

Sistema de Saúde no Brasil:
organização e financiamento

Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)
Ministério da Saúde (MS)
Organização Pan-Americana da
Saúde/Organização Mundial da Saúde
(OPAS/OMS) no Brasil

Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento

Organizadores:

Rosa Maria Marques
Sérgio Francisco Piola
Alejandra Carrillo Roa

Rio de Janeiro (RJ)
2016

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

©1ª edição 2016 – versão impressa
Tiragem: 1000 exemplares

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

Ministério da Saúde (MS)

Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Anexo B - Sala 475
CEP: 70058-900 – Brasília, DF
Tel.: (61) 3315-3205

Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7º andar
CEP: 21041-20 - Manguinhos - Rio de Janeiro (RJ)
Site: www.abresbrasil.org.br
E-mail: contato@abresbrasil.org.br

Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil

Setor de Embaixadas Norte, lote 19
CEP: 70800-400 – Brasília, DF – Brasil.
E-mail: comunicacaoopasbrasil@paho.org
Site: www.paho.org/bra

CRÉDITOS DA EQUIPE TÉCNICA:

Normalização:

Eugenia Magna Broseguini Keys /Respons. Técnica (CRB-6/MG 408-ES)
Lucileide A. de Lima do Nascimento (CRB-6/MG 309-ES)

Design Gráfico, diagramação e capa:

Pedro Lísias Moraes e Silva

Catálogo na Publicação

Eugenia Magna Broseguini Keys (CRB-6/MG 408-ES)
Lucileide Andrade de Lima do Nascimento (CRB-6/MG 309-ES)

SI623

Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento / Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, Alejandra Carrillo Roa (Organizadores). – Rio de Janeiro : ABrES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p. : il.

ISBN: 978-85-7967-115-9 (broch.).

1. Economia da saúde. 2. Saúde pública – Avaliação. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Financiamento da saúde. I. Marques, Rosa Maria. II. Piola, Sérgio. III. Carrillo Roa, Alejandra. IV. Associação Brasileira de Economia da Saúde. V. Brasil. Ministério da Saúde. VI. Organização Pan-Americana da Saúde. VII. Organização Mundial da Saúde.

CDU 33:614.39

Títulos para indexação:

Em língua inglesa: *Health system in Brazil: organization and financing*

Em língua espanhola: *Sistema de salud en Brasil: organización y financiación*

SUMÁRIO

| | |
|---------------------|----------|
| APRESENTAÇÃO | 5 |
|---------------------|----------|

PARTE I A SAÚDE NO MUNDO E NA AMÉRICA DO SUL

| | |
|---|-----------|
| 1 O direito à saúde no mundo | 11 |
| Rosa Maria Marques | |
| 2 Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas | 37 |
| Alejandra Carrillo Roa | |
| Gerardo Alfaro Cantón | |
| Mariana Ribeiro Jansen Ferreira | |
| 3 Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul | 75 |
| Alejandra Carrillo Roa | |

PARTE II FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

| | |
|--|------------|
| 4 O financiamento dos serviços de saúde no Brasil | 101 |
| Sérgio Francisco Piola | |
| Maria Elizabeth Diniz Barros | |
| 5 O SUS e seu financiamento | 139 |
| Áquilas Mendes | |
| Francisco Rózsa Funcia | |
| 6 Transferências federais no financiamento da descentralização | 169 |
| René José Moreira dos Santos | |
| Viviane Rocha de Luiz | |
| 7 A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços | 205 |
| Maria Angélica Borges dos Santos | |
| Luciana Mendes Santos Servo | |
| 8 O financiamento do SUS numa perspectiva futura | 247 |
| Rosa Maria Marques | |
| Sérgio Francisco Piola | |
| Carlos Octávio Ocké-Reis | |

4

O financiamento dos serviços de saúde no Brasil

Maria Elizabeth Diniz BARROS¹
Sérgio Francisco PIOLA²

Introdução

O sistema de saúde brasileiro foi, até 1988, marcado pela exclusão da grande massa da população que não estava inserida no mercado formal de trabalho. Essa parcela excluída, durante muito tempo, só tinha acesso a cuidados de saúde por meio de pagamentos diretos aos prestadores ou por meio de ações filantrópicas. O sistema público, incipiente, atuava em alguns estados e só começou a oferecer serviços básicos mais amplos a partir de meados da década de setenta. A Constituição Federal de 1988 (CF88) inaugura uma nova fase, ao reconhecer o direito universal à saúde e instituir a obrigação do Estado em prover ações e serviços de saúde de acesso universal. Não obstante essa diretriz, foi assegurada pelo mesmo texto constitucional a possibilidade de coexistência de atividades privadas nessa área.

Neste capítulo, serão inicialmente apresentadas as características gerais do sistema de saúde do Brasil pós CF88, focalizando os subsistemas público e privado (seção 1). O sistema público universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), é descentralizado e opera sob responsabilidade das três esferas de governo, que compartilham também o financiamento de sua operação. O subsistema privado congrega dois segmentos – o de pré-pagamento (também denominado supletivo) e o de desembolso direto. O subsis-

¹ Socióloga, Especialista em Políticas Públicas, Pesquisadora aposentada do IPEA.

² Médico, Especialista em Saúde Pública, Pesquisador aposentado do IPEA.

tema privado de saúde, em seu segmento denominado *supletivo*, experimentou grande expansão e forte processo de concentração ao longo dos últimos anos. Serão a seguir apresentadas, na seção 2, as características gerais do financiamento do SUS, que enfrenta desde o início de sua implantação severos problemas de subfinanciamento. A seção 3 focaliza características do financiamento e gasto privado em saúde bem como a disputa desse segmento por recursos públicos por meio de mecanismos de renúncia fiscal, destacando que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público. A seção 4 tece considerações finais sobre esse quadro, apontando alguns dos desafios enfrentados pelo sistema público universal.

1 Características gerais do sistema de saúde do Brasil

A Constituição Federal de 1988 (CF88) determinou que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Apesar dessa determinação e da criação do SUS, o espaço para outras modalidades de organização dos serviços foi mantido. Criou-se um sistema de acesso universal, baseado no financiamento público, mas foi mantida a liberdade de organização da iniciativa privada e não foram desativados os serviços para servidores públicos, do executivo, legislativo e judiciário, que são custeados, em boa parte, com recursos públicos.

Como consequência, o Sistema de Saúde Brasileiro, sob a ótica da origem dos recursos, é constituído por dois subsistemas: o público e o privado. O subsistema público é formado por dois segmentos: (i) um de acesso universalizado (todos os cidadãos têm direito), financiado por recursos

públicos e gratuito (*free of charge*) que é denominado Sistema Único de Saúde (SUS); e, (ii) outro, de acesso restrito a servidores públicos (civis e militares). O subsistema privado, por sua vez, também é formado por dois segmentos: (i) um segmento de planos e seguros de saúde, de afiliação voluntária, não compulsória, financiado majoritariamente com recursos de empregadores e empregados (contratos empresariais coletivos) ou exclusivamente pelos indivíduos ou famílias; (ii) outro de acesso direto por meio de pagamento no ato da prestação dos serviços assistenciais (*out of pocket*). É importante salientar, no entanto, que a cobertura por plano ou seguro privado de saúde ou por serviços destinados aos servidores públicos, não tira o direito, de quem tem essas opções, de ser também atendido pelo SUS.

Para 72% da população, o acesso a serviços médico hospitalares é assegurado exclusivamente pelo sistema público (IBGE, 2015), o SUS, e parte importante da população coberta pelo sistema supletivo ou que realiza desembolso direto também utiliza a rede pública para ações de saúde pública³, para procedimentos mais complexos e de maior custo⁴ e em situações de urgência ou emergência (Quadro 1).

O sistema público universal, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), é descentralizado e opera sob responsabilidade das três esferas de governo, que compartilham também o financiamento de sua operação. O SUS tem direção única em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal), exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde (MS), pelas 27 Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e por mais de 5.570 Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

A definição de responsabilidades de cada nível de governo em relação ao SUS está estabelecida na legislação infraconstitucional e sua

³ Programas de imunização, por exemplo.

⁴ Transplantes, medicamentos para câncer e doenças raras, por exemplo.

efetivação vem sendo construída, desde sua criação em 1988, de forma gradual. O nível municipal é o principal responsável pela provisão das ações e serviços de saúde, especialmente pela atenção básica de saúde. O nível estadual é responsável pela organização de redes regionais resolutivas, em seu âmbito, pela cooperação técnica e financeira aos municípios e também atua, em caráter complementar, na provisão de serviços, principalmente no tocante a serviços de média e alta complexidade.

