS

Conselho Nacional de Secretários
de Saúde (CONASS)
Centro de Estudos e Pesquisas
de Direito Sanitário (CEPEDISA/USP)
Impulso Gov
Instituto República
Instituto Veredas
Rede de Ação Política pela
Sustentabilidade (RAPS)
Vital Strategies

Revisão:

Arthur Aguillar - *Diretor de Políticas Públicas*
Agatha Eleone - *Pesquisadora de Políticas Públicas*
Dayana Rosa - *Pesquisadora de Políticas Públicas*
Helena Ciorra - *Analista Administrativo*
Jéssica Remédios - *Pesquisadora de Políticas Públicas*
Maria Cristina Franceschini - *Coordenadora de Gestão*
Maria Letícia Machado - *Gerente de Programa*
Rebeca Freitas - *Coordenadora de Advocacy e Relações
Governamentais*
Renato Tasca - *Consultor*
Rudi Rocha - *Diretor de Pesquisa*

Coordenação-Geral do Projeto

Rebeca Freitas - *Coordenadora de Advocacy
e Relações Governamentais*

Agradecimentos

Agradecemos aos(as) especialistas e organizações que participaram do processo de elaboração da Agenda Mais SUS e que foram imprescindíveis para que o projeto ganhasse vida. Agradecemos também, em especial, à toda equipe IEPS e aos comentários de Miguel Lago, Rudi Rocha, Fernando Aith, Evelyn Santos e Luciana Barrancos.

Observação: Estão listados apenas os(as) especialistas e organizações que autorizaram serem mencionados. O apoio das organizações e contribuição técnica dos especialistas não implica endosso à Agenda Mais SUS em sua totalidade de propostas e mensagens. O IEPS é integralmente responsável pelo conteúdo do documento.

Creative Commons

Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os sites nos quais podem ser encontrados os documentos originais:

www.agendamais.org.br

www.ieps.org.br

Informações:

contato@ieps.org.br

+55 (11) 4550-2556

Realização:



IEPS
Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

UMANE

Apoio Técnico:

CACTUS
INSTITUTO



Lista de Abreviaturas

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

ASPS - Ações e Serviços Públicos em Saúde

CGU - Controladoria Geral da União

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FNS - Fundo Nacional de Saúde

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEPS - Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IRPF - Imposto de Renda da Pessoa Física

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual, mais outras identidades de gênero e orientações sexuais

MFC - Medicina de Família e Comunidade

MS - Ministério da Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

PAB - Piso da Atenção Básica

PcD - Pessoa Com Deficiência

PIB - Produto Interno Bruto

PLOA - Projeto de Lei Orçamentária Anual

PNS - Plano Nacional de Saúde

PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

PRONON - Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RFB - Receita Federal do Brasil

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

UF - Unidade Federativa

Índice

5	Sumário Executivo
6	Objetivo e Metodologia
7	Parte 1: Entendendo o sistema de saúde brasileiro
8	O Caráter Fundamental do Sistema Único de Saúde (O Sistema Único de Saúde é Fundamental)
9	Gasto em Saúde no Brasil: Subfinanciamento do SUS e a Hipertrofia do Setor Privado
15	O Sistema Brasileiro ante a Tipologia Internacional
17	— Qual aspecto do modelo brasileiro a Agenda Mais SUS prioriza?
20	Parte 2: Tendências e desafios para o financiamento do SUS
21	Panorama do Gasto Público: O Teto da União e o Esgotamento da Capacidade dos Estados e Municípios
23	— Os gastos da União com saúde não crescem desde 2012
25	— Municípios e Estados aumentaram seus gastos com saúde, mas a tendência recente é de estabilização
29	Destino dos Gastos da União
33	— Previde Brasil
34	O Governo Brasileiro gasta muito com subsídios ao setor privado de saúde
38	Parte 3: O Setor Privado: Interface com o SUS e os Desafios de Regulação
39	A Saúde Suplementa
42	Riscos de Interface
42	— Dupla Cobertura, Estratificação de Mercado e Ressarcimento ao SUS
45	— Eficiência dos Modelos de Atenção
47	Judicialização da Saúde
49	Referências
52	Anexo

Sumário Executivo

A coletânea “Mais SUS em Evidências” é uma realização do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde e da Umame que tem o objetivo de contribuir com o debate público eleitoral e subsidiar a próxima gestão do Governo Federal a partir da caracterização de alguns dos principais desafios enfrentados pela saúde pública no Brasil.

Por meio de uma ampla revisão de literatura, análise de dados primários e de entrevistas semiestruturadas com especialistas e gestores públicos, o primeiro volume da coletânea caracteriza três questões chave sobre a gestão e financiamento do SUS.

Primeiro, que o modelo de organização da saúde no Brasil é bastante diferente do que se pratica comumente ao redor do mundo: caracterizado pela presença simultânea de um sistema público universal, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS), e um setor privado sobreposto, que é responsável pela maior parcela dos gastos em saúde. O país gasta 9,2% de seu PIB em saúde, no entanto a parcela de gasto público corresponde a apenas 3,95% do PIB e está substancialmente abaixo da média de países da OCDE e de outros com sistemas de saúde universal. Esse fato sugere um sistema público cronicamente subfinanciado.

Em segundo lugar, uma análise mais profunda sobre as tendências recentes no orçamento do SUS revela também que os gastos da União com saúde não crescem desde 2012. Simultaneamente, municípios e estados aumentaram seus gastos, mas a tendência mais recente é de estagnação. Não obstante, enquanto o orçamento federal para a saúde se mantém estável em torno de R\$ 147,4 bilhões, a regressiva renúncia fiscal está em plena expansão, com previsão de alcançar R\$ 56 bilhões até o final de 2022.

Por fim, o documento caracteriza os desafios para regular a interface entre o SUS e a Saúde Suplementar. Dentre eles, destaca-se a assimetria de informação entre usuários do sistema privado, planos de saúde e órgãos de saúde suplementar, o desafio de garantir eficiência nos modelos de atenção e o ressarcimento de planos de saúde ao SUS.

As análises desenvolvidas aqui e nos outros quatro volumes desta coletânea serviram como base para a construção das propostas e priorização de temas tratados na Agenda Mais SUS, e espera-se que possam contribuir também para informar gestores(as) públicos, pesquisadores(as), organizações da sociedade civil e a sociedade.

Objetivo e Metodologia

A construção desse diagnóstico se deu a partir de análises qualitativas e quantitativas com objetivo de identificar e caracterizar alguns dos principais desafios enfrentados pela saúde no Brasil, servindo como base para a construção das propostas e priorização de temas tratados na Agenda Mais SUS.

A definição do escopo das análises partiu de temas norteadores, que abarcavam pontos críticos do debate sobre a gestão da saúde no Brasil, bem como outros assuntos relevantes tratados na literatura especializada. Ao todo foram definidos 15 temas prioritários.¹

Em cada um dos temas norteadores, fez-se uma ampla revisão da literatura nacional e internacional por meio de consulta a repositórios acadêmicos, considerados de alta qualidade/confiáveis. Foram realizadas as seguintes etapas metodológicas: i) exploração e pré-seleção dos artigos; ii) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autor, ano de publicação, link e principais achados); e iii) consolidação em tópicos de ideias centrais sobre o tema.

Paralelamente, foram feitas entrevistas semiestruturadas com especialistas nas temáticas norteadoras, que permitiram expandir o entendimento da literatura. A revisão bibliográfica e os principais achados das entrevistas foram então sintetizados e complementados com referências sugeridas pelas equipes revisoras. Adicionalmente, análises quantitativas foram desenvolvidas com objetivo de ilustrar e evidenciar alguns pontos de discussão conceitual.

Por fim, todos os achados das análises foram relatados em cinco volumes. Este é o primeiro deles.

¹ Os temas prioritários definidos na etapa de diagnóstico foram: modelos de gestão em saúde; integração público-privado; financiamento do SUS; recursos humanos em saúde; infraestrutura no SUS; complexo industrial da saúde; tecnologias de informação e comunicação no SUS; competências interfederativas; regionalização; redes de atenção à saúde; atenção primária à saúde; condições de vida das populações; saúde mental; saúde e meio ambiente; participação social.



Parte 1:

Entendendo o sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é caracterizado pela presença simultânea de um sistema público universal, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS), e um setor privado sobreposto, baseado, sobretudo, em planos de saúde coletivos.

Essa dinâmica configura um modelo de organização da saúde bastante diferente do que se pratica comumente ao redor do mundo, seja em países de renda média ou renda alta. Se por um lado, o propósito de ampliação do SUS preconiza uma visão de equidade e universalidade para a saúde brasileira, de outro, a interface direta com um mercado de saúde privado introduz riscos de interfaces e a ocorrência de distorções que promovem desigualdades. Além disso, essa interface direta impõe que as políticas públicas e a regulação de um setor tenham impactos diretos sobre o outro, criando uma série de dilemas de economia política.

Nesse contexto, a primeira parte deste volume tem como objetivo caracterizar o sistema de saúde do Brasil a partir da descrição de seu financiamento e o alcance dos serviços públicos e privados, além de classificá-lo ante a tipologia internacional. Essa seção ainda discute quais aspectos do modelo híbrido brasileiro a Agenda Mais SUS propõe fortalecer em prol da saúde da população.

O Caráter Fundamental do Sistema Único de Saúde

A Constituição do Brasil de 1988 definiu a saúde como um direito universal da população brasileira. A Carta criou a responsabilidade do estado em garantir a entrega dos serviços de saúde, de forma gratuita e universal, com o objetivo de aprimorar a saúde no país em um contexto histórico de ampla fragmentação dos serviços e extensivas desigualdades socioeconômicas e regionais (Castro et al., 2019).

Tais princípios definidos na constituição, e o progresso em direção à cobertura universal de saúde no Brasil, se materializaram em 1990 com a normatização do Sistema Único de Saúde (SUS). No SUS, o Estado define a regulação, financia o sistema a partir de impostos, é dono da infraestrutura de saúde e contrata diretamente seus profissionais, responsabilizando-se por toda a gestão até a entrega dos serviços de saúde, na ponta.

Com sucessos e retrocessos na implementação de programas de saúde e na organização do sistema, foi o SUS que garantiu uma expansão do acesso aos serviços, melhora dos resultados e maior equidade em saúde no Brasil (Rocha e Soares, 2010; Barreto et al., 2011; Boing et al., 2012; Castro et al., 2019). Com destaque às melhoras significativas em indicadores de expectativa de vida ao nascer, mortalidade infantil, hospitalizações evitáveis, mortes evitáveis, desigualdade racial em mortes e imunizações (Rasella et al., 2014; Hone et al., 2017; Mrejen et al., 2021).

Em 2000, o número de consultas médicas no SUS foi de 382 milhões. Dez anos depois, houve um crescimento de 35,3%, totalizando 517 milhões. O atendimento pré-natal e o atendimento a portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), por exemplo, tiveram crescimento de 230% (207 contra 684 milhões) e 231% (35 contra 116 milhões). E para citar alguns casos de sucesso, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi responsável, em 20 anos, pela redução de 61,7% da mortalidade infantil (Macinko e Mendonça, 2018), enquanto o programa de controle ao tabagismo - através da regulação e incentivos econômicos - desencadeou uma queda vertiginosa no número de fumantes no país (World Bank, 2005).

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 1998 mostram que cerca de 49% da população brasileira tinha visitado algum médico naquele ano. Em 2019, esse percentual cresceu para expressivos 76,2%, o equivalente a 160 milhões de pessoas recebendo algum tipo de atendimento. Considerando que 71,5% da população não tem acesso a planos de saúde, é possível afirmar que o SUS foi o grande direcionador dessa expansão (PNS, 2019). Nesse ínterim, a taxa de mortalidade neonatal por 100.000 habitantes no país caiu de 25,7 (em 1990) para 8,2, a mortalidade infantil (em crianças de até 5 anos) caiu de 64,2 por 1.000 nascidos vivos para 15,7; e a mortalidade materna caiu de 104 a cada 100.000 partos para 44.

Esses números, no entanto, ainda subestimam o real alcance do SUS. Isso porque o escopo de atuação do sistema é bem mais amplo do que a oferta de serviços de saúde médico-paciente,

que abriga na lógica hospitalar uma concepção de saúde limitada. O SUS atua, promovendo saúde, no dia a dia de toda população. Seja através de vigilância sanitária em lojas, restaurantes, academias, na garantia de ambulâncias do SAMU para acidentes e emergências, oferta de medicamentos, controle da qualidade da água potável, doação de sangue, órgãos e leite materno, ou até mesmo na regulação e apoio aos serviços oferecidos pelo setor de saúde privados, todos os brasileiros se utilizam e beneficiam do Sistema Único de Saúde.

Esse cenário posiciona o SUS como uma das maiores políticas de redistribuição de renda e enfrentamento às desigualdades no Brasil e no mundo, e que forma a base do sistema de saúde brasileiro. No entanto, seu sucesso e importância não veio sem desafios. O SUS tem como um gargalo histórico de sua expansão a capacidade de financiamento da União, Estados e Municípios (Funcia, 2019), e as tendências epidemiológicas e o envelhecimento da população indicam que as demandas por saúde continuarão crescendo no país.

Assim, também crescerá nos próximos anos a tensão entre necessidades de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema². De um lado, o financiamento da saúde demandará cada vez mais recursos, não apenas em termos absolutos, mas como proporção do PIB (Rocha et al. 2021). De outro, o aumento das restrições para a expansão do gasto federal trazem um desafio adicional (Massuda et al., 2018; de Souza, 2017), e forçam um debate quanto à priorização do tema em detrimento a outros. Adicionalmente, será fundamental garantir a eficiência das políticas e estratégias assistenciais operacionalizadas pelo SUS, priorizando os modelos capazes de gerar os maiores impactos.

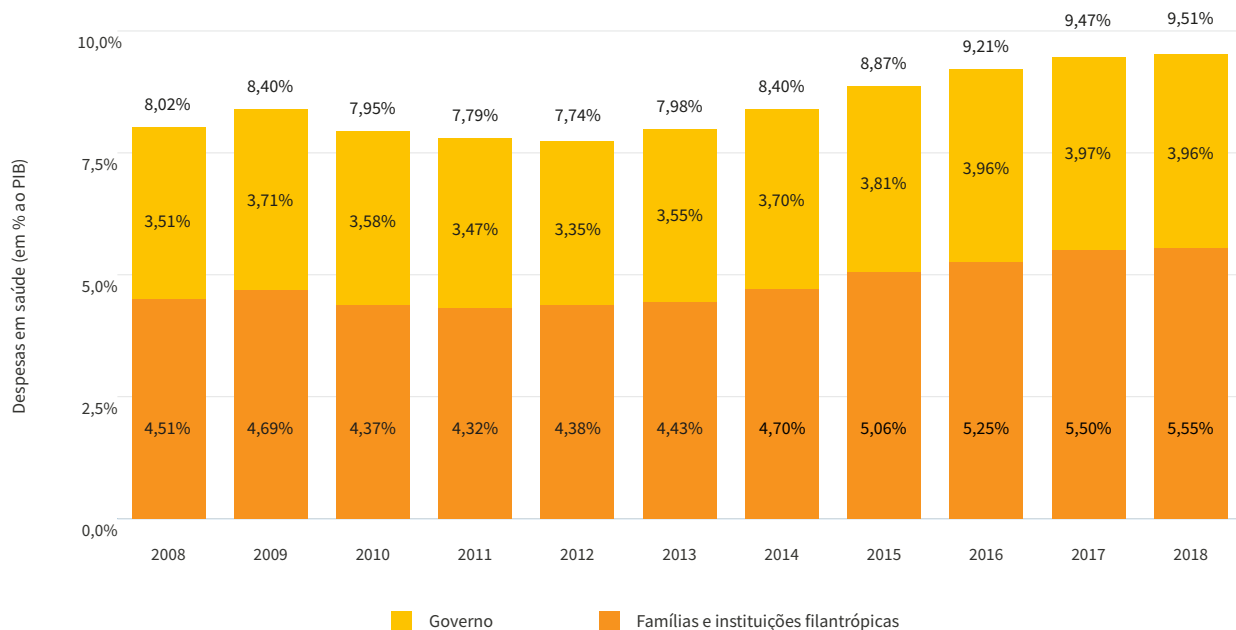
Gasto em Saúde no Brasil: Desafios no financiamento do SUS e o peso do Setor Privado

Segundo Rocha et al. (2021), para cobrir as necessidades totais de financiamento do SUS, o gasto em saúde pública deveria alcançar valores na ordem de 4,7% do Produto Interno Bruto (PIB) até 2030. O gasto público na saúde brasileira, entretanto, ainda está distante deste patamar. Nos últimos 10 anos, o gasto total com saúde no Brasil cresceu marginalmente em relação ao PIB, alcançando cerca de 9,51% do PIB em 2018. No entanto, somente 42% desse gasto, ou 3,96% do PIB, foram de fato gastos do governo no SUS, ao passo que os restantes 58%, ou 5,55% do PIB, foram gastos privados das famílias brasileiras.

Isto significa dizer que o SUS ficará subfinanciado em um cenário onde o gasto público não aumente expressivamente nos próximos anos e haverá, com toda probabilidade, uma deterioração dos resultados em saúde e aumento das desigualdades no país (Castro et al, 2019).