Quadro 1- Brasil: Organização esquemática do sistema de saúde

| Subsistema | Público | | Privado | |
|---|---|--|--|--|
| | Universal | Restrito | Pré-pagamento | Desembolso direto |
| Segmento | Público: União, Estado e Municípios | Auto gestão/ Organizações públicas | Planos e Seguros de Saúde (Supletivo) | Privado autônomo |
| Percentual da população (uso mais frequente) | 154,1 milhões (75,4%) | | 24,6% (49,7 milhões de beneficiários) | ... |
| Percentual do gasto total (WHO/WHS,2015) | 47,50% | ... | 22,20% | 30,30% |
| Acesso | Universal | Clientela Cativa (vinculo institucional) | Pré-pagamento ou cobertura por seguro | Desembolso direto |
| Financiamento | Imposto e Contribuições Sociais | Empregadores Públicos (em grande parte, com recursos originários de Impostos e Contribuições Sociais) | Empregadores ou Desembolso direto | Renda pessoal (ou filantropia) |
| Rede de serviços utilizada | Própria (pública União,Estdos e Municípios, filantrópica ou privada | Própria, filantrópica ou privada | Privada ou filantrópica | Privada ou filantrópica |
| Cobertura prevista | Integral (ações de saúde pública, promoção da saúde; atenção básica, assistência ambulatorial especializada e hospitalar; assistência odontológica; procedimentos diagnose e terapia, assistência farmacêutica) | Variável (em geral assistência médica e hospitalar (alguns incluem assistência odontológica); procedimentos de diagnose e terapia) | Variável (em geral assistência médica e hospitalar (alguns incluem e outros se destinam exclusivamente a assistência odontológica); procedimentos de diagnose e terapia) | Variável (em geral assistência médica e hospitalar; assistência odontológica procedimentos diagnose e terapia; medicamentos) |

Fonte: Piola; Barros (2005).

O nível federal, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), coordena, em âmbito nacional o SUS e tem sob seu encargo, além da formulação da política nacional de saúde e da cooperação técnica aos níveis subnacionais em sua implementação, a regulação do sistema público e das atividades privadas em saúde; o registro e controle da qualidade de medicamentos e da qualidade sanitária dos produtos, procedimentos e substâncias de interesse para a saúde; a vigilância sanitária aeroportuária; a formulação e condução da política nacional de produção de insumos e equipamentos e da política nacional de sangue e hemoderivados, bem como a coordenação nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, de informação, controle, auditoria e avaliação do sistema de saúde. A regulação da atividade privada em saúde é primordialmente atribuição do SUS e é desenvolvida através de autarquias públicas – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A participação social é assegurada em foros institucionais. Os Conselhos de Saúde - Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde - são compostos de forma paritária por representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços (50%) e dos usuários (50%).

Os conselhos são vinculados institucionalmente aos órgãos executivos de cada esfera de governo e têm a atribuição de aprovar as políticas e diretrizes destinadas a assegurar a oferta de ações e serviços de saúde⁵. A ação dos Conselhos é orientada

⁵ Existem conselhos de saúde em funcionamento no âmbito federal, dos 26 estados e Distrito Federal e em mais de 5.500 municípios.

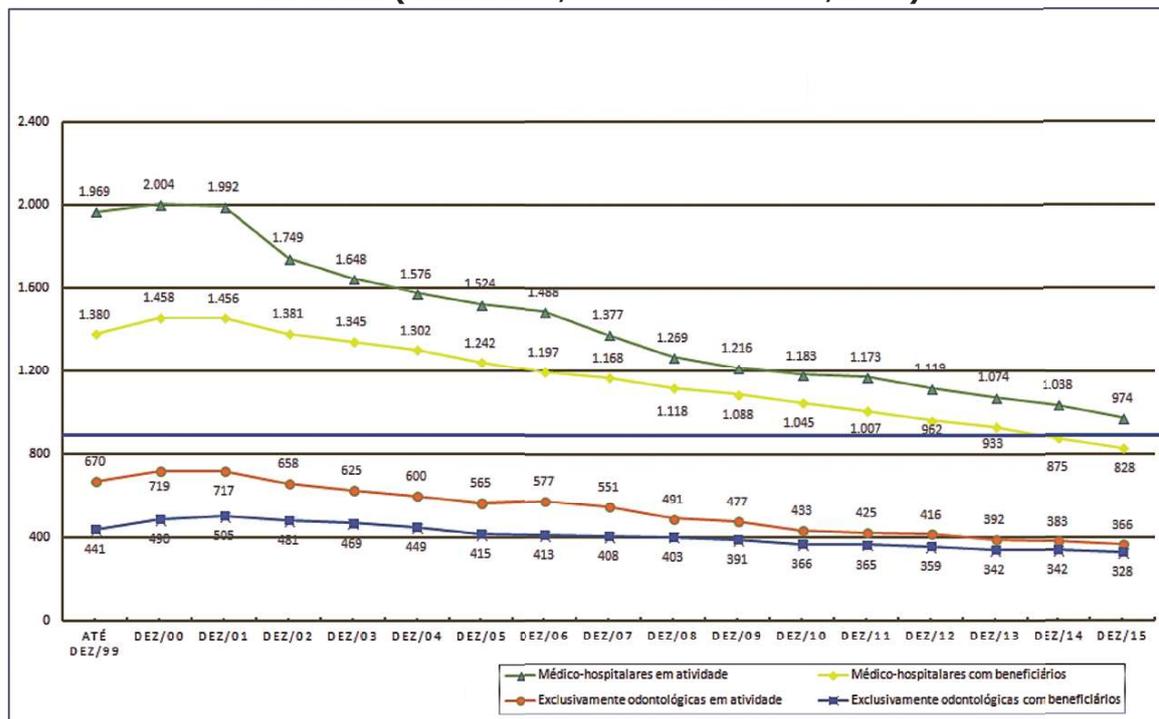
por recomendações de Conferências de Saúde, realizadas nas três esferas de governo e convocadas, a cada quatro anos, pelo Poder Executivo para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, com ampla participação dos segmentos sociais interessados na política de saúde.

O sistema público pode estabelecer parcerias com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) figura jurídica-privada, sem fins lucrativos criada pela Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, no fomento e execução de atividades de interesse público, desde que seus objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos instituídos pela referida lei ou ainda por meio de contratos de gestão com Organizações Sociais (OS).

A contratação de serviços ao setor privado e o pagamento aos prestadores vinculados ao SUS é responsabilidade dos Estados e Municípios. A legislação que regulamenta o sistema estabelece que na contratação de prestadores privados pelo sistema público deve ser dada prioridade às instituições filantrópicas sem fins lucrativos.

O subsistema privado de saúde, em seu segmento denominado *supletivo*, experimentou grande expansão e forte processo de concentração ao longo dos últimos quinze anos (Gráfico1). A década de noventa se encerrou contabilizando 1.969 operadoras médico-hospitalares com registro ativo (das quais 1.380 com beneficiários) e terminou 2015 com 974 operadoras com registro ativo (828 com beneficiários).

Gráfico 1 - Evolução do registro de operadoras no Brasil (dezembro/1999 - dezembro/2015)



Fonte: ANS (2016a ; 2016b).

No mesmo período, o número de beneficiários⁶ saltou de 16,7 milhões em 2000 para 49,7 milhões em dezembro de 2015 (cerca de 24,3% da população), majoritariamente população residente em centros urbanos das regiões Sudeste e Sul, dos quais 79,9% correspondiam a vínculos a planos coletivos⁷.