² Ver mais em [Rocha et al. \(2021\)](#), [CONASS \(2020\)](#) e [Nota Técnica IEPS nº22, Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além.](#)

Gráfico 1 - Mais da metade do gasto total em saúde no Brasil é privado

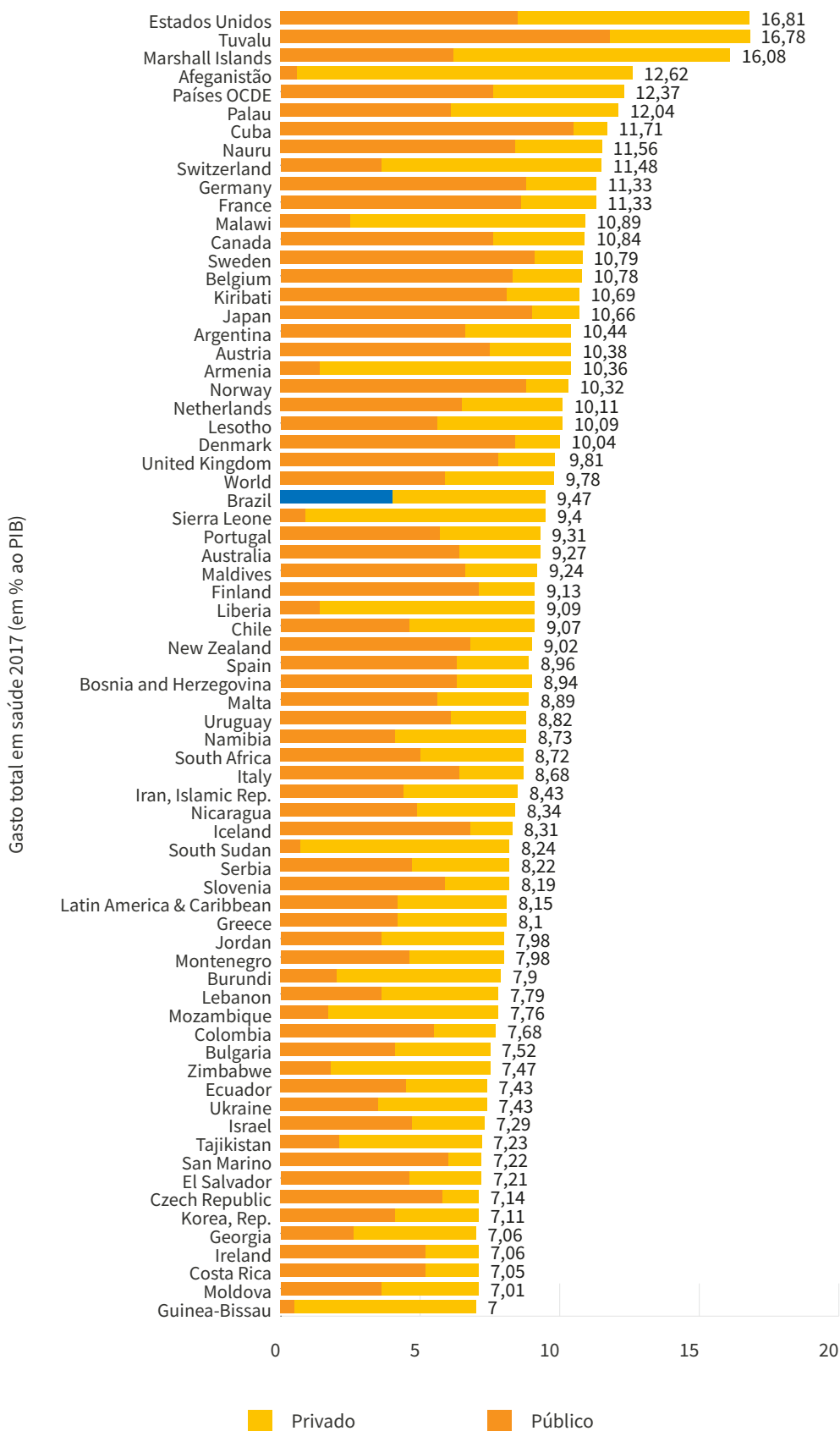


Fonte: The World Bank Data, 2022.

É relevante notar que os gastos públicos constituem a principal fonte de financiamento da saúde na maior parte dos países do mundo, independente do modelo de provisão tender mais ao setor público ou privado. Rocha et al. (2021) mostram que em países desenvolvidos o gasto público tende a ser até três vezes maior que o gasto privado, enquanto em países mais pobres, com menor capacidade de atuação do Estado, essa razão cai para duas vezes.

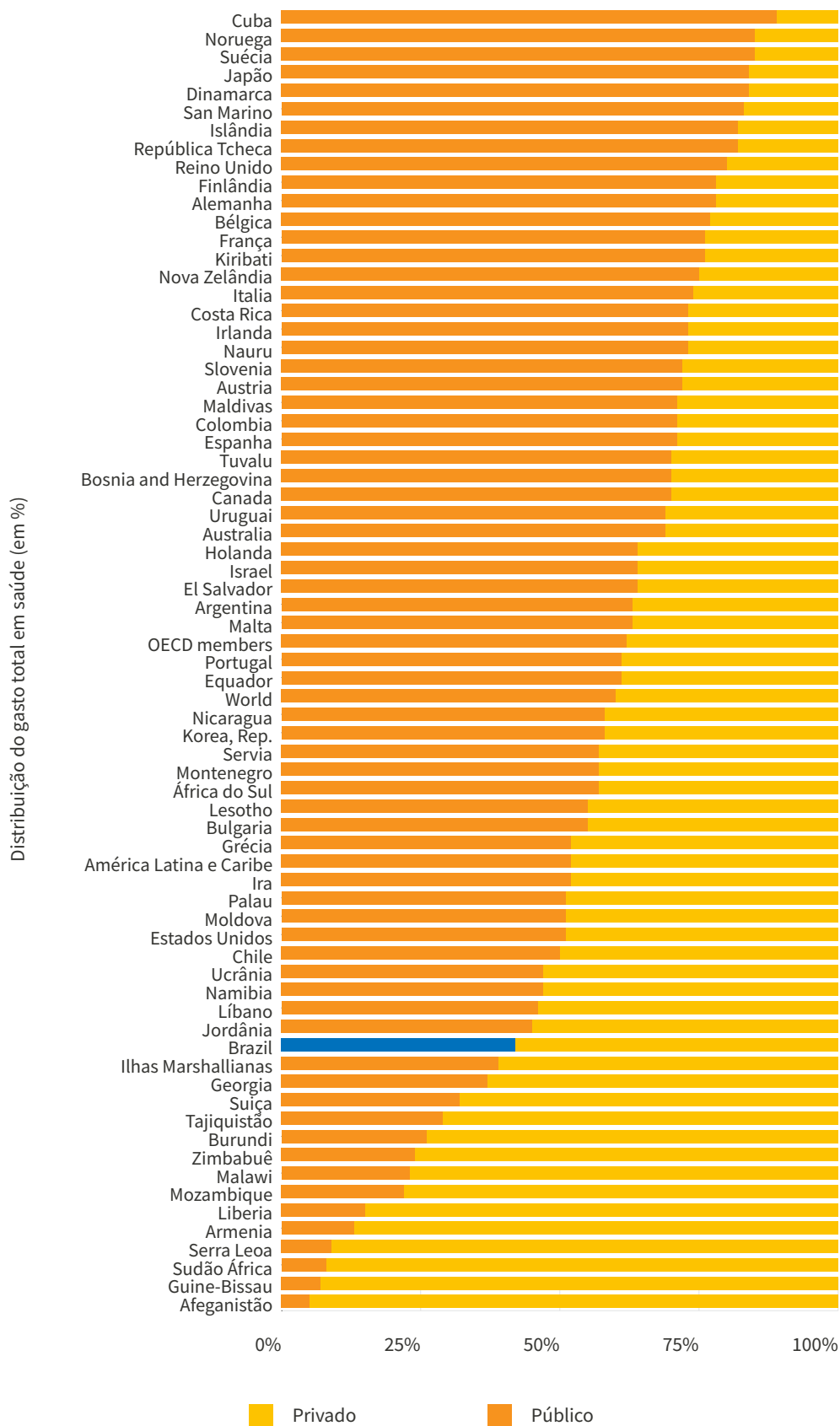
O Brasil é uma exceção. No país, apesar dos gastos totais em saúde serem altos para o nível de renda, a parcela de gasto público não alcança nem metade do financiamento total da saúde, e não há nenhuma tendência expressiva de aumento em termos relativos ao PIB (Gráficos 2 e 3).

Gráficos 2 - As despesas com saúde pública totais no Brasil são altas, mas a parcela de financiamento público é baixa



Fonte: World Bank Database, 2022. Nota: Dados relativos a 2017, devido à disponibilidade de dados internacionais.

Gráficos 3 - As despesas com saúde pública totais no Brasil são altas, mas a parcela de financiamento público é baixa

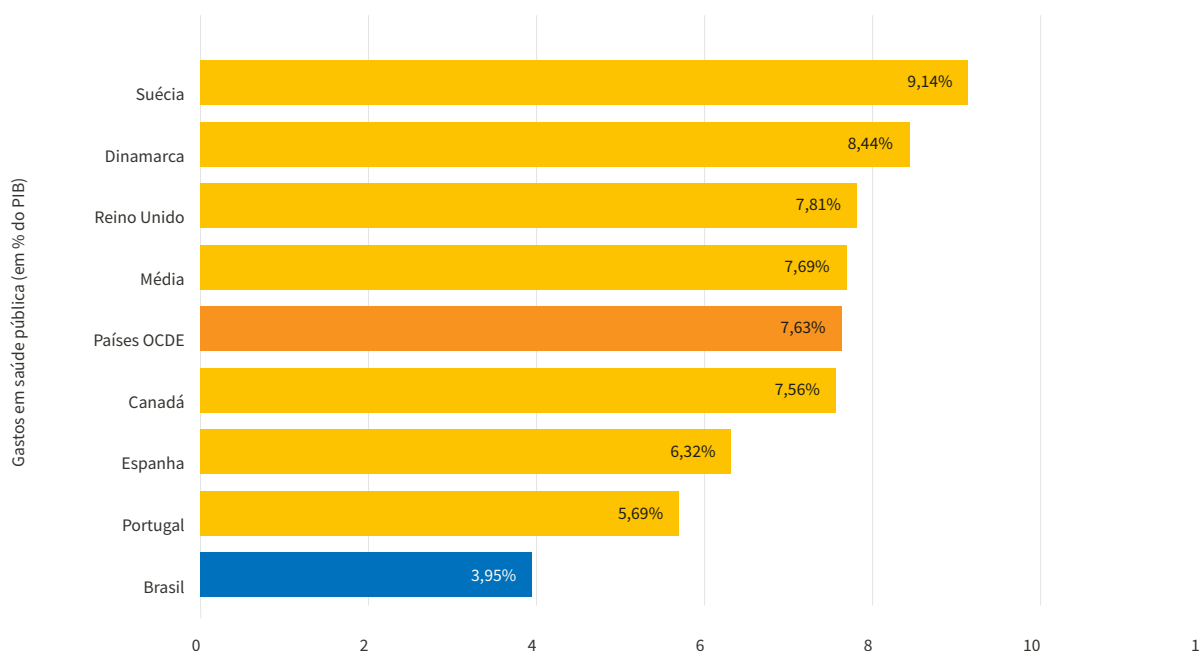


Fonte: World Bank database, 2022. Nota: Dados relativos a 2017, devido à disponibilidade de dados internacionais.

Mais detalhadamente, em comparação direta com países com sistemas públicos universais de saúde, nota-se que o Estado Brasileiro investe uma parcela do PIB muito inferior à média³ (7,69%). Em 2017, último ano em que os dados permitem estabelecer comparação, o gasto em saúde pública no Brasil foi de 3,95%. Esse fato chama ainda mais atenção por termos no Brasil um sistema único de saúde pública, de acesso gratuito e universal. Enquanto em países que adotaram variações deste modelo o gasto público representa não menos que 70% do total do gasto em saúde, no Brasil a proporção do gasto público está pouco acima de 40% e é menor do que nos EUA - país com modelo de saúde organizado ao setor privado.

Por exemplo, Cuba e Canadá investiram 10,47% e 7,56% de seus PIBs, respectivamente. Espanha e Portugal investem 6,3% e 5,7% e também encontram-se à frente do Brasil. O Reino Unido e a Dinamarca, 7,81% e 8,44%. Adicionalmente, a média de investimento público entre países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) foi de 7,63%, contabilizando uma série de países que não possuem esse tipo de sistema público. Em síntese, o Gráfico 4 abaixo mostra que o empenho de recursos públicos na saúde brasileira é significativamente mais baixo que de outros países com sistema de saúde público universal.

Gráfico 4 - O Brasil investe pouco em saúde pública quando comparado a países com sistemas de saúde universal

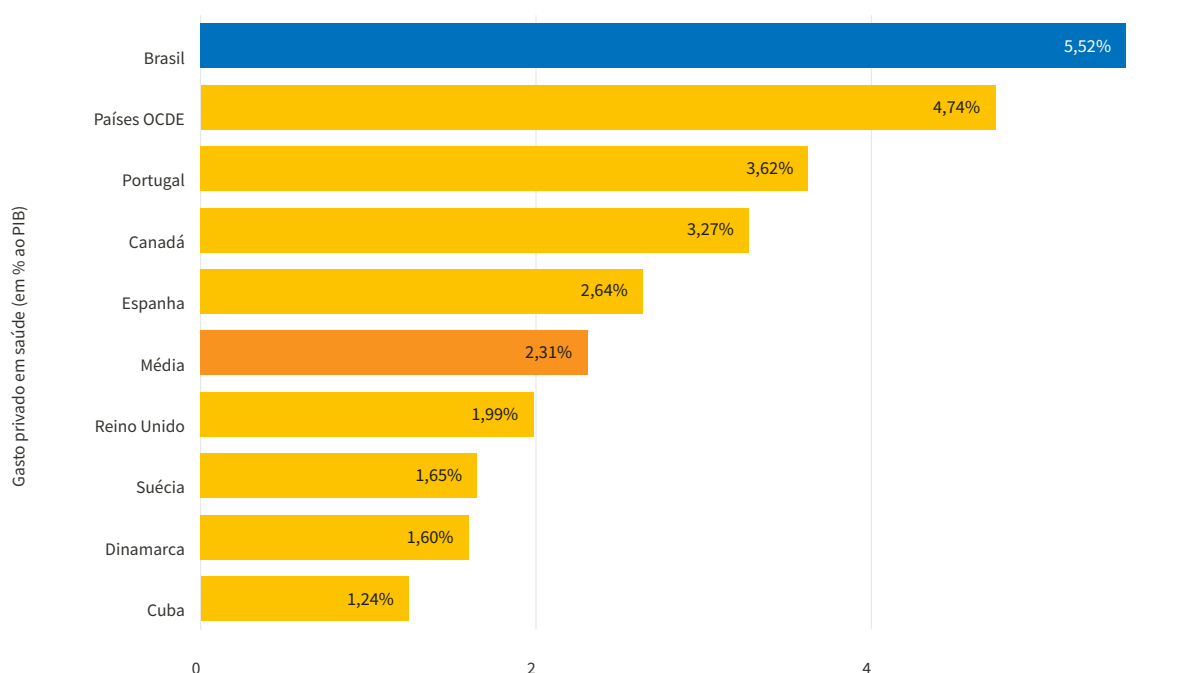


Fonte: World Bank Database, 2022. Nota: Dados relativos a 2017, devido à disponibilidade de dados internacionais.

E de forma complementar, o Gráfico 5 mostra que não somente o setor público gasta menos no país, como o setor privado brasileiro gasta substancialmente mais que o de países pares.

³ Para média, foram considerados os países identificados no Gráfico 2, à exceção dos países membros da OCDE.

Gráfico 5 - O Brasil investe muito em saúde privada quando comparado a países com sistemas de saúde universal



Fonte: World Bank Database, 2017.

Nesse contexto, pode-se afirmar que existe no Brasil uma assimetria significativa entre os recursos direcionados para os setores público e privado e o respectivo atendimento à demanda de cada setor (Menezes et al, 2020). Se, em 2019, 40% do gasto em saúde foi direcionado ao setor público, no mesmo ano, 75% da população dependia exclusivamente desse setor para atendimento. De outra forma, 60% do gasto com saúde no Brasil é direcionado ao setor privado que atende apenas 25% da população.

Destino dos gastos públicos e privados

O maior gasto das famílias brasileiras com serviços de saúde privados foi com os planos de saúde (66,8%), inclusive os pagos pelos empregadores. Em 2018, somaram R\$ 231 bilhões. Já com medicamentos, as famílias gastaram, no mesmo ano, R\$ 103,5 bilhões, o que correspondeu a 30% das despesas com saúde nos lares brasileiros naquele ano (IBGE, 2019).

O principal gasto do governo, por sua vez, em 2017, foi com saúde pública, que inclui serviços gerados pelas unidades de saúde do SUS municipais, estaduais e federais: R\$ 201,6 bilhões. Em seguida, foram as despesas com os serviços adquiridos em estabelecimentos de saúde privados, que totalizaram R\$ 43,6 bilhões. Com medicamentos para distribuição gratuita, foram gastos R\$ 8,4 bilhões, 3,3% da despesa total naquele ano (IBGE, 2019).

O Sistema Brasileiro em Perspectiva Comparada⁴

A dinâmica de financiamento apresentada é reflexo de um sistema de saúde caracterizado pela existência simultânea de um sistema público universal, materializado no Sistema Único de Saúde (SUS), e um setor privado sobreposto e baseado, sobretudo, em planos de saúde coletivos.

No SUS, o Estado define a regulação, financia o sistema a partir de impostos, é dono ou contrata a infraestrutura de saúde, contrata diretamente seus profissionais, bem como serviços complementares do terceiro setor e setor privado. O sistema atende toda a população brasileira e promove os princípios de equidade e redistribuição de um modelo beveridgiano.

No entanto, ainda que a existência de setores privados seja comum em sistemas de saúde desse tipo, no Brasil ele alcança parcela de financiamento e de cobertura significativamente maior do que o normal - 56% do financiamento e 25% de cobertura - se aproximando dos modelos protagonizados pelo setor privado.

Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro é classificado como um modelo híbrido, com características desses dois modelos, beveridgiano-privado.

Um breve resumo da tipologia internacional dos modelos de saúde

Modelo beveridgiano

Adota a cobertura universal com o financiamento proveniente dos impostos gerais e a prestação pública da atenção à saúde. Está presente em países como o Reino Unido, a Suécia, a Noruega, a Dinamarca, a Finlândia, a Islândia, e, mais recentemente, em Portugal, na Itália, na Espanha e na Grécia. Neste modelo, o Estado desempenha papel central de programação, controle e prestação direta de serviços de atenção primária, secundária e terciária.

Modelo bismarckiano

Adota seguros sociais obrigatórios, cobertura universal e financiamento por empregadores e empregados, por intermédio de fundos de seguros sem fins lucrativos. A prestação de cuidados pode ser feita em estabelecimentos do setor público, privado e sem fins lucrativos. A contribuição é baseada no princípio da solidariedade e definida com base no rendimento, e não no fator de risco individual, diferentemente dos seguros voluntários privados. Está presente em países como a Alemanha, a Áustria, a Bélgica, a França, a Holanda, a Suíça e o Japão.

Modelo de Saúde Privada

É aquele com financiamento pelas contribuições voluntárias de indivíduos e empregadores, e com prestações de cuidados de saúde predominantemente privadas. Está presente em países como os Estados Unidos, o México e o Chile. Nesse sistema, cada cidadão ou cidadã escolhe dentre as opções de plano privado disponíveis no mercado, paga individualmente e opta pelos prestadores de serviço (médicos, hospitais e laboratórios) predominantemente privados ou sem fins lucrativos, sendo reembolsado após. As companhias de seguro adotam comportamentos típicos das empresas que atuam no mercado: estabelecem prêmios de seguro de acordo com os níveis de risco do segurado, sua idade, estado de saúde etc.

⁴ Essa subseção está parcialmente baseada e reproduz figuras de Peña Corralez, 2021. O artigo está disponível sob solicitação na forma de: Corralez, Pablo. The Future of the Brazilian Healthcare System. IEPS, 2020.

Modelos híbridos são, de fato, os mais comuns entre países de renda média. No entanto, o modelo de saúde brasileiro se distingue dos demais na existência de uma dualidade estrita entre os sistemas privados e públicos e no nível de desenvolvimento do primeiro, resultados do processo histórico de destituição, na esfera pública, de um sistema bismarckiano para a construção do sistema único e universal.

A Transição da Saúde Pública brasileira do modelo bismarckiano para o Beveridge na década de 1980

O sistema híbrido brasileiro resulta de uma transição de um sistema de saúde pública Bismarckiano, que existia no final da década de 1980, para um sistema de saúde pública do tipo Beveridge (SUS). Durante meados do século XX, a administração Getúlio Vargas impulsionou um sistema de saúde baseado no trabalhador, seguindo um modelo de Bismarck. Este esquema não alcançou uma parcela significativa do país, principalmente as zonas rurais, deixando os trabalhadores informais fora das redes de saúde, mas obteve um apoio substancial dos trabalhadores urbanos. Posteriormente, entre 1964 e 1985, a ditadura militar manteve as despesas de saúde pública relativamente baixas e promoveu uma expansão da saúde privada nas áreas urbanas, alcançando as classes médias e altas. Assim que a ditadura caiu, o Brasil adotou uma nova Constituição, em 1988, que atribuiu um maior papel ao Estado na política social. Entre outros, prometeu o direito de acesso aos cuidados de saúde e lançou as bases do SUS, que seriam formalizadas dois anos mais tarde. Nos últimos 30 anos, o SUS e um forte setor privado cresceram em paralelo, tendo o primeiro visado as classes média e trabalhadora e dando prioridade aos cuidados primários e o segundo às classes altas com uma abordagem mais centrada em hospitais e clínicas especializadas.

O modelo híbrido que hoje existe na Argentina, México, Colômbia, Turquia, entre outros, combina modelos Beveridgeanos e privados, mas também Bismarckianos. Nessas condições, o governo obriga os empregadores formais a fornecerem seguros de saúde - fornecendo, por vezes, opções públicas -, permitindo o desenvolvimento de um mercado privado de seguros e ainda garantindo serviços públicos mínimos de saúde, sob um sistema Beveridgeano limitado. Como consequência, os serviços públicos se restringem à população mais pobre e desempregada, reduzindo a interface público e privada e todos os riscos e distorções decorrentes.

Figura 1 - Comparação entre os dois modelos híbridos

	Modelo BP: Beveridge-Privado	Modelo BBP: Modelo Beveridge-bismarck-privado
Exemplos	Brasil	Argentina México Colômbia Turquia
Cobertura	Renda Alta → Privado Renda Média → Beveridge Renda Baixa → Beveridge	Renda Alta → Privado Renda Média → Bismarck Renda Baixa → Beveridge
Evolução	Substituição de um sistema Bismarckiano por um Beveridgeano em paralelo a um sistema privado.	Desenvolvimento de um sistema Beveridgeano complementar direcionado às pessoas excluídas da parte Bismarckiana e privada.
Abordagem da parte Beveridgeana	Universalização da cobertura e igualdade no acesso para todo, independente da classe socioeconômica.	Cobertura limitada, provendo serviços básicos como um mínimo social.
Prós	+ Simplicidade do Sistema + Poder de regulação	+ Flexibilidade + Menor seleção adversa em planos privados
Contras	- Seleção adversa em planos privados - Desigualdades no acesso	- Complexidade do sistema - Desigualdades no acesso

No Brasil, o setor de saúde privado brasileiro é grande o suficiente para distanciar o país de uma classificação estritamente Beveridgiana e a ausência das características Bismarckianas amplifica a interface direta entre o SUS e os planos de saúde, com uma série de riscos não triviais associados. Mais especificamente, pode-se mencionar o direcionamento de casos mais leves para o sistema privado enquanto o sistema público lida com casos graves, a geração de interesses antagônicos entre usuários do sistema privado (classes mais altas) e usuários do sistema Beveridgiano, ampliação dos custos administrativos pela necessidade de manejar dois grandes sistemas paralelamente, risco de incidentes epidemiológicos graves por conta da escassez de recursos e integração protagonizada pela saúde primária, e aumento da complexidade da jornada dos usuários ao navegar por diferentes sistemas.

Além disso, essa dualidade estrita, quase invariavelmente, faz com que as políticas públicas e medidas regulatórias destinadas a um dos setores impactem diretamente o funcionamento do outro⁵. Dessa forma, a construção de uma agenda para a saúde brasileira exige uma análise crítica acerca do modelo de sistema que se deseja promover. Esse é o objetivo da próxima subseção.

Qual aspecto do modelo brasileiro a Agenda Mais SUS prioriza?

Para responder a essa pergunta, é fundamental compreender quais alternativas se apresentam para o desenvolvimento do sistema de saúde pública, considerando tanto a factibilidade financeira, política e técnica quanto os benefícios e custos associados à cada uma delas.

Existem quatro alternativas básicas, seguindo um espectro de orientação privada para pública: i) expansão e fortalecimento do mercado de planos de saúde; ii) desregulamentação de planos de saúde, permitindo a entrada de planos populares, com tarifas mais baixas e menor cobertura; iii) transição para um modelo Beveridge/Bismarck/privado, mudando o caráter de financiamento e cobertura do SUS para um inspirado na estrutura Bismarckiana, isto é, financiado pelas contribuições dos empregadores, em vez da tributação geral, e abrangendo os empregados formais e a população inativa; e iv) expansão e fortalecimento do SUS, convergindo para um modelo estritamente Beveridgiano.

⁵ Vide Rocha (2021)

Figura 2 - Alternativas organizacionais para o Sistema de Saúde Brasileiro

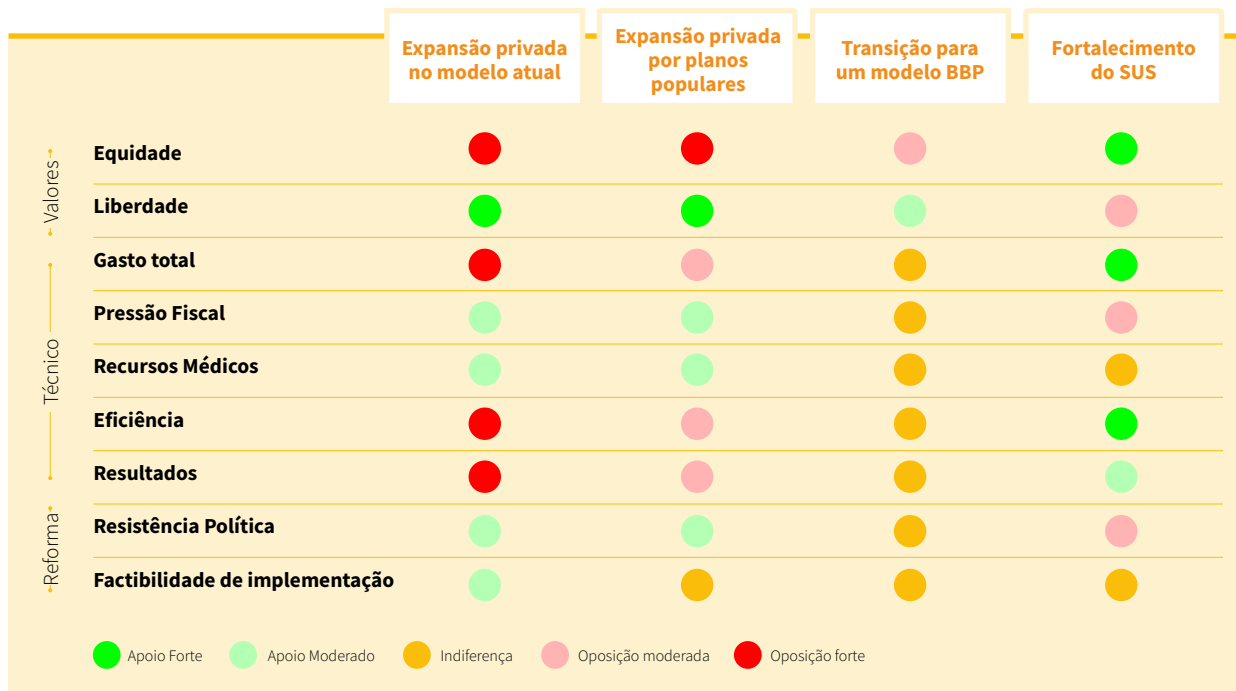


Todas essas alternativas são defendidas por atores relevantes e com representação política. No entanto, o conflito entre a expansão da saúde privada e o fortalecimento do SUS é o mais notório. Hoje tramitam no Congresso Nacional propostas de reformas legislativas referentes a ambas visões de sistema, com destaque a duas propostas que impulsionariam os aspectos privados: o Open Health e a regulação dos denominados “planos populares de saúde”.⁶

A tabela a seguir sintetiza o alinhamento de cada alternativa com valores de igualdade e liberdade, com aspectos técnicos como gastos totais, pressão fiscal, uso de recursos médicos, eficiência e resultados, bem como com a viabilidade política e de implementação. A análise completa foi desenvolvida em Peña Corrales (2021).

6 Para discussões acerca dos impactos potenciais do Open Health, vide: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2324-open-health-cns-cobra-da-saude-transparencia-e-inclusao-da-sociedade-em-debate-sobre-compartilhamento-de-dados> | <https://blogs.oglobo.globo.com/opiniao/post/open-health-e-tecnologia-contra-saude.html> | <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2022/03/por-que-o-open-health.shtml> | E a respeito da proposta de planos populares: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/12/IEPS_NT24.pdf

Figura 3 - O fortalecimento do SUS é a alternativa mais alinhada com valores de equidade e eficiência



Nesse contexto, a Agenda Mais SUS defende o caminho de expansão do SUS e consolidação do modelo Beveridgiano, através do aumento relativo de recursos direcionados à saúde pública, do fortalecimento da regulação ao mercado privado e da qualificação transversal da gestão. As propostas apresentadas no contexto da Plataforma de Saúde Brasileira estarão orientadas à essa visão de sistema.

Parte 2:

Pontos críticos no financiamento do SUS

A primeira parte deste volume caracterizou o sistema de saúde do Brasil, evidenciando o conflito de financiamento e de interface que existe entre o Sistema Único de Saúde e o setor privado. A discussão mostrou que hoje o financiamento público fica significativamente abaixo do gasto privado no país, materializando um modelo de organização e financiamento da saúde bastante diferente do que se pratica comumente ao redor do mundo, seja em países de renda média ou renda alta, mas sobretudo, entre países com sistema público robusto.

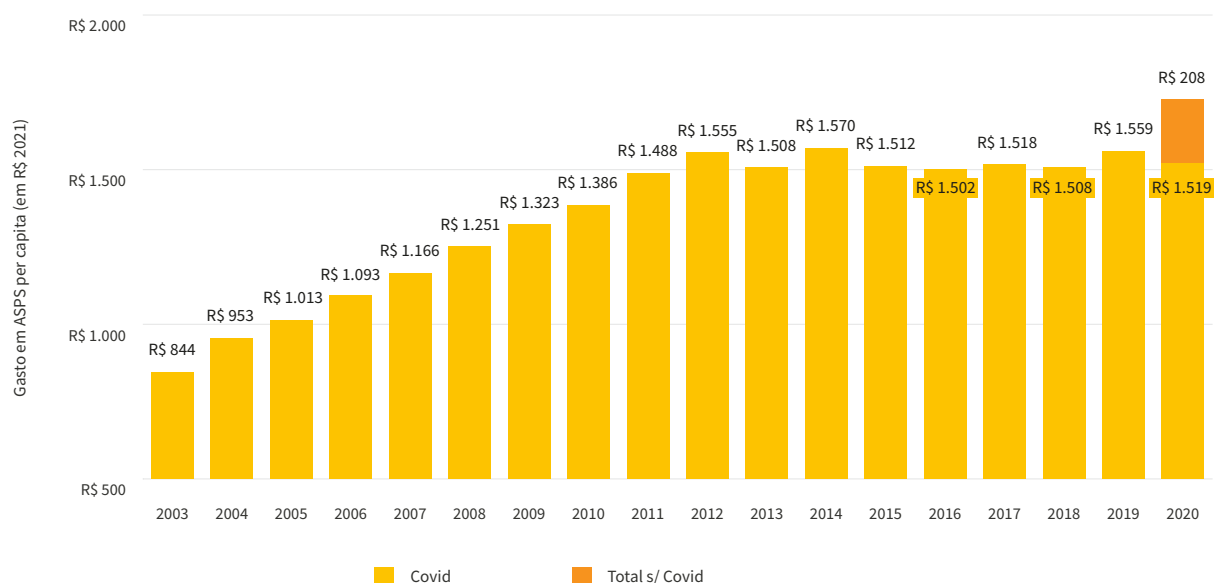
O atual volume de gastos pode, em alguns cenários, se tornar insuficiente para cobrir a evolução do nível de serviço frente às tendências demográficas, já nos próximos 10 anos (Rocha et al., 2021). De forma mais preocupante, o SUS estará fortemente pressionado pelo aumento de demanda decorrente do impacto causado pela queda na realização de procedimentos urgentes, ações preventivas e de detecção precoce observada nas fases críticas da pandemia (Bigoni et al., 2022; Rache et al., 2021), bem como pelo aumento explosivo de fatores de riscos para DCNTs ocorrido durante a pandemia (Rache et al., 2022).

Nesse contexto, a segunda parte desse diagnóstico discute em maior profundidade as tendências recentes e os principais desafios do financiamento do sistema público. Em um ambiente de restrição orçamentária, normatizada inclusive na Emenda Constitucional nº 95 que instaura um teto ao gasto público, é de fundamental relevância entender não só como o gasto tem evoluído, como também de que forma ele vem sendo financiado e para onde é direcionado, e quais desafios estão eminentes nesse processo. Esse é o principal objetivo desta seção.

Panorama do Gasto Público: O Teto da União e o Esgotamento da Capacidade dos Estados e Municípios

Ainda que o gasto público não tenha crescido de forma relevante em relação ao PIB nos últimos anos (Gráfico 1), nota-se que em termos absolutos isso aconteceu. Entre 2003 e 2020, o gasto total per capita em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS)⁷ no Brasil praticamente duplicou em termos reais, alcançando R\$ 1.726 por pessoa, contabilizando os recursos destinados ao combate à covid-19. Desconsiderando os últimos, a variação foi menor, mas ainda significativa, cerca de 80%, alcançando o montante per capita de R\$ 1.518⁸.

Gráfico 6 - O orçamento da saúde cresceu até 2012 e desde então está estagnado



Fonte: Portal do Orçamento SIOS para os valores executados em ASPS pela união a partir de 2012, SIOPS para os indicadores municipais e estaduais: D.R.Próprios em Saúde/Hab segundo e Tesouro Transparente para os gastos da união em saúde com combate à COVID-19. Nota 1) Os dados de valores gastos em ASPS pela União de 2003 até 2012 foram retirados de Piola; de Sá e Benevides; Vieira. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017 (IPEA), 2018 - Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf. Nota 2) Valores reais de 2021 corrigidos pelo IPCA. Nota 3) Dados do Tesouro Transparente, disponíveis em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>

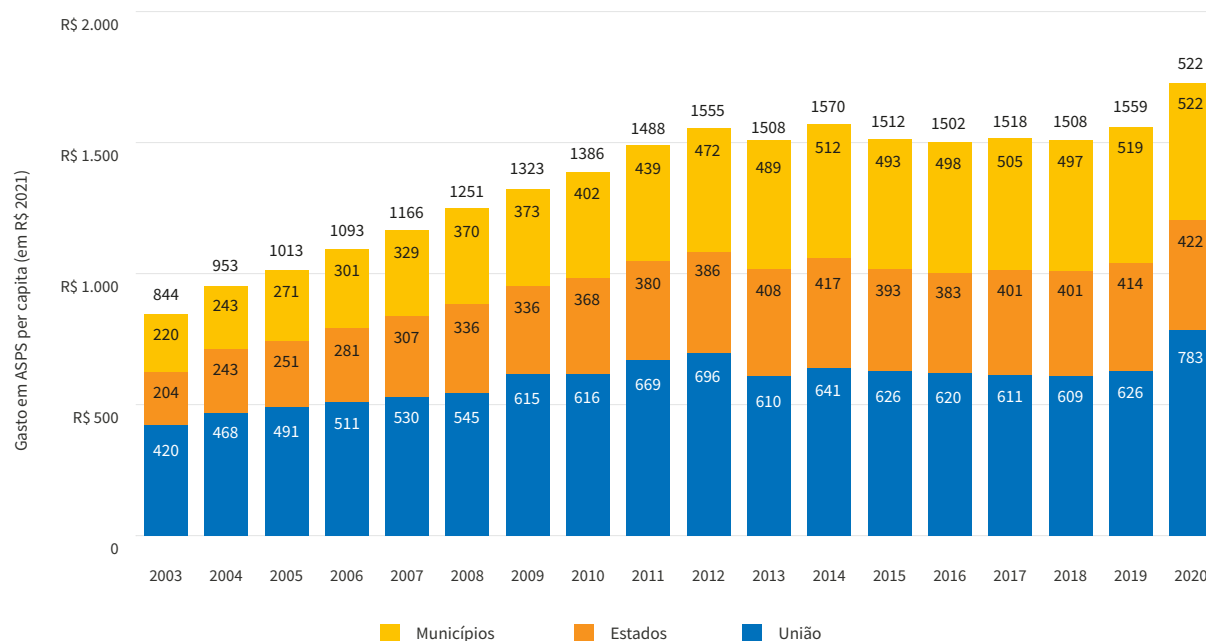
No entanto, quando se observa a contribuição de cada ente da federação na série histórica de financiamento, duas tendências preocupam: i) em termos reais, quando se desconsidera os recursos adicionais destinados à covid-19, os gastos com saúde da União não cresceram desde 2012; e ii) municípios e estados foram os maiores responsáveis pelo aumento dos gastos públicos com saúde, mas a capacidade de expansão desses entes parece estar se esgotando. Consequentemente, desde 2003⁹ diminuiu a parcela de recursos da União no financiamento do SUS, enquanto

7 A Aplicação Mínima em Recursos em Saúde refere-se à comprovação de que o ente federativo aplicou o percentual mínimo anual de sua receita em ações e serviços públicos de saúde, em atendimento ao disposto no art. 198, § 2º da Constituição Federal, no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), nos arts 6º e 7º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e no art. 25, § 1º, inciso IV, alínea “b” da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

8 Em termos absolutos: R\$ 365.490.324.392 e R\$ 321.445.140.456, respectivamente.

9 As análises desta seção se iniciam em 2003 devido à disponibilidade de dados.

Gráfico 7. Estados e municípios representam uma parcela cada vez maior do gasto em saúde.