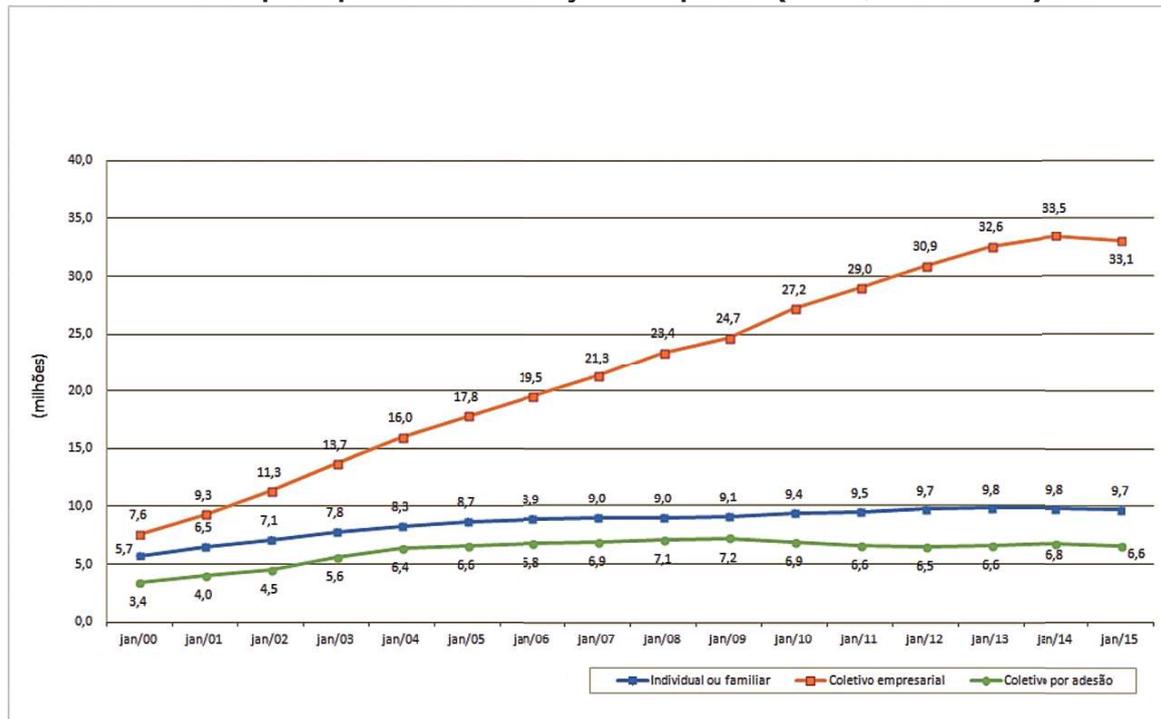
Os vínculos a planos coletivos empresariais e, portanto, decorrentes de emprego no mercado formal de trabalho, representavam 83% dessa cobertura por planos coletivos (66,6% do total de vínculos). Em setembro de 2014 a cobertura estimada pela ANS alcançou 26% da população, indicando quanto a crise econômica atual e a expansão da

⁶ O termo *beneficiário* refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir mais de um para um mesmo indivíduo.

⁷ A vinculação a um contrato coletivo implica a necessidade de vínculo associativo, de classe ou empregatício (Resolução Normativa nº 195/2009). Os planos coletivos podem ser coletivos empresariais (vínculo empregatício) ou coletivos por adesão. Para a opção por um plano coletivo por adesão, o cidadão deverá, necessariamente, estar vinculado à pessoa jurídica contratante, seja ela uma associação, sindicato ou entidade de classe.

taxa de desocupação, que saltou de 7,4% no início de 2015 para 10,2% no início de 2016⁸, repercutiu sobre esse segmento. Os vínculos diretos, individuais ou familiares caíram de 7,2 milhões em dezembro de 2009 para 6,6 milhões em dezembro de 2015 (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Beneficiários de planos de assistência médica por tipo de contratação do plano (Brasil, 2000-2015)



Fonte: ANS (2016b). Nota: Os tipos de contratação classificados como *Coletivo não identificado* e *Não informado* foram omitidos do gráfico.

Na região Sudeste estão presentes 61% das operadoras e 62% dos beneficiários. Na região são também encontradas as maiores taxas de cobertura: 44% em São Paulo e 36,5% no Rio de Janeiro e foi também a que mais intensamente foi atingida pela redução da cobertura: em dezembro de 2014 a taxa de cobertura estimada pela ANS alcançou 38,7% e em dezembro de 2015 caiu para 37,7%. A região Norte apresenta a menor taxa de cobertura: 11,3% (Tabela 1).

⁸ Dados disponibilizados pelo IBGE, oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua, referência abril de 2016 (IBGE, 2016).

Tabela 1 - Brasil: Taxa de Cobertura de Planos de Saúde, por região Período: Dez./2009, Dez./2010, Dez./2011, Dez./2012, Dez./2013, Dez./2014, Dez./2015

| Região/UF | % da população | | | | | |
|---------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Dez./2009 | Dez./2010 | Dez./2012 | Dez./2013 | Dez./2014 | Dez./2015 |
| TOTAL | 22,2 | 23,6 | 24,6 | 25,5 | 26 | 25,6 |
| Norte | 9,2 | 9,9 | 10,9 | 11,3 | 11,7 | 11,3 |
| Nordeste | 10 | 10,8 | 11,7 | 12,1 | 12,6 | 12,6 |
| Sudeste | 34,2 | 35,9 | 37,1 | 38,3 | 38,7 | 37,7 |
| Sul | 22 | 23,8 | 24,2 | 24,9 | 25,6 | 25,7 |
| Centro-Oeste | 14,9 | 15,8 | 18,5 | 19,8 | 21,5 | 22,1 |

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2015 por ANS (2016b).

A forte expansão do segmento reforçou uma característica do sistema de saúde no Brasil: a duplicidade de cobertura, beneficiando especialmente os estratos populacionais de maior renda. Para essa parcela coberta pelo sistema supletivo, muitas das ações de saúde são asseguradas pelo sistema público. Algumas exclusivamente, como as de vigilância sanitária e o fornecimento de medicamentos para doenças raras; outras, primordialmente, como as de vacinação, o atendimento a emergências e os transplantes; e, outras, como muitos procedimentos e ações de assistência médico-hospitalar, complementarmente, como consequência da oferta insuficiente ou de estratégias de microrregulação das operadoras que dificultam o acesso.

Ademais, existe um compartilhamento de recursos físicos e humanos entre o sistema público (SUS) e o privado, uma vez que os prestadores privados podem, simultaneamente, atender pacientes oriundos dos diferentes segmentos, da mesma forma que os profissionais do setor público não têm vínculos empregatícios com dedicação exclusiva, podendo, desde que haja compatibilidade de horários, manter simultaneamente vínculo com o setor privado ou atuar de forma autônoma. Visto de outro modo, pode-se dizer, que provedores privados (médicos, clínicas e hospitais) podem vender ao mesmo tempo seus serviços para o sistema público

de saúde, aos planos e seguros privados de saúde, diretamente às famílias e diretamente a empresas industriais e comerciais⁹. Em muitas regiões, a insuficiência da oferta/disponibilidade de recursos agrava esse quadro, promovendo grandes desigualdades no acesso a ações e serviços de saúde. No caso da prestação de serviços hospitalares, essa situação, principalmente em função do pagamento diferenciado¹⁰, acaba gerando discriminação aos pacientes do setor público em muitos estabelecimentos¹¹.

Outra peculiaridade do sistema de serviços de saúde do Brasil é que o financiamento público, via renúncia fiscal perpassa todos os segmentos do sistema. Recursos públicos financiam integralmente o SUS, mas também participam do custeio dos serviços prestados em outros segmentos, principalmente por meio de renúncias fiscais permitidas. No Brasil, as pessoas que declaram imposto de renda podem deduzir da renda tributável, sem incidência de teto, os gastos realizados com saúde. Esse mecanismo se aplica igualmente ao empregador, no caso dos dispêndios realizados com o Plano de Seguros de seus trabalhadores: esses gastos são computados como despesa operacional e podem ser deduzidos do lucro tributável.

Estudo realizado por Ocké-Reis (2013) estima que o governo federal deixou de arrecadar R\$ 197.786 milhões de 2003 a 2011¹², mediante a renúncia existente na sistemática de cálculo do imposto de renda da pessoa física e jurídica, bem como mediante as desonerações fiscais da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos. Em 2011, o volume de recursos envolvido foi de R\$ 15.807 milhões, o equivalente a 22,55%

⁹ No caso de planos de assistência à saúde administrados diretamente pelas empresas.

¹⁰ Os pacientes que utilizam serviços mediante pagamento direto, geralmente, pagam bem mais aos profissionais e hospitais do que as operadoras de planos e seguros de saúde e estas mais do que o SUS.

¹¹ A discriminação, neste caso, ocorre por uma maior demora no atendimento, no acesso a exames etc.