Fonte: Portal do Orçamento SIOS para os valores executados em ASPS pela união a partir de 2012 e SIOPS para os indicadores municipais e estaduais: D.R.Próprios em Saúde/Hab segundo. Nota 1) Os dados de valores gastos em ASPS pela União de 2003 até 2012 foram retirados de Piola; de Sá e Benevides; Vieira. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017 (IPEA), 2018 - Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf. Nota 2) Valores reais de 2021 corrigidos pelo IPCA.

Os três entes da federação têm responsabilidade no financiamento do SUS

A Emenda Constitucional (EC) nº 29 de 2000 determinou que o financiamento do SUS deve ser realizado de forma tripartite, isto é, como responsabilidade das três esferas de governo: União, Estados e Municípios (Menezes e dos Reis, 2020). A emenda define a União como a principal contribuinte, tendo que direcionar no mínimo de 15% das suas receitas líquidas, ao passo que Estados e Municípios contribuem com, no mínimo, 12% e 15% de suas receitas líquidas, respectivamente.

A aplicação de recursos por parte da União se dá, essencialmente, de duas formas: i) transferências da União para Estados e Municípios¹; e ii) aplicação direta pelo Ministério da Saúde. No âmbito dos Estados e Municípios, além da aplicação de recursos vindos da União, existe a aplicação de recursos próprios.

¹ Montante enviado para Estados e Municípios cumprirem seu papel enquanto financiadores.

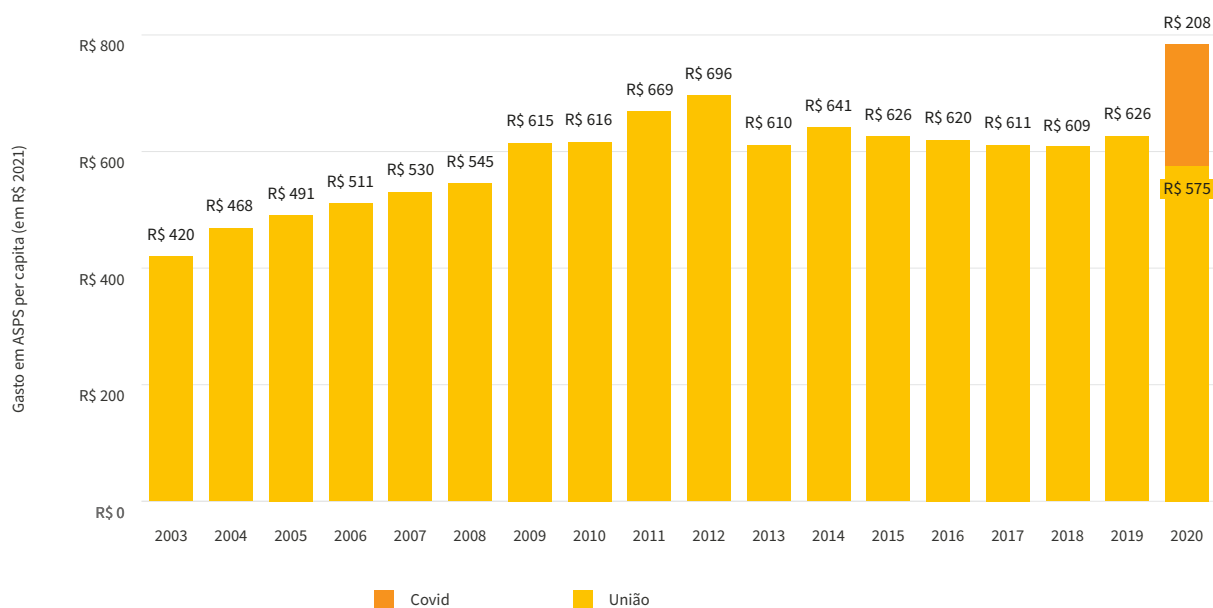
Os gastos da União com saúde não crescem desde 2012

A trajetória anual do gasto em saúde da União não é explosiva. Na realidade, com vitórias expressivas do SUS nos últimos 20 anos, os recursos gastos pela União cresceram, em termos reais, cerca de 118%, saindo de R\$ 75,9 bilhões, em 2003, para R\$ 166,1 bilhões em 2020. Quando se desconsidera os recursos adicionais destinados ao enfrentamento da pandemia de covid-19, a variação foi de 60,7%.

No entanto, é preocupante que a totalidade dessa expansão se deu entre 2000 e 2012, quando o gasto da união em saúde, descontados os recursos emergenciais de 2020 e 2021, atingiu o maior valor histórico, R\$ 138,8 bilhões. Desde então, a média de recursos investidos anualmente em saúde foi de R\$ 127,1 bilhões, aproximadamente 8,5% menor que o pico.

A exceção desta tendência se deu com a destinação de recursos adicionais para enfrentar a pandemia. Especificamente, em 2020, cerca de R\$ 44 bilhões adicionais foram alocados para esta função (Tesouro Transparente, 2022). No entanto, esses recursos são de caráter adicional e emergencial, sem grandes benefícios ao sistema existente e ao atendimento das demandas pré-existentes e contínuas do sistema. Na realidade, ainda que tenham aumentado os recursos, o número de procedimentos, sobretudo, de manejo das doenças crônicas não transmissíveis no SUS, diminuiu e, já no curto prazo, as demandas represadas deverão pressionar os gastos em saúde (Rache et al., 2021).

Gráfico 8 - Desconsiderando os gastos adicionais com a pandemia, não houve crescimento real no gasto com saúde da União desde 2012.



Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP)

Nesse contexto, é relevante notar que a Emenda Constitucional nº 95, além de limitar a despesa total da União de um ano à realizada no ano anterior, corrigida pela inflação, mudou a regra para definição do mínimo constitucional aplicado em saúde. Com a emenda, o mínimo foi congelado para os valores de 2017, atualizados anualmente pela inflação. Dessa forma, o espaço fiscal para expansão dos gastos da União com saúde não é claro e, frente ao teto de gastos, a tendência de estagnação no orçamento da saúde deve continuar.

No ano de 2022 essa tendência se manterá. Em análise do Projeto de Lei Orçamentária do Ministério da Saúde para o ano, nota-se que os gastos propostos para Saúde não evoluíram nos últimos anos e tiveram sua participação relativa no orçamento total da união reduzida anualmente - considerando todas as despesas do governo, não apenas as de saúde (Faria et al., 2021). Em termos reais, o valor total da PLOA 2022, R\$ 147,4 bilhões, foi similar à proposta de 2012, e 5% menor que a de 2019, representando a menor participação na proposta orçamentária do Governo Federal dos últimos 10 anos, 3,19%.

Adicionalmente, é relevante notar que a maior parcela dos gastos dos últimos anos se deu sob a forma de despesas correntes - isto é, aquelas destinadas ao custeio contínuo dos serviços de saúde -, ao passo que o investimento público, destinado à expansão da infraestrutura de saúde está estagnado há mais de uma década. E a maior parte dos investimentos que de fato ocorreram foram determinados por emendas parlamentares e não por estratégias do Ministério da Saúde, o que mostra não só uma baixa capacidade do governo federal em atender as demandas do SUS, mas, sobretudo, uma falta de coordenação estratégica nacional da expansão do sistema, uma vez que o destino das emendas atende critérios essencialmente políticos (Faria et al, 2021).

Gráfico 9 - O investimento do governo federal não acompanha a tendência dos gastos correntes

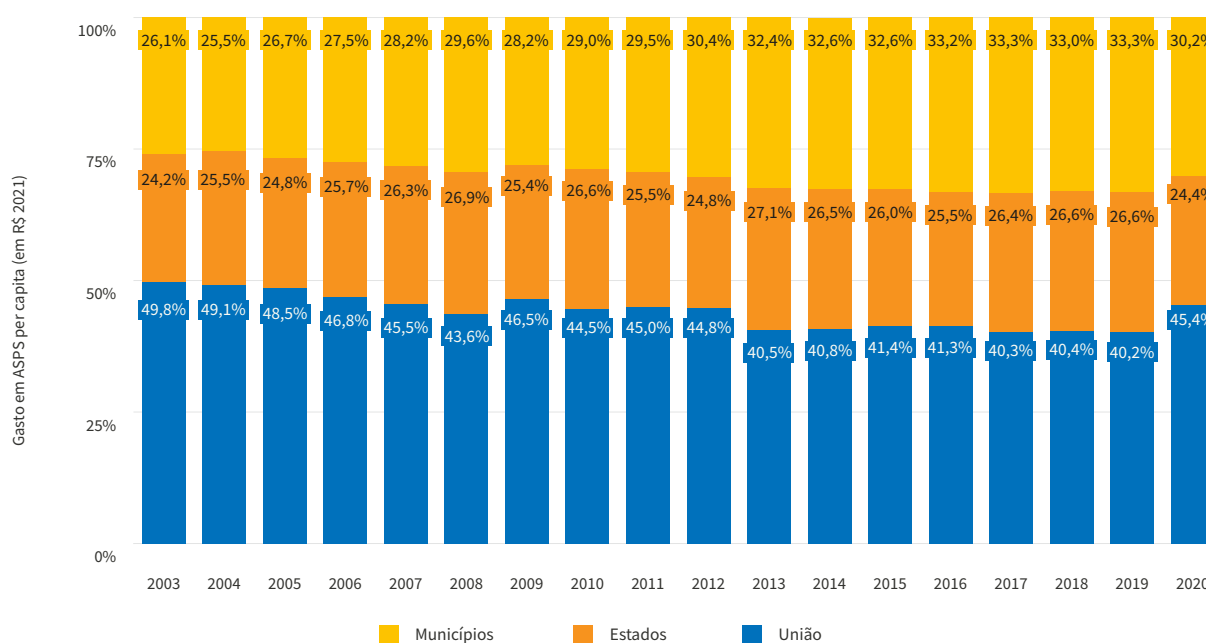


Fonte: Sistema de Elaboração e Execução Orçamentária e Financeira (SIOFI). Valores reais corrigidos para 2021 pelo IPCA. Nota) Reprodução Faria et al., 2021.

Municípios e Estados aumentaram seus gastos com saúde, mas a tendência recente é de estabilização

Entre 2003 e 2019, a participação relativa de municípios e estados no financiamento total da saúde no Brasil saiu de 50,2% para 59,8%. Em outras palavras, a participação desses entes cresceu 7,2 p.p e 2,4 p.p, respectivamente, ao passo que o da União diminuiu em 9,6 p.p. Em 2020, com a destinação de recursos adicionais para o combate à pandemia, a participação da União alcançou 45,4%. Ainda assim, é evidente a expansão de estados e, sobretudo, de municípios na participação orçamentária na saúde pública, gastando cada vez mais recursos próprios frente às transferências oriundas da União (Piola e Benevides, 2018).

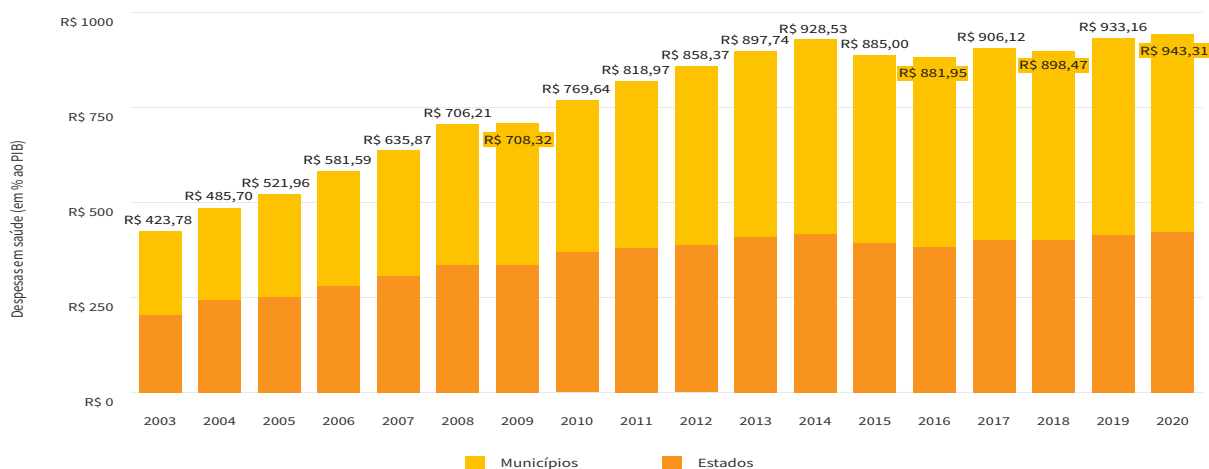
Gráfico 10 - Estados e municípios são responsáveis por uma parcela cada vez maior do gasto em saúde



Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais. Valores corrigidos para 2021 pelo IPCA. Adaptado a partir de Piola, de Sá e Benevides, Vieira (2018).

Mais precisamente, o gasto em saúde dos estados e municípios cresceram, em termos reais, cerca de 106% e 137%, saindo de R\$ 36,8 bilhões e R\$ 39,7 bilhões, em 2003, para R\$ 89,4 bilhões e R\$ 110,6 bilhões em 2020, respectivamente. Nota-se que, de forma similar ao gasto da União, a maior parte dessa expansão se deu entre 2003 e 2014, quando o gasto de ambos os entes alcançou seu pico. Desde de 2014 os recursos aportados pelos estados e municípios não cresceram, indicando uma tendência de estabilização.

Gráfico 11 - Os recursos aportados por municípios em estados na saúde não crescem desde 2014



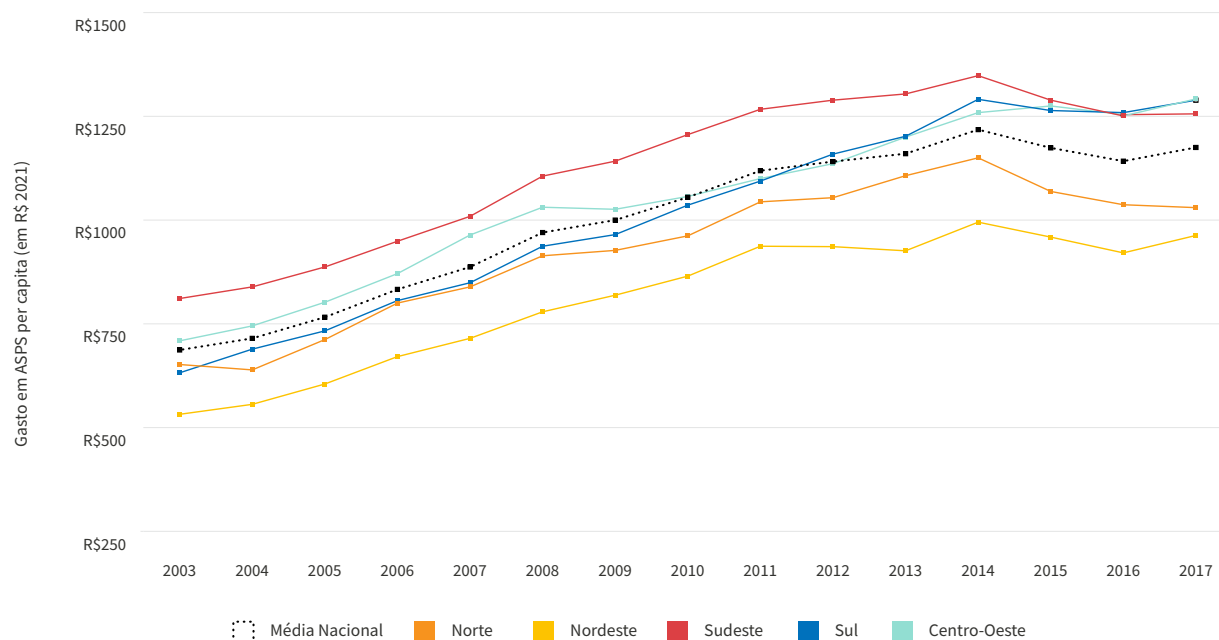
Fonte: SIOPS

Toda essa dinâmica não preocupa somente em virtude de um esgotamento da capacidade de ampliação de recursos em esferas municipais e estaduais. Estados e municípios possuem diferentes capacidades de arrecadação de recursos próprios e, conseqüentemente, de atendimento às suas respectivas demandas de saúde. É possível que municípios que hoje demandam mais recursos para serviços de saúde pública, tenham menor arrecadação tributária e, conseqüentemente, fiquem mais dependentes dos recursos provenientes da União.

Este fato, em última instância, está atrelado a desigualdades de natureza regional, mas uma vez que o crescimento populacional e o desenvolvimento econômico local dos Estados e municípios apresentam heterogeneidades, dificultando a promoção de um financiamento mais igualitário, torna-se fundamental garantir a qualidade e equidade no acesso aos serviços públicos no país (Rocha e Szklo, 2021).

De toda forma, entre 2013 e 2017, o gasto público em saúde aumentou em todas as regiões do país. As regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste registraram os maiores aumentos, com variações de 104%, 81% e 77%, respectivamente. Norte e Sudeste, por sua vez, cresceram 58% e 59%. Ainda que Nordeste e Norte tenham apresentado uma variação significativa ao longo do tempo, configuraram-se como os de menor gasto público per capita, ficando atrás não só das demais regiões, bem como da média nacional.

Gráfico 12 - A expansão do gasto público total foi constante em todas as regiões



Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais. Valores reais de 2021 corrigidos pelo IPCA. Adaptado a partir de Piola, de Sá e Benevides, Vieira (2018).

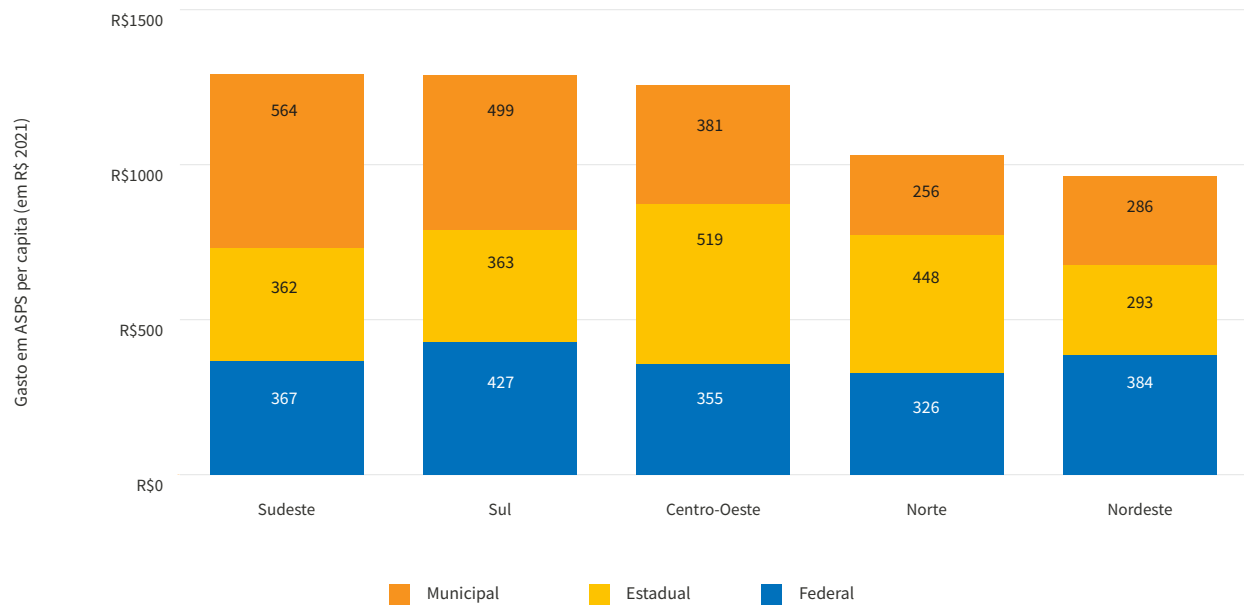
Aprofundando a análise do gasto sob a ótica da participação dos entes no financiamento, notam-se diferenças expressivas. Em 2017¹⁰, as Regiões Sul e Sudeste, caracterizadas como as regiões de maior gasto per capita, tiveram os municípios como principais provedores de recursos, representando em média 41% do total direcionado à saúde.

Simultaneamente, Estados e União complementam esses gastos, sendo este último um pouco maior no Sul (33%) quando comparado com a região Sudeste (28%). No Centro-Oeste, a participação dos municípios é de 30%, enquanto a dos Estados alcança 41%, pouco acima da média no país, mas em percentual maior quando comparado aos seus pares. Em contrapartida, no Norte e no Nordeste, a participação dos municípios no financiamento alcança apenas 24% e 29%, ao passo que a União financia 31% e 39% dos gastos regionais, respectivamente.

Tais características decorrem por diferentes razões, em especial, por municípios com populações menores terem menores rendimentos e, conseqüentemente, maior dependência de transferências intergovernamentais. Municípios médios e grandes, por sua vez, têm receitas mais altas e utilizam uma proporção maior do seu orçamento para o cuidado com a saúde (Castro et al., 2019).

¹⁰ Devido à disponibilidade de dados.

Gráfico 13 - Regiões Norte e Nordeste são mais dependentes de transferências da União



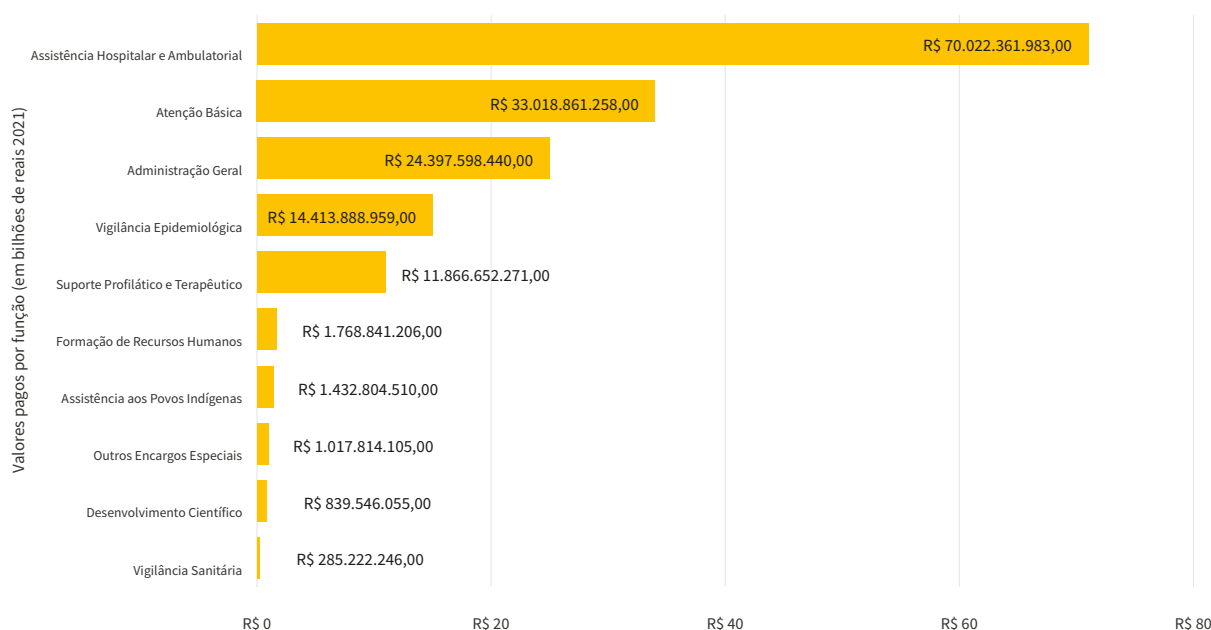
Fonte: SPO/MS para a despesa federal e SIOPS para as despesas estaduais e municipais. Valores corrigidos para 2021 pelo IPCA. Adaptado a partir de Piola, de Sá e Benevides, Vieira (2018).

Essa dinâmica é uma das causas das heterogeneidades regionais na qualidade e nível de oferta do SUS. Ainda que as transferências garantam um mínimo de aplicação per capita na distribuição tripartite do financiamento, os municípios e Estados mais ricos são capazes de alcançar um nível maior de serviço. Os desafios, bem como as reflexões acerca dos mesmos, serão melhor discutidos na próxima subseção

Destino dos Gastos da União¹¹

No âmbito da alocação de recursos, considerando o orçamento executado do Ministério da Saúde em 2021 (R\$ 160 bilhões), 43,8% foram direcionados para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial e 20,7% para a Atenção Básica. O terceiro maior destino foi a Administração Geral do MS, seguido pela Vigilância Epidemiológica, representando, 15,3% e 9%, respectivamente. Formação de Recursos Humanos e Desenvolvimento Científico, por sua vez, apresentaram participações relativas baixas, com menos de 1,5% do total destinado à saúde.¹²

Gráfico 14 - Cerca de 44% do orçamento da união se destina à assistência hospitalar e ambulatorial



Fonte: Painel do Orçamento Federal SIOP.

Conforme apresentado anteriormente, a aplicação desses recursos se dá, simplificada, de forma direta pelo Ministério da Saúde e de forma indireta, através dos repasses fundo a fundo para Estados e Municípios. Em 2021, dos R\$ 159,7 bilhões gastos pelo MS, R\$ 56,7 bilhões, ou 35,5%, foram aplicados de forma direta e R\$ 98,6 bilhões, ou 61,7%, foram transferidos.

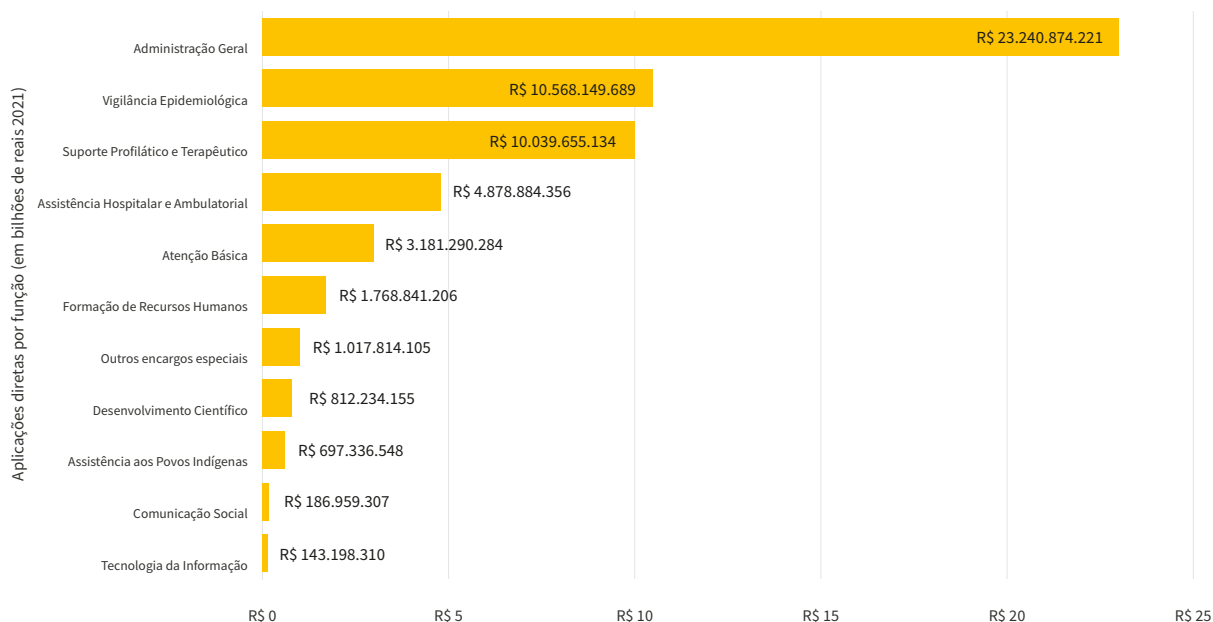
Tratando dos recursos aplicados diretamente pelo Ministério da Saúde, a maior parcela destinou-se à Administração Geral do Ministério da Saúde, representando 41%, ou R\$ 23 bilhões, seguido da Vigilância Epidemiológica e Suporte Profilático e Terapêutico, com participação de 18%. Nota-se, entretanto, uma baixa participação relativa nos recursos destinados à Atenção

¹¹ Devido à limitação de dados sobre a execução orçamentária total em nível municipal e estadual, essa subseção analisa o orçamento federal, de aplicação direta e indireta.

¹² Por apresentarem menos de 1% na participação relativa, as demais subfunções não foram mencionadas. Por ordem de grandeza: Desenvolvimento Tecnológico e Engenharia; Saneamento Básico Rural; Difusão do Conhecimento Científico e Tecnológico; Planejamento e Orçamento; Vigilância Sanitária; Direitos individuais, coletivos e difusos; Patrimônio Histórico, Artístico e Arqueológico; Normatização e Fiscalização; Controle Interno; Alimentação e Nutrição; Saneamento Básico Urbano e Preservação e Conservação Ambiental.

Básica bem como a Média e Alta Complexidade, correspondendo a 6% e 9%, ou R\$ 3 bilhões e R\$ 4 bilhões, respectivamente.

Gráfico 15 - A maior parcela dos recursos aplicados diretamente pelo MS vai para Administração do Ministério e Vigilância Epidemiológica

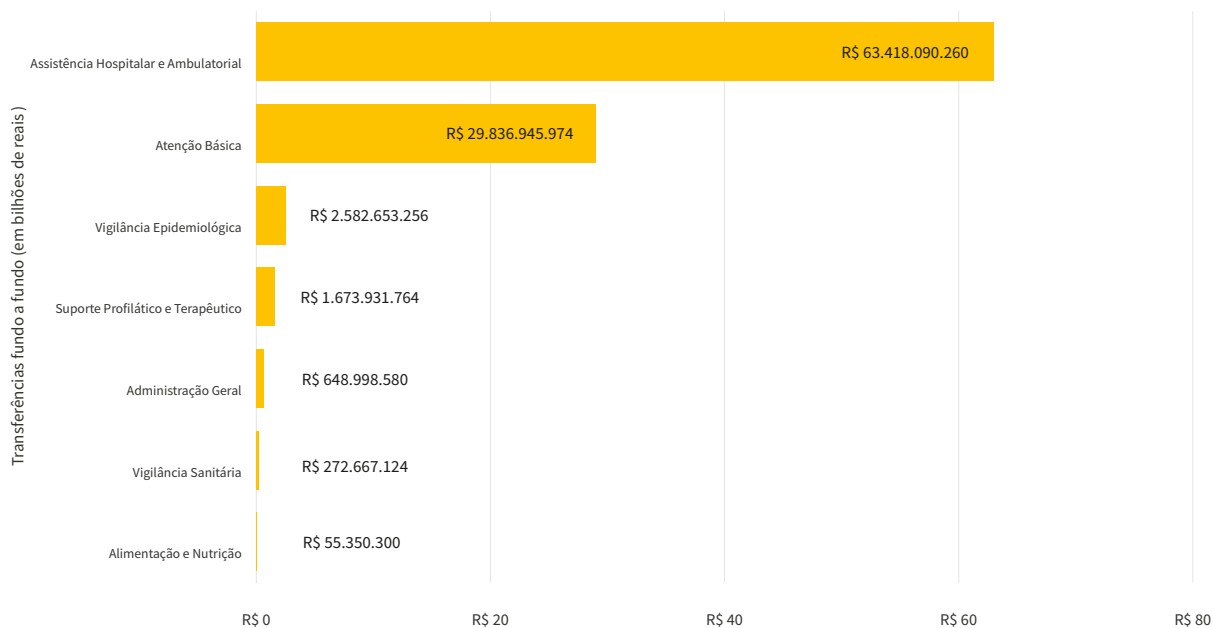


Fonte: Painel do Orçamento Federal SIOP.

Quanto aos recursos repassados fundo a fundo (do nível federal para Municípios e Estados), nota-se que a maior parcela deles era destinada a Média e Alta Complexidade, representando 64%, ou R\$ 63 bilhões dos repasses totais, seguida pela Atenção Básica, com aproximadamente 30%, ou R\$ 30 bilhões. Em seguida, Vigilância Epidemiológica e Suporte Profilático e Terapêutico apresentaram a terceira e quarta maiores participações relativas, com 2,6% e 1,7%, respectivamente.¹³

¹³ Demais não foram mencionados por apresentarem menos de 0,5% na participação orçamentária. Por ordem de grandeza: Saneamento Básico Rural, Saneamento Básico Urbano, Desenvolvimento Científico, Difusão de Conhecimento Científico e Tecnológico, Preservação e Conservação Ambiental, Formação de Recursos Humanos e Desenvolvimento Tecnológico e Engenharia.

Gráfico 16 - A maior parcela dos recursos transferidos da união para Estados e Municípios vai para Assistência Hospitalar e Ambulatorial



Fonte: Painel do Orçamento Federal SIOP

Fragilidades no acompanhamento das transferências Fundo a Fundo

No que tange ao repasse fundo a fundo, o relatório da Controladoria Geral da União (CGU), em 2019, verificou a inexistência de documentos de planejamento e de prestação de contas para mais de 30% dos municípios brasileiros e baixa qualidade dos documentos apresentados pelos entes subnacionais ao Ministério da Saúde (CGU, 2019). Observou também limitações no processo de monitoramento e avaliação por parte do Ministério da Saúde, caracterizadas pela atuação segregada dos atores e pela falta de análise sistemática das prestações de contas pelas unidades do Ministério. Ao mesmo tempo, foram identificadas limitações estruturais da atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e dos Conselhos de Saúde, materializadas pela baixa implementação dos componentes estaduais e municipais de auditoria do SUS, pela fragilidade na atuação do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus) e pelo quantitativo expressivo de Conselhos de Saúde em estágio inicial de governança (CGU, 2019).

Em suma, apesar de a literatura apontar para a necessidade de organização do sistema orientado à Atenção Primária à Saúde, a maior parcela de recursos do MS, sejam eles aplicados direta ou indiretamente, está destinado aos cuidados de Média e Alta Complexidade. Além disso, a análise histórica do destino dos repasses mostrou que o pequeno aumento no gasto com APS no país, se deu, sobretudo, em detrimento do orçamento em Vigilância Sanitária e não da despriorização da Média e Alta Complexidade.

Por fim, e de forma preocupante, os recursos propostos pelo Ministério da Saúde para a Atenção Primária em 2022 são insuficientes para cobrir o atual nível de serviço e existe um baixo volume de investimentos, o que dificulta o atendimento a uma demanda crescente. Neste ano, mesmo com a destinação adicional de R\$ 900 milhões para combate à pandemia, a proposta do MS para

APS é 1% inferior à de 2021 e 15% menor que o proposto em 2014. Além disso, os valores têm sido sistematicamente complementados por emendas parlamentares destinadas ao “Incremento Temporário do Custeio”, indicando que os recursos propostos pelo Ministério para a Atenção Primária são insuficientes para cobrir o atual nível de serviço (Faria et al., 2021).