¹² A valores de 2011.

do gasto realizado pelo governo federal com o SUS. De 2003 a 2011, essa renúncia aumentou em 64%, um pouco abaixo do crescimento do gasto federal com o SUS, de 69%.

No tocante à renúncia fiscal, o destaque fica por conta da concedida a pessoas físicas (IRPF) e jurídicas (IRPJ) que, em 2011, foram responsáveis por 67,4% do que o governo federal deixou de arrecadar sob a forma de impostos dos portadores de planos privados de saúde ou pela compra direta de serviços médico hospitalares pelas famílias. Ocké-Reis (2013, p. 11) estima que a contribuição da renúncia no faturamento dos Planos de Saúde foi de 9,18%. Assim, sendo, o Estado é sustentador direto de parte da demanda do segmento dos serviços privados de saúde e um indutor do crescimento de seu mercado (MARQUES; PIOLA, 2014).

A Tabela 2 apresenta a renúncia ocorrida na Assistência Médica Hospitalar (de pessoa física ou jurídica), na Indústria Farmacêutica – Medicamentos e nas Entidades Filantrópicas. A renúncia fiscal vinculada à indústria farmacêutica refere-se à redução das alíquotas do Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição sobre o Financiamento da Seguridade Social (Cofins); no caso das entidades filantrópicas, não incidem o imposto de renda, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Cofins.

Tabela 2 - Brasil: Renúncia Fiscal na área da saúde, em valores absolutos e relativos, segundo a incidência, 2003-2011

Em R\$ 1.000,00 correntes

| Ano | IRPF ¹ | % | IRPJ ² | % | Medicamentos ³ | % | Filantrópicos ⁴ | % | Total | % |
|------|-------------------|------|-------------------|------|---------------------------|------|----------------------------|------|--------|-----|
| 2003 | 3.745 | 52,2 | 1.162 | 16,2 | 1.121 | 15,6 | 1.144 | 16,0 | 7.172 | 100 |
| 2004 | 4.559 | 51,7 | 1.309 | 14,8 | 1.477 | 16,7 | 1.474 | 16,7 | 8.819 | 100 |
| 2005 | 4.975 | 52,0 | 1.503 | 15,7 | 1.732 | 18,1 | 1.353 | 14,1 | 9.563 | 100 |
| 2006 | 5.776 | 46,4 | 1.721 | 13,8 | 3.433 | 27,6 | 1.523 | 12,2 | 12.453 | 100 |
| 2007 | 6.507 | 53,4 | 2.102 | 17,3 | 2.117 | 17,4 | 1.459 | 12,0 | 12.185 | 100 |
| 2008 | 7.521 | 54,6 | 2.181 | 15,8 | 2.304 | 16,7 | 1.763 | 12,8 | 13.769 | 100 |
| 2009 | 6.794 | 50,0 | 2.277 | 16,7 | 2.673 | 19,7 | 1.851 | 13,6 | 13.595 | 100 |
| 2010 | 6.813 | 47,2 | 2.657 | 18,4 | 2.844 | 19,7 | 2.109 | 14,6 | 14.423 | 100 |
| 2011 | 7.716 | 48,8 | 2.937 | 18,6 | 2.896 | 18,3 | 2.258 | 14,3 | 15.807 | 100 |

Fonte: (1) Receita Federal do Brasil. Elaboração: Ocké-Reis (2013, p.7). Despesas médicas e dentológicas. (s) Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados. (3) PIS/Cofins. (4) IRPJ, CSLL e Cofins.

Naturalmente, as diferentes formas de renúncia fiscal na saúde podem ter avaliações bem diferentes no tocante ao seu caráter distributivo. Assim, as deduções das despesas com assistência médica concedidas a pessoas físicas e jurídicas alcançam, quase que exclusivamente, as famílias com melhor nível de renda e/ou incorporadas de forma mais estável no mercado de trabalho. Segundo Sayd (2003 apud PIOLA et al., 2010) os contribuintes da faixa de alíquota mais alta (27,5%), que representavam 31,2% do total em 1999, foram responsáveis naquele ano por 75,73% dos abatimentos das pessoas físicas com serviços de saúde. As desonerações fiscais de medicamentos incidem sobre produtos que oneram sobremaneira os segmentos mais pobres da população. Com relação às instituições filantrópicas, que em algumas localidades são importantes recursos hospitalares do SUS, caberia avaliar o subsídio do ponto de vista da política de provisão pública ou privada e de contratação de serviços no âmbito do SUS (PIOLA et al., 2010).

O Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tinha um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8% do Produto Interno Bruto (PIB) (IBGE, 2015). Esse percentual era, em 2012, bastante próximo ao de outros países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), como o Reino Unido (9,3%), Espanha (9,3%) e Canadá (10,9%) que também possuem sistemas universais (WHO, 2015). O problema é que no Brasil o gasto público é muito baixo para o país ter, efetivamente, um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Esse gasto foi estimado em 3,6% do PIB em 2013 (IBGE, 2015)¹³. Em 2013, o gasto público brasileiro foi responsável

¹³ O gasto público estimado na Conta-Satélite pelo IBGE ainda não inclui algumas

por 45% dos recursos aplicados em saúde, enquanto nos países da OCDE, a participação do gasto público no financiamento do sistema representa, em média, 70% da despesa total¹⁴. O subfinanciamento da saúde pública, por um lado, e o excesso de incentivos governamentais para o mercado privado de saúde, por outro, contribuem para que a participação do gasto público no gasto total com saúde seja menor que o gasto privado, transformando o Brasil no único país com sistema universal de saúde onde o gasto privado supera o público.

2 Características gerais do financiamento do SUS¹⁵

A Constituição Federal de 1988, ao criar a Seguridade Social como um conjunto integrado de ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social (Art.194), definiu que a mesma seria financiada por toda sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e de contribuições sociais específicas da seguridade social, provenientes do empregador, da empresa ou entidade a ela equiparada incidentes sobre folha de

despesas como: a assistência médica dos servidores civis dos três níveis de governo, com exceção do realizado pelo Ministério da Saúde (MS); os serviços de saúde dos hospitais universitários públicos estaduais e municipais; e as "[...] despesas de órgãos vinculados às secretarias de segurança pública e defesa civil (como as redes do sistema penitenciário, de órgãos de defesa civil e de órgãos policiais civil e militar)" (IBGE, 2009). Com relação à assistência médica a servidores, sua inclusão mais integral nas Contas-Satélites de Saúde (CSS) do Brasil depende da obtenção de informações sobre esses benefícios concedidos pelos órgãos públicos das três esferas de governo.

¹⁴ Este percentual foi, em 2012, de 70,1% no Canadá, de 71,7% na Espanha e de 84,0% no Reino Unido. Os Estados Unidos constituem a exceção mais importante a essa regra por ter um gasto privado superior a 50% do total (WHO, 2015).

¹⁵ A parte inicial deste tópico referente às características gerais do financiamento do SUS desde 1988 até os resultados da EC 29 de 2000 no período de 2000 a 2011 transcreve tópico da análise realizada em trabalho de Piola et al. (2013).

salário e demais rendimentos do trabalho, receita ou faturamento e sobre o lucro; do trabalhador e demais segurados da previdência social, incidente sobre a remuneração e sobre a receita de concursos de prognósticos. Os recursos originários dessas fontes, com bases diversificadas, integrariam orçamento próprio da Seguridade Social, no âmbito do governo federal. As receitas de Estados, Distrito Federal e Municípios, destinadas à seguridade, constarão dos seus respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União (BRASIL, 1988, art. 195, parágrafo 1º).

No Governo Federal, os recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) seriam repartidos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde. No caso desta última, previu-se, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluídos os recursos do seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que passaria a definir, a cada ano, qual percentual seria destinado à saúde.

Deve-se lembrar que a CF/88 ampliou não somente o direito à saúde, mas também, criou novos direitos em outros campos da seguridade social. Por exemplo, no caso da Previdência Social, estabeleceu, entre outros, o direito à aposentadoria rural e no campo da assistência estabeleceu o Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹⁶.

¹⁶ Conforme descrito pelo Ministério de Desenvolvimento Social, [...] o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito garantido pela Constituição Federal, que assegura um salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Em ambos os casos, é necessário que a renda mensal bruta familiar per capita seja inferior a um quarto do salário mínimo vigente (BRASIL, [200-?]).