Tabela 1 - Os recursos propostos pelo Ministério da Saúde para a AP estão estagnados.

<i>R\$ bilhões, constante</i>	2019	2020	2021	2022
Piso da Atenção Primária	20,86	21,70	21,45	21,26
Total da Atenção Primária	25,90	26,42	25,64	25,40

Fonte: SIAFI

Em suma, apesar de avanços, inúmeros desafios ao financiamento da saúde pública persistem. Além de um esforço para a mobilização de mais recursos, a construção de meios para distribuí-los regionalmente de forma mais equânime, bem como uma reorganização do destino deles priorizando a APS, são etapas necessárias. Somado a isso, as necessidades de financiamento da saúde deverão aumentar ao longo do tempo, não apenas em termos absolutos, mas como proporção do PIB (Rocha et al., 2019). Assim, a demora em respondermos às demandas financeiras da saúde poderá vir com consequências para a sociedade inclusive com aumento da segmentação público-privada no país e das iniquidades.

Previne Brasil

Em 2019, o governo brasileiro lançou uma nova política para a Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Chamada de “Previne Brasil”, a política modificou o financiamento da APS para municípios. No lugar do cálculo por número de habitantes e de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores de desempenho de equipes de saúde (Massuda, 2020).

A nova proposta de financiamento extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho, baseado em indicadores (Morosoni, 2020).

Os indicadores a serem acompanhados são: proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12^a semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente; percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre; e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Apesar dos eventuais benefícios trazidos pelos mecanismos adotados para remuneração de equipes de saúde, a captação e a avaliação de desempenho, quando utilizados como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, podem atender mais a propósitos restritivos do que estimular a eficiência do gasto, podendo limitar a universalidade e induzir a focalização das ações na APS no SUS (Massuda et al., 2020). Ademais, avalia-se o nível dos indicadores e não a variação, penalizando municípios com quadros epidemiológicos mais desafiadores.

Além disso, os mecanismos de captação e o pagamento por desempenho previstos pelo Previne, aplicados em substituição aos mecanismos do PAB e sem aporte de novas fontes de financiamento, devem apenas redirecionar recursos existentes. Como efeito, pode-se penalizar municípios com menor capacidade administrativa, infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos, exacerbando inequidades, conforme alertado por estudos realizados pelos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde dos estados do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ, 2020) e São Paulo (COSEMS SP, 2020).

Nas entrevistas, foi destacado o fato de que o programa sofreu uma interrupção na sua implementação completa, tanto em decorrência de discontinuidades no MS, quanto da pandemia. De fato, houve flexibilização do Programa já em 2021¹⁴, pois, frente ao fato de que municípios

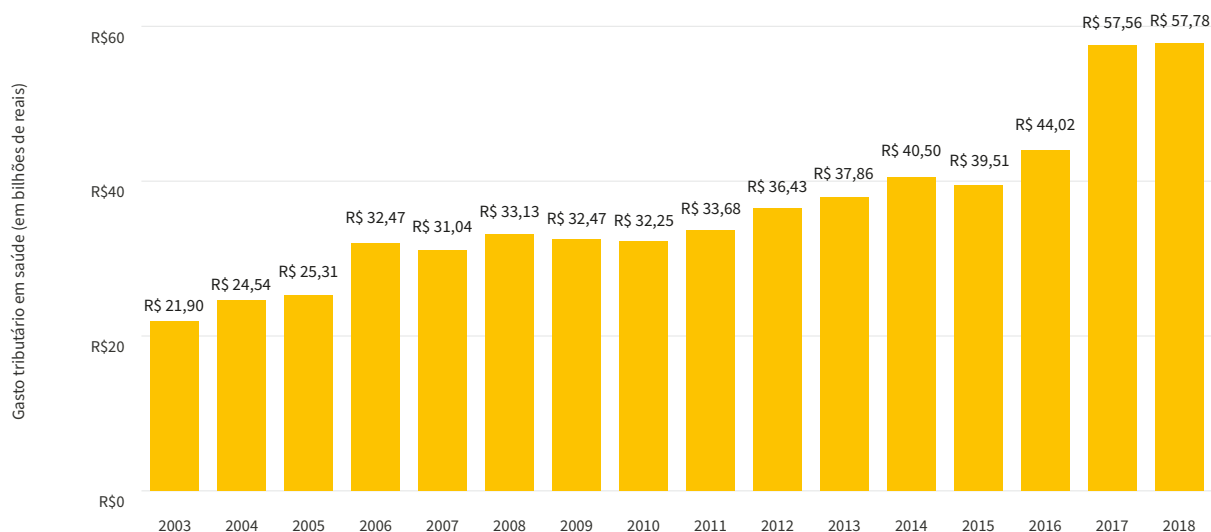
¹⁴ Ver mais em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/11096>.

não conseguiram atingir o número de cadastros estabelecidos, o Ministério da Saúde decidiu realizar repasse financeiro equivalente a 100% do potencial da captação ponderada (potencial de cadastro) e a 100% do desempenho potencial.

O Governo Brasileiro gasta muito com subsídios ao setor privado de saúde

Se o início da seção mostrou que a tendência do financiamento da saúde no Brasil não é de expansão acelerada, o exato oposto acontece com os subsídios para a saúde privada. Em avaliação do gasto tributário em saúde, leia-se subsídios, Ocké-Reis (2021) mostra que entre 2003 e 2018 os valores gastos cresceram 164%, saindo de R\$ 19,9 bilhões no primeiro ano da série para R\$ 52,5 bilhões no último.¹⁵

Gráfico 17 - Enquanto o orçamento se mantém estável, a regressiva renúncia fiscal aumenta



Fonte: Receita Federal do Brasil (RFB). Adaptado a partir de Ocké-Reis, 2021. Valores corrigidos pelo IPCA de 2021.

Complementando a análise com os montantes estimados pelos Projetos de Lei Orçamentárias de 2020, 2021 e 2022, nota-se que a tendência mais recente é de continuidade nessa expansão. Em 2020 o gasto previsto foi de R\$ 63 bilhões e em 2022 está previsto para alcançar R\$ 56 bilhões. Os valores de subsídios que foram estimados para 2021 equivalem a 43% do orçamento federal da saúde e 0,73% do PIB daquele ano. O montante é 2,5 vezes maior que os recursos que foram destinados à Atenção Primária. No entanto, não é claro em que medida eles trazem benefícios para a saúde da população brasileira ou se representam apenas uma redistribuição indireta e regressiva de renda.

Existem diversos subsídios públicos diretos e indiretos para a saúde suplementar. Dessa forma, o setor privado é induzido e subvencionado pela expressiva renúncia fiscal em saúde estabelecida tanto para trabalhadores, via dedução de despesas médicas do imposto de renda, como para

¹⁵ Por gasto tributário em saúde estão associados gastos com IRPF, IRPJ, Medicamentos e Produtos Químicos e Hospitais Filantrópicos.

hospitais filantrópicos que operam seguros saúde, apesar das deduções devido ao certificado de filantropia (Ocké-Reis, 2019). As cooperativas médicas também não pagam alguns tributos e há desonerações fiscais diretas para setores produtivos relacionados, como a indústria química e farmacêutica (Tesser e Serrapioni, 2019).

Essa situação se traduz em um problema porque a renúncia da arrecadação fiscal pode induzir o crescimento do mercado de planos de saúde – em detrimento do fortalecimento do SUS – e, também, gerar situação de injustiça distributiva, ao favorecer os estratos superiores de renda e determinadas atividades econômicas lucrativas (Ocké-Reis, 2018).

Além disso, os subsídios não desafogam completamente o SUS, dado que os usuários de planos de saúde continuam utilizando seus serviços, em especial os de urgência e emergência, bem como os de alto custo e de complexidade tecnológica. Dessa maneira, paradoxalmente, o sistema acaba socializando parte dos custos das operadoras, sem ter garantias de ressarcimento total (Ocké-Reis, 2014).

Em 2019, a Receita Federal estimou que 13,49% dos gastos tributários do Brasil seriam destinados à função Saúde (R\$ 41,3 bilhões, sendo R\$ 28,1 bilhões concentrados na região Sudeste) (RFB, 2019). No mesmo ano, a União empenhou R\$ 126 bilhões na função da Saúde, sendo, portanto, 32,8% desses destinados aos gastos tributários (TCU, 2020). A Tabela 2 a seguir apresenta os montantes de renúncia fiscal estimados em 2020, 2021 e para 2022, e o Anexo 1 traz uma relação completa da descrição e base normativa dos gastos tributários em saúde.

Tabela 2- Renúncias Fiscais em saúde alcançam valores expressivos do PIB e do Gasto Tributário no Brasil

Item	2020			2021			2022		
	Valor (R\$ Bi)	% PIB	% Gasto tributário	Valor (R\$ Bi)	% PIB	% Gasto tributário	Valor (R\$ Bi)	% PIB	% Gasto tributário
<i>Em bilhões</i>									
Despesas médicas	17.28	0,231%	5,22%	18.15	0,209%	5,89%	19.89	0,21%	5,34%
Medicamentos	13.04	0,175%	3,95%	9.85	0,114%	3,20%	6.75	0,07%	1,82%
Entidades filantrópicas	8.96	0,120%	2,71%	8.87	0,102%	2,88%	6.43	0,07%	1,73%
Assistência Médica, odontológica e Farmacêutica a Empregados	6.42	0,086%	1,94%	8.94	0,103%	2,91%	11.08	0,12%	2,99%
Entidades sem Fins Lucrativos - Assistência Social e Saúde	5.22	0,070%	1,58%	6.93	0,074%	2,08%	5.47	0,06%	1,47%
Produtos Químicos e Farmacêuticos	3.51	0,047%	1,06%	4.50	0,052%	1,46%			
Água Mineral	0.46	0,006%	0,14%	0.15	0,002%	0,05%	0.14	0,00%	0,04%
Pronon	0.13	0,002%	0,004%	0.16	0,002%	0,05%	6.37	0,07%	1,72%
Pronas/PCD	0.34	0,00%	0,01%	0.76	0,001%	0,03%			
Equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial	0,12	0,00%	0,00%	0,18	0,00%	0,00%	0.18	0,00%	0,01%
Total	55.07	0,738%	16,65%	63.50	0,73%	20,62%	0.56	0,60%	15,11%

Fonte: PLOAS (Projetos de Lei Orçamentária Anual (PLOAs)) 2020 a 2022.

Nesse contexto, a Subsecretaria de Avaliação de Subsídios da União, vinculada ao Ministério da Fazenda, lançou em 2020 uma nota técnica propondo a eliminação dos subsídios de gastos de saúde via imposto de renda da pessoa física (IRPF). Segundo a nota, os subsídios via IRPF, que corresponderam em 2021 a uma renúncia fiscal da ordem de R\$ 18 bilhões, estão em trajetória explosiva, podendo chegar a R\$ 26,3 bilhões até 2030 (respondendo por 15,5% da arrecadação via IRPF). A nota também aponta para a regressividade da política de subsídios: apenas os 20% mais ricos da população se apropriam do subsídio, e a maioria dos recursos (86%) são utilizados pelos 10% mais ricos, que por estarem em alíquotas mais altas de IRPF são capazes de realizar maiores deduções.

Diante da retirada do subsídio, o estudo simula qual seria o efeito de substituí-lo por uma redução de 8% em todas as alíquotas de imposto de renda, que representaria uma renúncia fiscal de R\$ 14,6 Bi, marginalmente inferior ao custo vigente do subsídio, e que melhoraria a eficiência do sistema, incentivando a oferta de trabalho e reduzindo distorções alocativas causadas pelo subsídio (Brasil, 2020).

Além disso, foram constatados em relatórios do TCU falhas significativas em duas políticas de renúncia fiscal:

Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON)

Até 2016, o PRONON havia disponibilizado R\$ 1,14 bilhão para dedução fiscal, aprovando efetivamente R\$ 403,5 milhões. No entanto, em relatório do TCU sobre o Programa, foi identificado que:

- Os projetos executados no âmbito do PRONON não estavam alinhados às necessidades da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer e o Programa não tinha sido efetivo em desenvolver ações onde há vazios assistenciais, tampouco havia evidências de que os projetos aprovados são voltados a atuar sobre as principais necessidades de saúde no âmbito da assistência oncológica no SUS;
- Praticamente não havia iniciativas, por parte do Ministério da Saúde, para acompanhar, monitorar, controlar e avaliar as ações realizadas no âmbito do PRONON;
- Não foi possível avaliar o impacto do PRONON em função da ausência de informações acerca dos resultados do Programa; e
- Havia necessidade de aprimoramento na divulgação de informações acerca da execução do Programa por parte do Ministério da Saúde (TCU, 2017).

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)

Na identificação de dados sobre o PROADI, verificou-se um baixíssimo grau de avaliação do impacto gerado. Os projetos de apoio são executados por seis hospitais privados de excelência, em uma modalidade na qual os valores correspondentes a determinados tributos são renunciados pelo Governo Federal para os hospitais investirem em projetos de desenvolvimento do SUS e de

promoção da saúde da população. Até 2019, o PROADI havia investido R\$ 4,6 bilhões em aproximadamente 550 projetos.¹⁶

Um relatório do TCU sobre o tema, em 2018, encontrou que:

- O Ministério da Saúde (MS) não avaliava os resultados dos projetos de apoio em relação aos seus objetivos geral e específicos previstos inicialmente. O único acompanhamento realizado pelo MS ocorria em relação às execuções física e financeira das atividades do projeto, mas não existia uma análise do resultado e dos reais benefícios para o SUS;
- Os setores técnicos do MS não realizavam análise prévia dos valores a serem gastos pelo hospital, em virtude da inexistência de dados que ofereçam parâmetros de custo dos materiais e das atividades existentes nos projetos. Alguns projetos não contemplavam pesquisa prévia de mercado para cotação de preços, incorrendo no aumento de custos por ausência de concorrência e direcionamento de fornecedores;
- Não havia padronização para alocação dos custos indiretos dos projetos pelos hospitais. A ausência de análise e de definição de limites objetivos desses custos torna os projetos ainda mais dispendiosos, impactando a economicidade e efetividade do programa;
- O PROADI-SUS desenvolvia programas de apoio que não utilizavam a expertise de cada hospital de excelência em sua máxima potencialidade. Em muitos casos, os hospitais tinham somente o papel de gerenciadores de projetos, atuando como meros repassadores de recursos a terceiros;
- Havia uma ausência de avaliação dos custos dos procedimentos de projetos de apoio assistencial do PROADI, de modo a compará-los com a Tabela SUS, a fim de evitar a aprovação de projetos cujos procedimentos poderiam ser contratados ordinariamente fora do PROADI por valores inferiores; e
- O valor limite de 30% da renúncia fiscal a ser aplicado na área assistencial deveria ser respeitado, com análise das atividades a serem desenvolvidas conforme o tema do projeto (TCU, 2018).
- Em entrevistas, foi destacado o papel do relatório do TCU como indutor de mudanças no acompanhamento dos PROADI. Foi indicado algum progresso na dimensão de monitoramento e avaliação, e de governança partilhada e centralizada entre o Ministério, o CONASS e o CONASEMS, mas ainda falta integração entre as demandas do Ministério da Saúde e os projetos propostos pelos hospitais, bem como uma maior integração com órgãos públicos locais na realização dos projetos. O PROADI tem grande potencial de realização de pesquisas clínicas e científicas, embora algumas dessas durem mais do que um triênio, então alguma flexibilidade pode ser necessária.
- No triênio 2018-2020, foram previstos R\$ 2,1 bilhões em isenções fiscais das contribuições sociais para a seguridade social de cinco hospitais de excelência, e os projetos aprovados e em execução totalizaram cerca de R\$ 1,8 bilhão¹⁷. Já para o triênio de 2021-2023, os recursos financeiros previstos somam cerca de R\$ 1,7 bilhão (Castro et al., 2019).

16 PROADI, SUS.

17 PROADI, SUS.

Parte 3:

O Setor Privado: Interface com o SUS e os Desafios de Regulação

A Parte 2 desse diagnóstico discutiu os desafios para o financiamento da saúde pública universal no país. Mas, se de um lado, o propósito de ampliação do SUS preconiza a visão de equidade e universalidade da saúde brasileira, de outro, a interface direta com um mercado de saúde privado introduz riscos de interfaces e distorções que promovem desigualdades, criando um segundo desafio fundamental ao SUS: a regulação dos planos de saúde. Isso porque, essa interface direta, na ausência de mecanismos regulatórios eficientes, pode repercutir impactos sobre a efetividade das políticas públicas de saúde e do SUS como um todo.