No mesmo período em que foi iniciada a implementação dos novos direitos sociais, o país enfrentou uma grave crise econômica, que impôs fortes restrições ao financiamento das políticas públicas brasileiras. A crise gerou uma forte disputa interna entre as áreas sociais, entre elas, as áreas de saúde e previdência social¹⁷. No caso da saúde, o percentual de 30% dos recursos da Seguridade Social não foi cumprido em 1990, 1992 e 1993. Neste último ano, as contribuições previdenciárias, que tradicionalmente tinham parte de sua arrecadação destinada à saúde, deixaram, definitivamente, de ser transferidas. Conforme destacam Mendes e Marques (2009, p. 276), “[...] Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento da saúde.” Nesse ano o MS teve de recorrer a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para garantir um mínimo de recursos para a saúde, empréstimos esses cujo pagamento consumiu parte do orçamento da saúde nos anos subsequentes.

Em 1994, demonstrando a prioridade das medidas de ajuste fiscal, foi criado do Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas de União (DRU) que passou a consumir parte das receitas destinadas à Seguridade Social e à descentralização (receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (UGÁ et al., 2012 apud PIOLA et al., 2013).

¹⁷ Essas duas áreas, junto com a Assistência Social, recebiam recursos das mesmas fontes do Orçamento da Seguridade Social e alguns benefícios previdenciários, como equiparação de benefícios urbanos e rurais e piso para benefícios de prestação continuada equivalente a um salário-mínimo tiveram aplicação quase imediata.

A busca de solução para superação dessa crise no financiamento da saúde levou o governo a apresentar como alternativa a criação de um novo tributo: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, cujo produto da arrecadação deveria ser integralmente destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (artigo 18, da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996). A CPMF sofreu prorrogações, aumentos de alíquotas e deixou de ter destinação exclusiva para a saúde.

Durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007, a CPMF representou em torno de 30% do total dos recursos federais para a saúde, ainda que, conforme diversos estudos, recursos da CPMF acabaram substituindo recursos de outras fontes, o que reduziu o impacto que esta poderia ter tido no financiamento da saúde (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Maior estabilidade do financiamento federal da saúde veio com a promulgação da Emenda Constitucional 29 (EC/29). Essa emenda também propiciou que estados e municípios participassem mais decididamente no financiamento do SUS, na medida em que estabeleceu valores mínimos de recursos a serem aplicados neste sistema pelas três esferas de governo.

Desde a crise instaurada pelo afastamento total dos recursos previdenciários do financiamento da saúde, em 1993, começaram a prosperar iniciativas parlamentares para assegurar a vinculação de recursos para o SUS. Algumas mais gerais, por incluírem vinculação de recursos nas três esferas de governo, outras mais restritas, como a criação da CPMF em 1997. A primeira, entre

as de caráter mais geral, foi apresentada em junho de 1993 (PEC 169/1993). As diversas proposições apresentadas, entre 1993 e 1999, foram aglutinadas, dando origem à Emenda Constitucional 29 de 2000. Essa emenda definiu montantes mínimos a serem aplicados pela União, estados e municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

No caso da União, os recursos a serem aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria o apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% das receitas próprias¹⁸; ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação (SERVO et al., 2011).

A EC/29 trouxe mais recursos para saúde e promoveu o aumento da participação de Estados, Distrito Federal (DF) e municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado no SUS. Desde então sua participação relativa foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde pela esfera federal. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6% do gasto público com ações e serviços de saúde, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos

¹⁸ As receitas próprias incluem as receitas de impostos e as transferências constitucionais e legais. No caso dos estados são descontadas as transferências constitucionais aos municípios.

Públicos de Saúde (SIOPS)¹⁹. A EC/29 teve impactos diferenciados em cada ente da Federação e foi bem sucedida na busca do objetivo de atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.

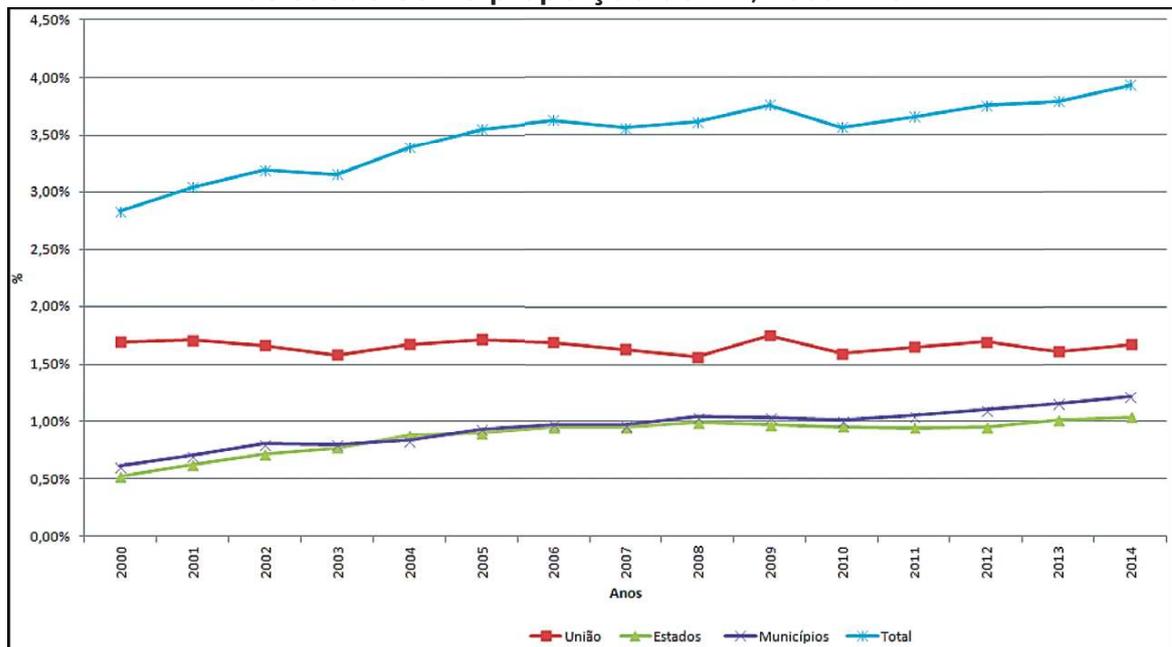
Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram, a preços constantes, o volume de recursos destinado para a saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referente ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões referente ao municipal). Nesse mesmo período a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. Esse incremento é muito próximo ao observado em cada uma das outras duas esferas de governo. Assim, dois terços do aumento dos recursos para ASPS após a promulgação da EC/29 foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto 1/3 foi proveniente dos recursos injetados pela União, que concentra a arrecadação das contribuições sociais destinadas a financiar a Seguridade Social (PIOLA et al., 2013).

Como proporção do PIB, houve maior crescimento nas alocações para o SUS da parte de estados e municípios. Tanto estados como municípios quase duplicaram os gastos como proporção do PIB. No caso da União, no entanto, o gasto com saúde, foi mantido praticamente no mesmo percentual (Gráfico 3). Isso se explica pelo fato de que a correção do piso para as aplicações da União

¹⁹ Sistema de alimentação obrigatória que serve para acompanhar o cumprimento das aplicações obrigatórias de recursos no SUS da parte de Estados, Distrito Federal e Municípios. O cumprimento dos percentuais mínimos é acompanhado pelos órgãos de controle como Tribunal de Contas da União, no Governo Federal, e Tribunal de Contas de Estados e Municípios no âmbito dessas esferas de governo.

no SUS tinham como base a variação nominal do PIB dos anos imediatamente anteriores e a União apenas tratou de cumprir o piso estabelecido em lei, sem procurar superá-lo, até mesmo porque superando, esse valor a maior passaria a ser a base da correção para o ano subsequente.

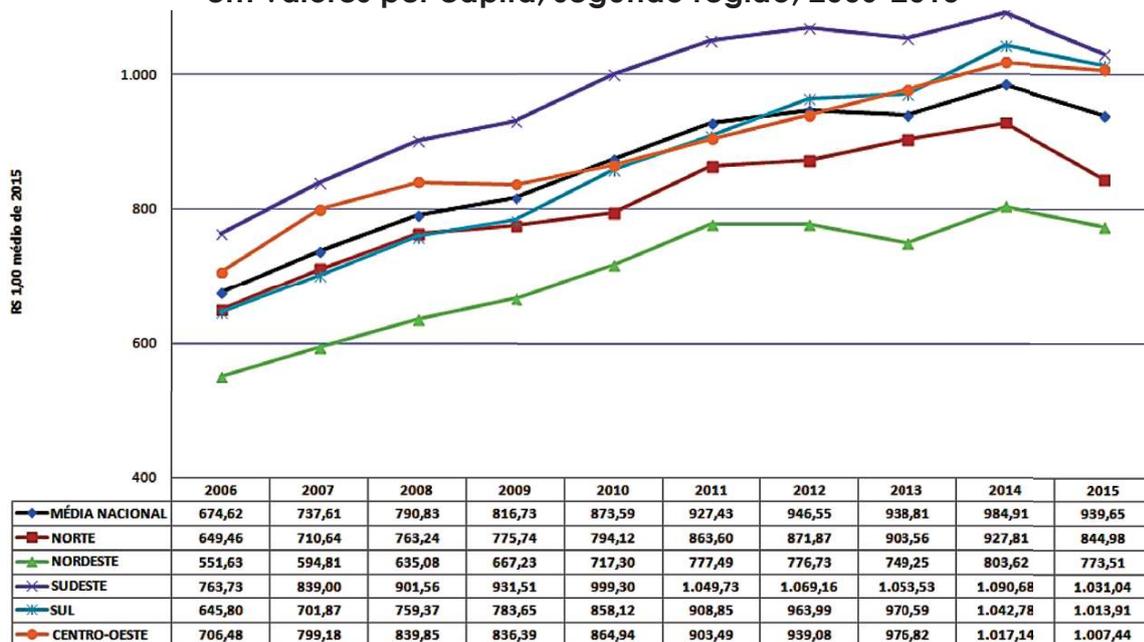
Gráfico 3 - Gasto público com ações e serviços de saúde como proporção do PIB, 2000 – 2014



Fonte: Brasil (2013). Dados extraídos em março de 2016. Elaboração própria.

A EC/29 provocou incrementos nas alocações de recursos públicos para a saúde em todas as regiões, ainda que não tenha trazido maiores alterações no perfil inter regional dos gastos. As regiões Nordeste e Norte continuaram com os menores gastos públicos per capita e a região Sudeste com os valores mais altos, como se pode observar no gráfico a seguir que apresenta a evolução do gasto público *per capita*, a preços médios de 2015, segundo região, para o período de 2006 a 2015 (Gráfico 4).

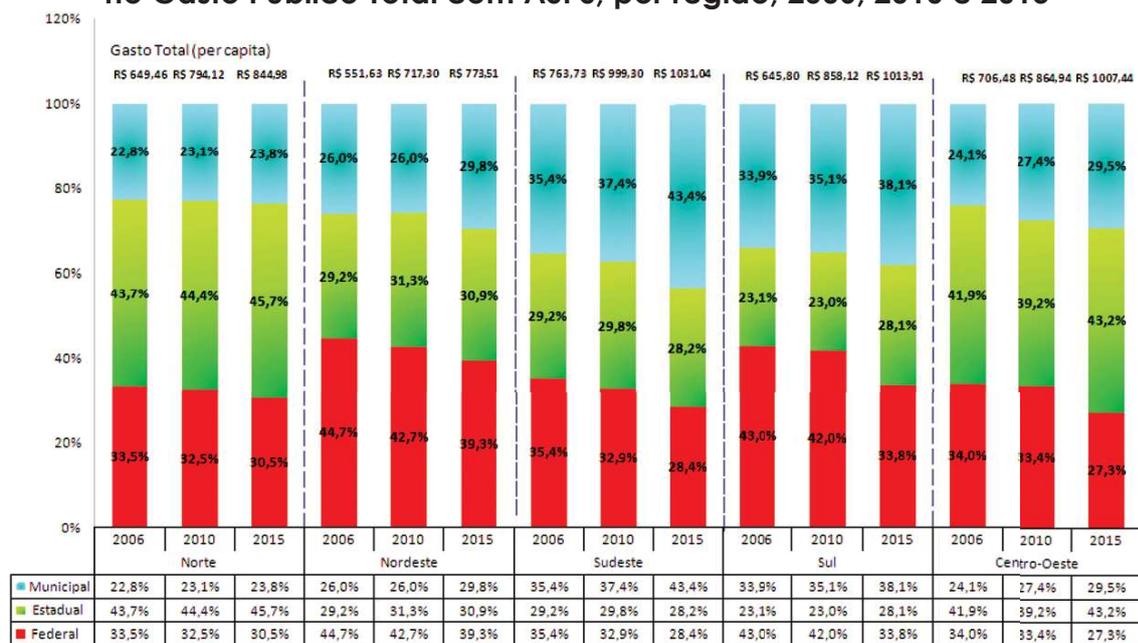
Gráfico 4 - Evolução do Gasto Público Total com ASPS, em valores per capita, segundo região, 2006-2015



Fonte: Brasil (©2016). Dados extraídos em março de 2016. Elaboração própria.

A participação dos gastos de origem municipal cresce em todas as regiões. Os gastos federais tem maior participação nas regiões Nordeste e Sul, nesta última devido à maior concentração de Hospitais da União (Gráfico 5).

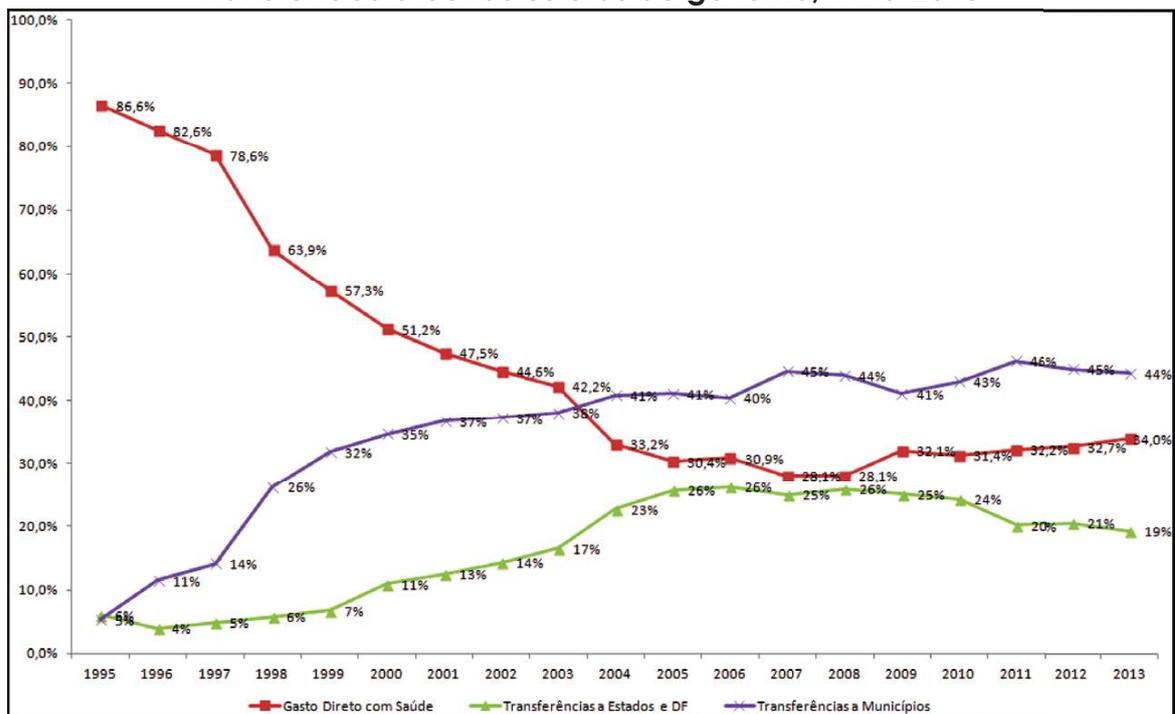
Gráfico 5 - Participação percentual da União, Estados e Municípios no Gasto Público Total com ASPS, por região, 2006, 2010 e 2015



Fonte: Brasil (©2016). Dados extraídos em março de 2016. Elaboração própria.

A maior parte dos recursos federais aplicados no SUS é transferida para a gestão de estados e municípios, o que faz com que a aplicação direta por parte do MS venha diminuindo ao longo dos anos (Gráfico 6). Em 1995, por exemplo, quase 87% dos recursos do MS eram aplicados diretamente; em 2013 o percentual de recursos aplicados desta forma diminuiu para 34%, ou seja, 66% dos recursos destinados a ações e serviços de saúde pelo MS são transferidos para a gestão de Estados, Distrito Federal e Municípios, indicando o forte processo de descentralização ocorrido na área da saúde.