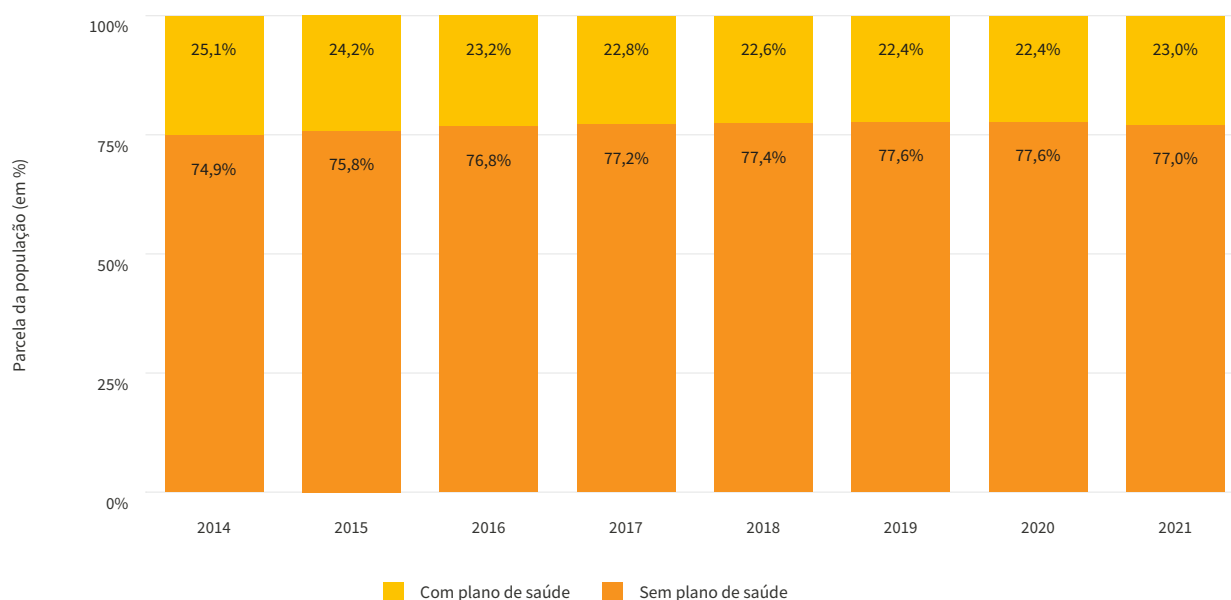
Dentre eles estão o direcionamento de casos mais graves para o sistema público, assimetria de informação entre usuários do sistema privado, planos de saúde e órgãos de saúde suplementar, ampliação dos custos administrativos pela necessidade de manejar dois grandes sistemas paralelamente, risco de incidentes epidemiológicos graves por conta da escassez de recursos e integração protagonizada pela saúde primária, e aumento da complexidade da jornada dos usuários ao navegar por diferentes sistemas.

Nesse contexto, a terceira e última parte deste diagnóstico tem como propósito avançar nessa discussão, evidenciando como esses riscos se desenvolvem na prática e de que forma podem impactar os resultados de saúde no país. Adicionalmente, a seção discute a judicialização da saúde no Brasil.

A Saúde Suplementar

Em 2021, 23% dos brasileiros estavam cobertos por planos privados de saúde. Esse foi o maior índice de cobertura desde o final de 2016, quebrando uma tendência de queda estabelecida desde 2015.¹⁸

Gráfico 18 - Um quarto da população brasileira contrata algum tipo de plano de saúde privado



Fonte: ANS e IBGE. Dados e Indicadores do Setor. Beneficiários por UF, região metropolitana e capital, 2021 - Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

Em termos de modalidade de contratação, a maior parte dos beneficiários de plano de saúde (81,3%) utiliza planos coletivos, em especial os de modalidade empresarial. Inclusive uma parcela significativa dos servidores públicos brasileiros são beneficiários de planos privados de saúde pagos por meio de co-participação dos governos (Tesser e Serrapioni, 2021).

Tabela 3 - A maioria dos beneficiários adere à planos coletivos empresariais

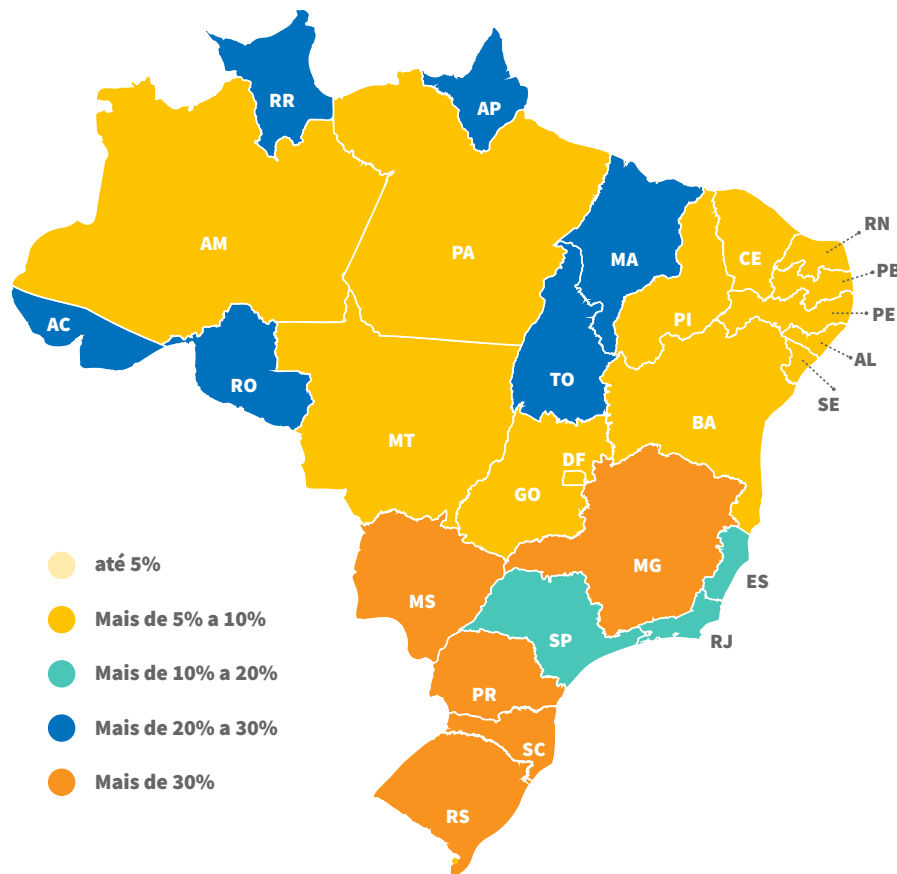
Modelo de adesão	Total	%
Individual ou Familiar	8.945.678	18,6%
Coletivo	39.128.706	81,3%
Coletivo Empresarial	32.848.168	68,2%
Coletivo por adesão	6.280.118	13,1%
Coletivo não identificado	420	-
Não Identificado	63.383	0,1%

Fonte: ANS. Sala de situação, 2021 - Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html.

¹⁸ Esse movimento de perda de beneficiários (2015-2020) provavelmente está relacionado com a redução de empregos formais, dado que a contratação de planos de saúde coletivos empresariais é diretamente influenciada pelo mercado de trabalho (Mendes, 2019; Serapioni e Tesser, 2019). O aumento de 2021 é atribuído à pandemia (IESS, 2021).

Os planos de saúde são principalmente orientados ao Centro-Sul. A distribuição de beneficiários por UF é bastante desigual, com a maior parte dos Estados tendo uma proporção de beneficiários de planos de saúde privados menor do que 20%. São sobrerrepresentadas no mercado dos planos de saúde privados as UF do Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e, em especial, São Paulo (36,27% de todos os beneficiários).

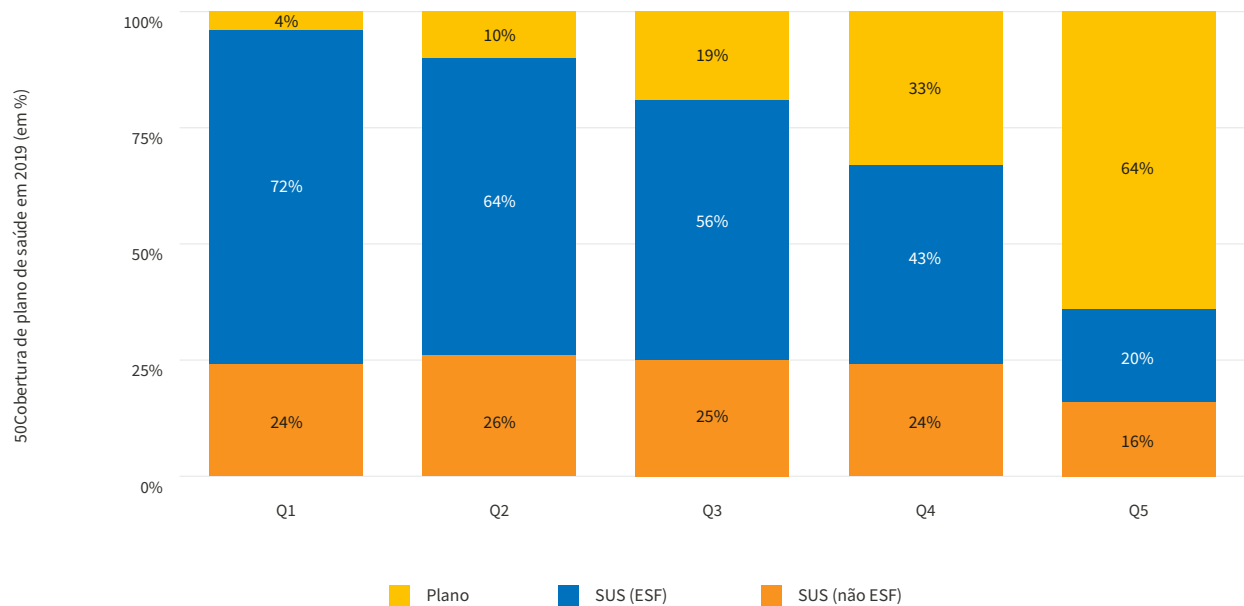
Figura 4 - Os planos de saúde são principalmente orientados ao centro-sul.
(Taxa de cobertura de planos de saúde privados por UF)



Fonte: ANS. Informações gerais. Dados Consolidados da Saúde Suplementar, 2021 - Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

Existe também uma relação direta entre renda e o acesso a planos privados de saúde. Pessoas com maior poder aquisitivo tendem a usar menos os equipamentos e serviços públicos de saúde, enquanto pessoas com menor poder aquisitivo dependem exclusivamente dos serviços públicos fornecidos pelo SUS. O Gráfico 19 mostra que a cobertura de atenção primária à saúde via Estratégia Saúde da Família ou demais arranjos (públicos) é de aproximadamente 96% para as pessoas que estão no quinto mais pobre da distribuição de renda e de 36% para o quinto mais rico da distribuição. Já a cobertura de serviços de APS fornecidos através de planos privados é de 4% no quinto mais baixo e 64% no quinto mais rico da distribuição.

Gráfico 19 - Há uma relação inversamente proporcional entre nível de renda e acesso aos planos

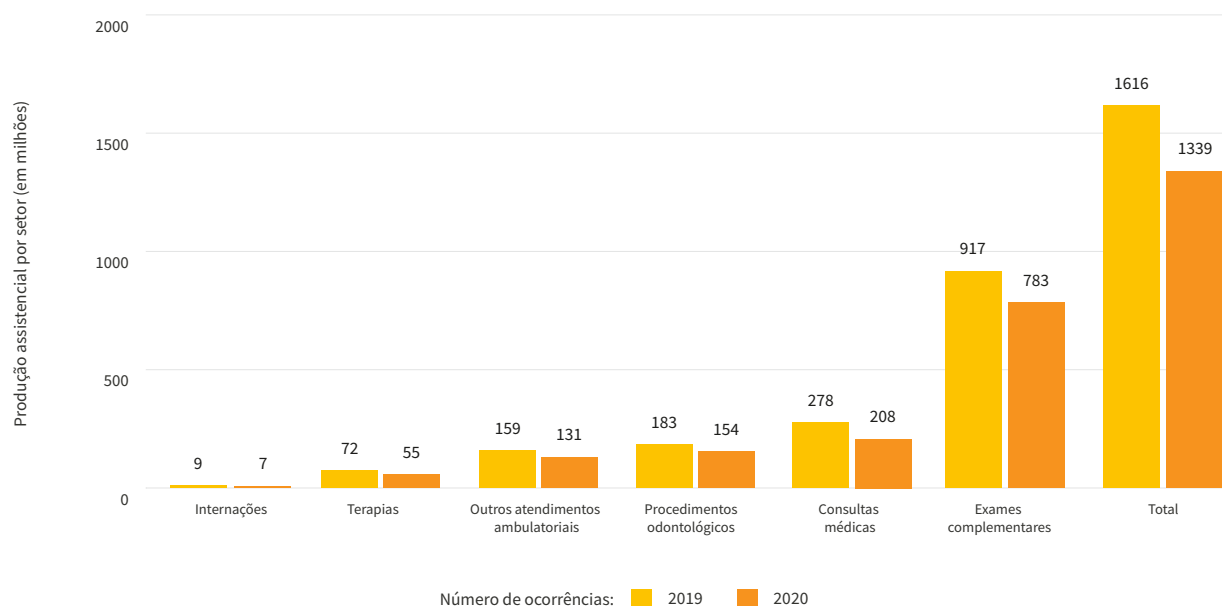


Fonte: PNS, 2019. Adaptado a partir de Macinko, 2018

Por fim, em termos de produção ambulatorial, o setor de planos de saúde privados realizou 1,3 bilhão de consultas, exames, terapias, cirurgias e procedimentos odontológicos em 2020, 17,2% a menos do que em 2019. A queda mais acentuada foi no número de consultas, com redução de 25%. Na avaliação da ANS, isso se deu pelo adiamento de procedimentos não urgentes devido à pandemia de covid-19 (ANS, 2021).

Por outro lado, no que diz respeito ao tipo de atendimento, os planos de saúde privados estão principalmente representados no atendimento ambulatorial e nos serviços de apoio ao diagnóstico e à terapia.

Gráfico 20 - Há uma redução generalizada de ocorrências na produção ambulatorial



Fonte: ANS. Planos de saúde realizaram 1,3 bilhão de procedimentos em 2020, 2021 - Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-realizaram-1-3-bilhao-de-procedimentos-em-2020>

Riscos de Interface

Dupla Cobertura, Estratificação de Mercado e Ressarcimento ao SUS

O mercado de saúde privado, e sua interface com o SUS, são permeados por falhas que impõem um complexo desafio de regulação ao setor público. Existe em sua constituição uma enorme assimetria de informação entre os pacientes, que desconhecem seus potenciais riscos, e os planos, que em alguma medida são capazes de mapear perfis de saúde mais lucrativos e adaptar a oferta de serviços para cada cliente.

O SUS, por sua vez, se insere nessa dinâmica com uma interface direta com o setor privado e é onerado na medida em que: i) os planos de saúde são capazes de selecionar apenas os consumidores com perfil mais lucrativo, de forma que pacientes com condições pré-existentes ou com maiores riscos não conseguem acessar o mercado privado, e dependem por padrão do sistema público (Rocha, 2021); e ii) as pessoas que possuem planos privados são capazes de mesclar os serviços públicos e privados em busca de melhores cuidados e menores custos, concretizando uma dupla cobertura (Peña Corrales, 2021).

Existe uma lacuna na literatura acadêmica a respeito da extensão e impacto da prática de estratificação de mercado e seleção de pacientes por parte dos planos de saúde no Brasil. No entanto, evidências de outros contextos indicam que hospitais privados redirecionam, para serviços públicos pacientes com condições mais complexas e que geram menor lucro (Yang et al. 2020), e que consultórios privados dão preferência a pacientes cujo atendimento é presumivelmente

mais rentável (Werbeck et al., 2021).

Como consequência, o efeito de redução de demanda sobre serviços do SUS, que poderia decorrer do desenvolvimento de um mercado privado, se limita aos serviços de menor custo/complexidade enquanto mantém-se no sistema público o ônus de procedimentos mais caros.

Nesse contexto, é relevante notar que os gastos do SUS em serviços cobertos por planos de saúde devem ser restituídos. Isto é, quando um paciente atendido no SUS tem cobertura privada para o serviço realizado, os gastos do procedimento devem ser ressarcidos ao Fundo Nacional da Saúde (FNS), que é o órgão gestor dos recursos financeiros do Ministério da Saúde, pela operadora de saúde (Brasil, 1998). Esse instrumento, regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi implantado para mitigar as distorções geradas pela dupla cobertura e equilibrar as contas do sistema público, evitando que as operadoras recebessem as mensalidades sem o custo de atendimento aos clientes.

Ainda assim, existem problemas. Primeiramente, o ressarcimento abrange apenas os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade e os procedimentos de internação hospitalar, enquanto a produção ambulatorial, ainda que de menor custo, não é acompanhada. Em segundo lugar, os ressarcimentos se destinam ao Fundo Nacional de Saúde mesmo quando os serviços prestados foram custeados com recursos próprios dos estados e municípios, como na maioria dos atendimentos do SUS. Assim, ainda que indiretamente eles se somem parcialmente em transferências futuras, o incentivo dos municípios em monitorar e cobrar o ressarcimento é muito baixo, uma vez que não obterão ressarcimento integral do dinheiro gasto. Por fim, a margem de não pagamento, seja por calotes ou disputas judiciais, ainda é expressiva (ANS, 2021) (Funcia, 2019).

Mais especificamente, os montantes de ressarcimento ao SUS somaram R\$ 11,6 bilhões nominais entre 2012 e 2019. Desde 2015, o índice de efetivo pagamento esteve em torno de 70%, alcançando 87% em 2018. Em 2020, foi atingido 63,2% de efetivo pagamento no ano, de acordo com a ANS, devido à suspensão de prazos administrativos (Funcia, 2019). A dívida acumulada em 2020 era de R\$ 6,43 bilhões, sendo R\$ 4,48 bilhões pagos ou parcelados. Dessa forma, a dívida não paga dos planos de saúde privados com o SUS soma hoje aproximadamente R\$ 2 bilhões.

Gráficos 21 e 22 - Uma parcela significativa dos ressarcimentos devidos não são pagas a cada ano e cresce a dívida acumulada segue uma tendência de crescimento acelerado.



Fonte: ANS. Painel Financeiro de Ressarcimento ao SUS, 2021 - Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiNDM5YWJjMTYtYT-QxYS00YmYxLWl0MWItNTcyN2NiMjlyNjJkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection&pageName=ReportSection25e55b57a7951b66ec03>

Não obstante, existem discussões sobre potenciais defasagens na precificação dos procedimentos¹⁹, e a recorrente judicialização das solicitações de pagamento (Fiuza et al., 2020). Dessa forma, apesar do ressarcimento mitigar uma pequena parte das distorções da dupla cobertura, os efeitos negativos sobre o sistema de saúde ainda persistem.

¹⁹ Os preços são definidos pela ANS, na tabela TUNEP.

Eficiência dos Modelos de Atenção

Para além da natureza jurídica e objetivos finais, os sistemas público e privado de saúde se diferenciam na forma que organizam seus serviços, fluxos de atendimento, sistemas de referência e estratégias assistenciais. De forma geral, tais diferenças decorrem dos interesses e incentivos a qual os sistemas estão submetidos e impactam diretamente a sua eficiência, os custos da produção ambulatorial, bem como os resultados em saúde.