Gráfico 6 - MS: descentralização dos gastos - comparação entre a participação percentual dos gastos diretos e dos recursos transferidos a outras esferas de governo, 1995-2013



Fonte: Estimativas anuais a partir dos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) e Sistema Integrado de Dados Orçamentários (SIDOR). Elaboração própria.

Para garantir a descentralização e tendo em vista a participação importante dos recursos federais no financiamento do SUS, foi criada a modalidade de transferência *fundo a fundo* (do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais), por meio da qual as

transferências são feitas de forma regular e automática. A portaria que regulamentou esta forma de transferência é de 1993.

Mas se o automatismo e a regularidade foram conquistados, o SUS não conseguiu equacionar de forma mais consistente a questão dos critérios de alocação ou de distribuição dos recursos federais para estados e municípios. Apesar de que, desde a criação do SUS, tenham sido propostos critérios para dar maior transparência à distribuição de recursos federais para as instâncias subnacionais, essa regulamentação jamais ocorreu. As transferências para estados, Distrito Federal e municípios, ainda que tenham ganhado um espaço bastante grande no orçamento do Ministério da Saúde, foram orientadas por Portarias do Ministério da Saúde,²⁰ instrumentos legais de menor hierarquia, preservando, de certa forma, as diferenças pregressas na distribuição regional dos recursos federais. Mais recentemente, a Lei Complementar 141/2012 (LC nº 141, de 2012) que regulamentou a EC/29 de 2000, voltou a reforçar o caráter prioritariamente redistributivo que devem ter as transferências federais para estados, Distrito Federal e municípios e definiu um conjunto de critérios para construção de uma nova metodologia de partilha dos recursos federais. Não obstante, passados quatro anos da LC nº 141, de 2012 ainda não foi apresentada para a aprovação do Conselho Nacional de Saúde a proposta para a fórmula alocativa, talvez porque a introdução de qualquer critério redistributivo implicaria a necessidade de recursos adicionais para que não ocorresse redução nas transferências a nenhuma unidade federativa.

²⁰ Deve ser salientado, no entanto, que a Lei nº 8.142, de 1990, no seu artigo 5º, autorizava o Ministério da Saúde a estabelecer as condições de aplicação, mediante portaria, dos critérios nela dispostos para a partilha de recursos, enquanto não fossem regulamentados os critérios previstos no Art. 35 da Lei 8080/1990 e assim procedeu levando as portarias mencionadas à apreciação pelo Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A partir de 2006, as transferências federais passaram a ser feitas de acordo com seis blocos de financiamento. A Tabela 3, a seguir, traz a distribuição dos recursos federais transferidos para estados e municípios, por região, segundo bloco de financiamento. Comparando-se a distribuição percentual da população e dos blocos de financiamento, observa-se que nas transferências federais destinadas à Atenção Básica (AB); à Gestão (G) e à Investimentos (I) e Vigilância Sanitária (VS), as regiões Norte e Nordeste, mais pobres, recebem uma proporção de recursos dos blocos superior à distribuição da população, sugerindo um efeito redistributivo dessas transferências. Contudo, nos Blocos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e de Assistência Farmacêutica (AF), mais diretamente relacionados ao custeio da provisão de ações e serviços, a participação dessas regiões nos valores transferidos tem um percentual inferior ao de suas respectivas populações, indicando que subsistem desigualdades importantes a serem superadas.

Tabela 3 - Distribuição da população e das transferências do MS, por Blocos de Financiamento segundo Grandes regiões, 2014

| Região | População | % | AB (%) | MAC (%) | VS (%) | AF (%) | G (%) | I (%) |
|--------------|--------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Norte | 17.261.983 | 8,51 | 8,90 | 6,75 | 13,58 | 6,44 | 13,27 | 13,92 |
| Nordeste | 56.186.190 | 27,71 | 36,39 | 26,71 | 31,21 | 22,76 | 32,68 | 40,34 |
| Sudeste | 85.115.623 | 41,97 | 34,13 | 43,70 | 36,37 | 48,91 | 32,87 | 22,80 |
| Sul | 29.016.114 | 14,31 | 13,39 | 15,56 | 10,67 | 14,44 | 9,49 | 13,21 |
| Centro-Oeste | 15.219.608 | 7,50 | 7,20 | 7,27 | 8,17 | 7,46 | 11,69 | 9,74 |
| Total | 202.799.518 | 100 |

Fonte: População - IBGE - Estimativa de população - 2014, Via Datasus - Tabnet.

A EC/29 de 2000 passou mais de 10 anos até ser regulamentada e, nesse período, por falta de regras mais claras, que só vieram a partir de 2012, o SUS deixou de receber integralmente os recursos que lhe eram devidos. Estimativas de déficit de aplicação de recursos - valor inferior ao legalmente definido - alcançaram da parte da União e dos Estados, a quase R\$ 18 bilhões (R\$ 27,4 bilhões a preços médios de

2015) somente no período de 2004 a 2008, segundo estudo da Câmara Técnica do Siops (BRASIL, 2011) A necessidade de resolver questões que geravam conflito, mais a necessidade de aumentar os recursos para o SUS, fez com que fosse depositada muita esperança na regulação da EC/29, como uma oportunidade de ser revista a forma de participação da União no financiamento do SUS. A regulamentação da EC/29 foi feita pela LC nº 141, de 2012. Essa Lei resolveu diversos contenciosos em relação à interpretação de diversos pontos que geravam controvérsia, mas não incorporou a proposta de aumento da participação federal no financiamento do sistema público. Essa situação levou à proposta de Emenda Popular do movimento *Saúde +10* (PLP nº 321/2013), que reivindicava a destinação do equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta da União (RCB) para a saúde.

No debate legislativo, alguns substitutivos foram apresentados, dentre eles o que propunha a substituição da RCB por 18,7% da Receita Corrente Líquida (RCL)²¹. Essa proposta visava evitar possíveis contestações legais a uma vinculação à RCB, na medida em que vários componentes da RCB já têm destinação específica, como os repasses constitucionais para estados e municípios, as contribuições previdenciárias ou as contribuições para o PIS/PASEP (PIOLA, 2015). Apesar das 2,2 milhões de assinaturas que o projeto de iniciativa popular obteve, tal proposta não foi acatada pelo Congresso Nacional, que mediante negociações entre governo e parlamento, incluiu em outra proposta de Emenda Constitucional dispositivos alterando o financiamento federal do SUS. Essa proposta, mais conhecida como PEC do Orçamento Impositivo, foi aprovada em fevereiro e promulgada pela Emenda Constitucional 86 (EC86/2015), de 17 de março de 2015.

²¹ Entre 2011 e 2014, 10% da RCB correspondiam a aproximadamente 18,7% da RCL.

A EC86/2015 alterou o método de cálculo do piso constitucional a ser aplicado em ASPS pela União e manteve as regras vigentes para os entes federados. A partir de 2016, o piso constitucional da União estará vinculado à RCL da seguinte forma: em 2016 será equivalente a 13,2% da RCL; em 2017, 13,7%; em 2018, 14,1%; em 2019, 14,5%; e a partir de 2020 corresponderá a 15% da RCL²².

A vigência da EC86/2015 começou em 2016. Neste ano, o piso da saúde será o equivalente a 13,2% da RCL, estimados em R\$ 100,2 bilhões. Segundo algumas estimativas, pela regra anterior, de aplicação da variação nominal do PIB sobre o empenhado em 2015, o piso de financiamento federal do SUS seria de aproximadamente R\$ 104 bilhões (OCKÉ-REIS; FUNCIA, 2015). A diminuição do piso federal para 2016 pela nova regra é decorrência da brutal retração da atividade econômica a partir de 2015 que provocou uma redução da Receita Corrente Líquida (RCL) da União, agregado ao qual está vinculado o novo piso de financiamento federal do SUS.

3 Características do financiamento e gasto privado em saúde

a) Esquemas de pré-pagamento

No mercado privado, o segmento de planos e seguros de saúde está dividido em algumas grandes modalidades institucionais, cujas principais são: (i) Medicina de Grupo – esta modalidade está constituída por empresas médicas similares às Health Maintenance

²² Os percentuais previstos nesta Emenda são idênticos aos de proposta elaborada por Comissão Especial da Câmara criada em 2012 para debater o financiamento da saúde. A diferença é que na proposta da Comissão era prevista a criação de contribuição social específica para a saúde, parte não incluída na PEC do Orçamento Impositivo.