No âmbito da gestão e estratégias assistenciais, o fortalecimento da APS é consistentemente apontado na literatura como um investimento mais efetivo em saúde (Massuda, 2020). Por esse motivo, existe um consenso crescente de que o sistema público deve se desenvolver por meio da expansão e qualificação desses serviços, com foco em sua capacidade de resolver problemas de saúde em seus estágios iniciais e na prevenção de doenças e agravos de saúde, atuando de forma contínua sobre um mesmo território e população.

Nessa organização, a APS se consolidaria como a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo capaz de resolver casos mais simples e direcionar somente os mais complexos aos níveis de atenção à saúde superiores (e de operação mais custosa). Além disso, poderia atuar preventivamente e com maior conhecimento sobre as tendências e perfis epidemiológicos de um território, diminuindo custos e melhorando a qualidade do atendimento (Massuda, 2020)²⁰.

Na prática, o SUS preconiza essa visão implementando uma série de políticas públicas que fortalecem o caráter resolutivo e territorial da atenção primária, a exemplo da bem sucedida Estratégia Saúde da Família (Bhalotra et al., 2019).

No entanto, historicamente existe no sistema de saúde suplementar resistência em romper a lógica de porta de entrada ambulatorial e especializada. Isto é, ele se organiza ainda hoje em um modelo fragmentado, no qual o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde é em nível especializado de atendimento e não há comunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, nem um lugar de coordenação assistencial, o que prejudica a eficiência do cuidado (Massuda, 2020). Somado a isso, a capacidade de realizar ações de promoção da saúde e de controle sanitário e epidemiológico que a APS desenvolve no território se reduz, podendo corroborar com a incidência de condições crônicas, além de aumentar o risco de surtos, epidemias e pandemias.

Em entrevistas realizadas pelo IEPS, alguns especialistas defendem que essa resistência é compartilhada por diversos atores, como os prestadores de serviços que receiam os efeitos financeiros de uma mudança de modelo, e, principalmente, os usuários dos planos que temem não poder mais optar por profissionais de confiança, gerenciar suas escolhas em saúde e que mecanismos de porta de entrada causem restrições ao acesso aos procedimentos mais caros. De toda

20 Uma visão mais detalhada sobre Atenção Primária à Saúde se encontra no 3º Volume da Coletânea Mais SUS em evidências- A Atenção Primária à Saúde

forma, essa é uma organização de mercado bastante consolidada no país, ainda que se observem iniciativas para mudança nos últimos anos, como alguns planos que adotaram a triagem com profissionais da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como primeira instância de cuidado (IESS, 2021) e a tendência mais recente de abertura de “start-ups” gestoras de saúde, orientadas a cuidados de atenção primária.

Um segundo risco à eficiência do sistema de saúde brasileiro diz respeito ao incentivo à superprodução de serviços de saúde privados que recai sobre os profissionais do sistema suplementar. No ano de 2020, por exemplo, a média dos valores das consultas ambulatoriais dos planos de saúde privados foi de R\$ 101,13, enquanto no setor público o custo foi de R\$ 5,72. No que tange às internações, o valor médio no plano privado foi de R\$ 10.259,65 e, no SUS, de R\$ 1.533,22.²¹

Tabela 4 -O custo de internações e consultas ambulatoriais nos planos privados de saúde é muito superior ao do SUS (2020)

Sistema	Internações	Custo total (R\$ Mi)	Custo por internação (R\$)	Consultas ambulatoriais	Custo total (R\$ Mi)	Custo por consulta (R\$)
Suplementar	7.367.872	75.591,77	10.259,64	295.675.649	29.902,39	101,13
SUS ^b	10.685.585	16.383,34	15.33,22	3.153.127.372	18.048,60	5,72

Fonte: Dados oriundos da planilha “Dados assistenciais do setor por semestre do ano de 2020”, disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Para as internações, foram utilizados os valores de “Internações” (colunas BO e EA). Para atendimento ambulatorial, foram utilizados os valores de “Consultas Médicas Ambulatoriais” e “Outros atendimentos ambulatoriais” (colunas E, AF, DV e DX). b Dados oriundos do TABNET - Assistência à saúde. Para as Internações, foi consultada a Produção Hospitalar (SIH/SUS) > Dados Consolidados AIH (RD), por local de internação, a partir de 2008, com filtro ao ano de 2020 por AIH Aprovadas e Valor Total. Para Consulta ambulatorial, foi consultada a Produção Ambulatorial (SIA/SUS) > Por local de atendimento - a partir de 2008, com filtro ao ano de 2020 por Quantidade Aprovada e Valor Aprovado.

²¹ A diferença no custo por consulta/internação não decorre unicamente de um aumento de produção ambulatorial e hospitalar, mas também das diferenças de precificação e complexidade dos procedimentos/internações públicos e privados. Ainda assim, os valores são significativamente discrepantes.

Judicialização da Saúde

Em 2019, foram desembolsados R\$ 796.306.242,40 para a aquisição de medicamentos ou outros insumos para a saúde por atendimento de decisões judiciais, que em geral envolvem produtos raros e indisponíveis no mercado nacional, não raro sem registro perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Brasil, 2019; Wang et al., 2020; Machado, 2021).

O STF adota uma postura que obstrui uma possível solução menos onerosa para o problema da judicialização, no que se refere aos medicamentos sem registro na ANVISA. Há evidências de que restringir as hipóteses de concessão de medicamentos com base em critérios claros, racionais e específicos, é contribuir para a solução da judicialização da saúde (Wang et al., 2020; Machado, 2021).

O critério mais utilizado para o deferimento judicial tende a ser a prescrição médica, não considerando as evidências científicas disponíveis que poderiam subsidiar esta decisão. Além disso, medicamentos foram habitualmente demandados pelo nome comercial em detrimento da denominação do princípio ativo (Brasil, 2020).

A alta demanda gerada por meio das prescrições - e a consequente judicialização das tecnologias em saúde - pode revelar uma estratégia de grupos econômicos relacionados com a produção de tecnologias em saúde, para promover pressão para a incorporação de novas tecnologias (Brasil, 2020).

Além do mais, essa é uma dinâmica que fere o princípio da equidade no SUS, uma vez que aloca em poucos indivíduos recursos e tecnologias que não são oferecidas pelo sistema, privilegiando algumas pessoas em detrimento de outras (Brasil, 2020). De forma mais preocupante, isso se insere em um contexto onde existem uma série de desigualdades no acesso à justiça do país. Pessoas com acesso à informação, à renda e a profissionais qualificados possuem maiores oportunidades para efetivar processos e serem mais bem sucedidos, fazendo da judicialização um instrumento de reprodução de desigualdades na saúde.

Em suma, apesar dos avanços, ainda existem inúmeros desafios encontrados no fortalecimento da relação público e privado no que tange ao setor de saúde. Seja através de mecanismos regulatórios mais eficientes, seja via preceitos jurídicos que garantam os princípios de equidade do SUS, há uma necessidade de interlocução mais coordenada intra-setores, uma vez que não devem ser vistos como estanques mas sim cada vez mais interligados, de modo a aproveitar as vantagens proporcionadas por cada um dos modelos.

Referências

1. ANS. (2021). Planos de saúde realizaram 1,3 bilhão de procedimentos em 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-realizaram-1-3-bilhao-de-procedimentos-em-2020>
2. Barreto M. L., Teixeira M.G., Bastos F.I., Ximenes R. A. A. , Barata R. B., Rodrigues L.C., (2011) Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet* , 377: 1877–89.
3. Bigoni, A., Malik, A. M., Tasca, R., Carrera, M. B. M., Schiesari, L. M. C., Gambardella, D. D., & Massuda, A. (2022). Brazil's health system functionality amidst of the covid-19 pandemic: An analysis of resilience. *The Lancet Regional Health-Americas*, 10, 100222.
4. Boing A.F., Vicenzi R.B, Magajewski, F., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., Lindner, S. R., Peres, M. A. (2012) Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998–2009. *Rev Saude Publica*; 46: 359–66.
5. Brandão, C. M. R., Júnior, A. A. G., Cherchiglia, M. L., Andrade, E. L. G., Almeida, A. M., Da Silva, G. D., Queiroz, O. V., Especialista, D. R. F., Acurcio, F. de A. Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com Medicamentos de Alto Custo: Uma Análise Centrada no Paciente, 2011 - Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014446>
6. Brasil, Ministério da Saúde. (2020) Síntese de evidências para políticas de saúde: judicialização da saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 46 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45512>
7. Brasil, Ministério da Saúde. (2019) Relatório de Gestão. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf
8. Brasil, Ministério da Saúde. (2020) Síntese de evidências para políticas de saúde - Judicialização da Saúde. Disponível em: https://www.veredas.org/wp-content/uploads/2021/05/63e-aa2_d7751d8eaad44b0b84ee7074ce0d3a34.pdf
9. Brustolin, A., Machado, E. D., Calderon-Valencia, F. (2021) Calderon-Valencia. A judicialização de medicamentos sem registro na ANVISA e o posicionamento do Supremo Tribunal Federal para a solução da problemática. Disponível em: <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/2298>
10. Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-filho, N. A., Andrade, M. V., Noronha, K. V. M. de S., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., Atun, R. (2019) Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future, Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)
11. CGU. (2019) RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO - Secretaria Executiva - Ministério da Saúde - Exercício 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2019/06/cgu-avalia-controles-do-ministerio-da-saude-e-sus-nas-transferencias-fundo-a-fundo>
12. Christianson, L., Leatherman, S., Sutherland, K. (2009) Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: A review of the evidence. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/financial-incentives-healthcare-providers-and-quality-improvements>

13. CONASEMS. (2020) Financiamento da APS: Saiba como será calculado o pagamento por desempenho. Disponível em: <http://conasems.org.br/ministerio-da-saude-disponibiliza-painel-de-monitoramento-de-indicadores>
14. De Souza, L. E. P. F. (2017) The right to health in Brazil: a constitutional guarantee threatened by fiscal austerity. *J Public Health Policy*; 38: 493–502
15. Estadão. (2020) Qual é o gasto diário de saúde do Brasil por habitante? Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/qual-e-o-gasto-diarario-de-saude-do-brasil-por-habitante/>
16. Faria, M., Nobre, V., Tasca, R. e A. Aguillar. (2021). A Proposta de Orçamento para Saúde em 2022. Nota Técnica n.23. IEPS: São Paulo.
17. FNS. (2021) Painéis de Informações do Fundo Nacional de Saúde - Repasses Fundo a Fundo. Disponível em: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html
18. Funcia, F. R. (2019). Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGxtgLfFMj/?lang=pt#>
19. Hone, T., Mirelman, A. J., Rasella, D., Paes-sousa, R., Barreto, M. L., Rocha, R., Millet, C. (2019) Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X19304097>
20. Hone, T., Rasella, D., Barreto, M., Atun, R., Majeed, A., Millett, C. (2017) Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. *Health Aff (Millwood)*; 36: 149–58.
21. IBGE. (2018) Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf
22. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2021). Pesquisa Quantitativa – Beneficiários e Não beneficiários. Disponível em: <https://www.iess.org.br/taxonomy/term/1386>
23. Landim, E. L. A. S. (2018) Redes de atenção à saúde no contexto da regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no Estado da Bahia. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/conass/resource/pt/biblio-1140435>
24. Lissner, C. L., Ali, M. (2016) Systematic reviews of mechanisms for financing family planning: Findings, implications, and future agenda. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sifp.12008>
25. Macinko, J. A. (2018) Indicadores de saúde no Brasil e no mundo. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/04/Mesa-1-James-Macinko.pdf>
26. Macinko, J., Mendonça, C. S. (2018) Estratégia da Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate* 42 (spe1) Set. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/pt>
27. Massuda, A., Hone, T., Leles F. A. G., Castro, M. C., Atun, R. (2018) The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*; 3: e000829.

28. Massuda, A. (2020) Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJ-T56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>
29. Marden, C., Cidrão, T. V. (2018) A regulação da saúde suplementar no Brasil: perspectivas e ameaças. Revista Brasileira de Políticas Públicas. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5642>
30. Mathes, T., Pieper, D., Morche, J., Polus, S., Jaschinski, T., Eikermann, M. (2019) Pay for performance for hospitals. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31276606/>
31. Mendes, E. V.. 'SUS é a maior política de inclusão social na saúde', 2014 - Disponível em: <https://www.conass.org.br/eugenio-vilaca-mendes-sus-e-a-maior-politica-de-inclusao-social-na-saude/>
32. Menezes, A. P. do R., Boretti, B., Dos Reis, A. A. C. (2020) O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/>
33. Ministério da Economia. (2019) Deduções do imposto de renda de pessoa física (IRPF) de despesas médicas. 9. ed. Brasília: Secap. (Boletim Mensal sobre os Subsídios da União). Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/publicacoes/subsidios-da-uniao/boletim/09-boletim-mensal-sobre-os-subsidios-da-uniao-deducoes-do-imposto-de-renda-pessoa-fisica-de-despesas-medicas/@@download/file/09-bolsubsidios_9_v2.pdf
34. Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., Baptista, T. W. de F. (2020) Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxk-cx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>
35. Ocké-Reis, C. O. (2018) “Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde,” Ciência; Saúde Coletiva. FapUNIFESP (SciELO). doi: 10.1590/1413-81232018236.05992018.
36. Ocké-Reis, C. O. (2021) : Avaliação do gasto tributário em saúde: O caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), Texto para Discussão, No. 2712, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/td2712>
37. OECD. (202) Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. Disponível em: <https://www.oecd.org/brazil/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020-6089164f-en.htm>
38. OMS. (2018) Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-18.3>
39. Piola, S. F., de Sá e Benevides, R. P., Vieira, F. S. (2018) Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017 (IPEA). Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf
40. Rache, B., Aguillar, A., Rocha, R., Cabrera, P., Tao, L. e L.F.M. Rezende. (2022). Doenças Crônicas e Seus Fatores de Risco e Proteção: Tendências Recentes no Vigitel. Nota Técnica n.25. IEPS: São Paulo.

41. Rache, B., Nunes, L., Freitas, R., Aguillar, A., Bigoni, A., Tasca, R., Malik, A.M., Cupertino, F., Frutuoso, J. e A. Massuda. (2021). Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além. Nota Técnica n.22. IEPS: São Paulo.
42. Rasella, D., Harhay, M.O., Pamponet, M.L., Aquino, R., Barreto, M.L. (2014) Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*; 349: g4014.
43. RFB. (2019) Demonstrativo dos Gastos Tributários - PLOA 2019. Disponível em: <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/dgt-ploa-2019.pdf>
44. Rocha, R., Furtado, I., Spinola, P. (2019) Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Necessidades de Financiamento e Projeção de Gastos. Estudo Institucional N° 1. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/estudo-institucional-01/>
45. Rocha, R., Szklo, M. (2021) Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018. Disponível em: https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=A2huI40AAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation_for_view=A2huI40AAAAJ:35r-97b3x0nAC
46. Santos, I. S., dos Santos, M. A. B., Borges, D. da C. L. (2013) Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>
47. Serrapioni, M., Tesser, C.D. (2019) O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/44-57/>
48. Suthar, A. B., Nagata, J. M., Nsanzimana, S., Barnighausen, T., Negussie, E. K., Doherty, M. C. (2017) Performance-based financing for improving HIV/AIDS service delivery: A systema-

Anexo 1: Relação de Subsídios em Saúde e suas Bases Normativas

Subsídio	Descrição	Base legal
Despesas Médicas	Dedução da base de cálculo do IRPF das despesas com médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, hospitais, e com exames laboratoriais e serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias.	Lei nº 9.250/95, art. 8º, II, a
Medicamentos	Crédito presumido de PIS/COFINS para as pessoas jurídicas que procedam à industrialização ou à importação de medicamentos.	Lei nº 10.147/00
Entidades Filantrópicas	Isenção da Contribuição Previdenciária Patronal para entidades beneficentes	Constituição Federal do Brasil 1988, art. 195, § 7º; Lei nº 12.101/09; Decreto nº 8.242/14.
Assistência Médica, Odontológica e Farmacêutica a Empregados	Dedução, como despesa operacional, dos gastos realizados pelas empresas com serviços de assistência médica, odontológica, farmacêutica e social, destinados indistintamente a todos os seus empregados e dirigentes.	Lei nº 9.249/95, art. 13, V.
Entidade Sem Fins Lucrativos – Assistência Social e Saúde	Imunidade do Imposto de Renda, da CSLL, da COFINS da Contribuição Previdenciária Patronal para as entidades beneficentes de assistência social, sem fins lucrativos, que atendam às exigências estabelecidas em lei.	Constituição Federal do Brasil 1988, art. 150, VI, c e art. 195, § 7º; Lei nº 9.532/97, arts. 12 e 15; MP nº 2.158-35/01, art. 14, X; Lei nº 12.101/09; Decreto nº 8.242/14.
Produtos Químicos e Farmacêutico	Redução a zero das alíquotas do PIS/Cofins na importação e venda no mercado interno	Lei nº 10.637/02, art. 2º, § 3º; Lei nº 10.833/03, art. 2º, § 3º; Lei nº 10.865/04, art. 8º, § 11; Decreto nº 6.426/08.
Água Mineral	Redução a zero das alíquotas de PIS/COFINS sobre a receita de venda de águas minerais	Lei nº 12.715/12, art. 76.
Pronon - Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica	Dedução do imposto de renda devido, das doações e dos patrocínios efetuados em prol de ações e serviços de atenção oncológica,	Lei nº 12.715/12, arts. 1º a 14; Lei nº 13.169/15, art. 10.
Pronas/PCD - Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência	Dedução do imposto de renda devido, das doações e dos patrocínios efetuados em prol de ações e serviços de reabilitação da pessoa com deficiência	Lei nº 12.715/12, arts. 3º e 4º; Lei nº 9250/85, art. 12, VIII; Lei nº 13.169/15, art. 10.
Equipamentos para uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial	Redução a zero das alíquotas do PIS/COFINS incidentes sobre a receita decorrente da venda de equipamentos ou materiais destinados a uso médico, hospitalar, clínico ou laboratorial,	Lei nº 13.043/14, art. 70.



agenda
mais **SUS**

Evidências e Caminhos
para Fortalecer a Saúde
Pública no Brasil

agendamais.org.br