Organizations (HMOs) dos Estados Unidos da América. Estas empresas administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias. Operam com serviços “credenciados” e com serviços próprios (em menor proporção). (ii) Cooperativas médicas – fornecem serviços de saúde, mediante contratos, a funcionários de empresas, indivíduos ou famílias. Nesta modalidade os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços de saúde e recebem de forma proporcional à produção de cada um (ALMEIDA, 1998). (iii) Seguro Saúde – nesta modalidade há intermediação financeira de uma entidade seguradora, propriamente dita, que reembolsa os gastos ao segurado. No Brasil, uma sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde deve estar constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades. (iv) Planos próprios de empresa – esta modalidade inclui os planos administrados diretamente pela empresa ou por associação de funcionários da empresa (autogestão propriamente dita) ou os contratos feitos com terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração). A administradora é uma empresa que apenas administra planos de assistência à saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Esta modalidade pode ser custeada integralmente pela empresa, mas o mais usual é que o financiamento seja compartilhado por contribuição patronal e contribuição do trabalhador, que pode ser progressiva de acordo com seu salário.

O financiamento do segmento de planos e seguros de saúde é assegurado principalmente através da participação de empregadores:

os vínculos diretos, individuais ou familiares, não alcançam 20% do total de beneficiários. Nos contratos coletivos, que correspondem a 79,9% dos beneficiários do segmento, geralmente o valor *per capita* (pré-pagamento) repassado à operadora do plano ou seguro de saúde representa uma *proxy* do risco coletivo médio da população coberta (*community rate*)(Tabela 4).

Tabela 4 - Brasil: Número de beneficiários em planos de assistência médica, segundo tipo de contratação, dez. 2014/dez. 2015

| Tipo de Contratação | DEZ./2014 | MAR./2015 | JUN./2015 | SET./2015 | DEZ./2015 |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| TOTAL | 50.496.436 | 50.274.314 | 50.285.191 | 49.971.857 | 49.730.405 |
| Individual ou Familiar | 9.830.705 | 9.796.273 | 9.804.462 | 9.763.382 | 9.672.134 |
| Coletivo Empresarial | 33.528.265 | 33.384.731 | 33.384.238 | 33.274.543 | 33.123.445 |
| Coletivo por adesão | 6.754.192 | 6.745.344 | 6.762.450 | 6.614.042 | 6.625.478 |
| Coletivo não identificado | 10.160 | 10.262 | 9.467 | 9.361 | 9.153 |
| Não informado | 373.114 | 337.704 | 324.574 | 310.529 | 300.195 |

Fonte: ANS (2016).

Na primeira década de operação, entre 1987 e 1998, o número de operadoras quase triplicou e essa expansão do setor ocorreu sem que as empresas estivessem submetidas a regulação pública. Apenas em 1998 foi aprovada legislação regulatória²³, que estabeleceu regras para os contratos e coberturas e, em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²⁴, responsável pelo controle dessa área.

A expansão do segmento de saúde supletiva (segmento de planos e seguros de saúde) simultaneamente à criação do sistema público universal a partir da década de 1980 e sua relativa estabilização, em um patamar alto de cobertura populacional nos anos subsequentes, foi objeto de diversos estudos e recebeu diferentes explicações. As mais

²³ Lei nº 9656, de agosto de 1998.

²⁴ Lei nº 9.961, de 28 de Janeiro de 2000.

difundidas apresentavam como argumento uma presumida queda na qualidade dos serviços públicos de saúde (FAVERET; OLIVEIRA, 1990; MÉDICI, 1991; MENDES, 1993) resultante da universalização do acesso a uma rede de serviços antes dimensionada para atendimento aos integrantes do mercado formal de trabalho, em torno de 25% da população, e que não recebeu os investimentos necessários à sua expansão. Outras relacionavam a expansão com a consolidação do capital financeiro, a confluência de interesses de patrões e empregados e a tradição histórica de compra de serviços pela previdência social junto à iniciativa privada (ANDREAZZI, 1991; LUZ, 1991; BAHIA, 1991; BURGOS et al., 1991). Um fator estimulante importante, contudo, deve ser os subsídios indiretos propiciados pelo sistema fiscal brasileiro, como antes apontado, que permite a inclusão no Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (empresas), como despesas operacionais, do valor desembolsado para o pagamento de despesas com saúde, incluindo planos e seguros de saúde. Também às pessoas físicas é permitido deduzir as despesas com saúde no Imposto de Renda, como abatimento sobre a renda bruta, diminuindo, desta forma, a base de cálculo para o Imposto de Renda.

Entre 2000 e 2015 o número de beneficiários de planos de assistência médica apresentou um aumento da ordem de 60%. Mas essa expansão não se deu no mesmo ritmo em todas as regiões do país: na região Norte, o número de beneficiários quase triplicou no período; nas regiões sul e centro-oeste mais que duplicou, enquanto na região sudeste, que já concentrava o maior número de beneficiários o aumento foi da ordem de 40% (Tabela 5).

Tabela 5 - Brasil: Número de beneficiários em planos de assistência médica, segundo grande região, Dez.2000/Dez.2015

| Grande Região | Dez./2015 | Dez./2013 | Dez./2011 | Dez./2010 | Dez./2000 |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| TOTAL | 49.730.405 | 49.373.689 | 46.152.717 | 44.937.350 | 30.966.522 |
| Norte | 1.844.249 | 1.849.069 | 1.667.574 | 1.569.418 | 633.445 |
| Nordeste | 6.777.298 | 6.537.652 | 6.008.773 | 5.722.769 | 3.466.974 |
| Sudeste | 30.786.805 | 31.222.708 | 29.377.242 | 28.882.859 | 21.928.451 |
| Sul | 7.120.621 | 6.905.413 | 6.682.181 | 6.519.010 | 3.507.724 |
| Centro Oeste | 3.189.954 | 2.849.824 | 2.402.921 | 2.227.886 | 1.414.059 |
| Exterior | 0 | 0 | 0 | 1 | 14 |
| Não Identificado | 11.478 | 9.023 | 14.026 | 15.407 | 15.855 |

Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2015. Notas: 1. O termo *beneficiário* refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo. 2. As informações são atualizadas a cada três meses, possibilitando a correção de competências anteriores.

Entre junho de 2014 e junho de 2015 o número de beneficiários com vínculos individuais ou familiares sofreu uma redução de 0,3% e o de planos coletivos apresentou um crescimento de 1,6%; a variação destes no trimestre, contudo, foi de 0,1% já indicando a tendência de redução no horizonte. De acordo com a ANS o universo de 50,69 milhões de usuários registrado em janeiro de 2015 alcançava, em dezembro, 49,73 milhões, uma redução que atingiu mais de 960 mil beneficiários ao longo de 2015.

Todas as modalidades de operadoras, exceto as filantrópicas, apresentaram variação positiva no número de beneficiários e na receita de contraprestações entre 2011 e 2015. Enquanto o número total de beneficiários apresentou um crescimento próximo de 8% o crescimento das receitas de contraprestações totais foi de 26% a preços correntes (Tabela 6). Esse ritmo de crescimento, contudo, não se distribuiu homogeneamente entre as modalidades, com uma concentração expressiva na modalidade *seguradora especializada em saúde*, cujo número de beneficiários cresceu 19% e teve receitas 46% superiores no período. Somente a título de comparação, a receita de contraprestações das operadoras de planos e seguros de saúde em 2011 (R\$ 82,6 bilhões para prestar serviços para 46,1

milhões de beneficiários, representou 51,7% do gasto total do SUS (R\$ 161,7 bilhões) para prestar serviços para toda população brasileira.

Tabela 6 - Brasil: Receita de contraprestações de Operadoras médico-hospitalares, segundo modalidade, período 2001, 2011, 2015

| Modalidade | 2001 | 2011 | 2015 * |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| TOTAL | 22.036.412.612 | 82.605.523.640 | 103.953.200.228 |
| Autogestão | 423.210.837 | 9.466.590.354 | 12.249.102.595 |
| Cooperativa Médica | 8.493.254.858 | 30.057.613.038 | 36.082.994.273 |
| Filantropia | 1.101.439.791 | 1.881.435.300 | 1.520.441.654 |
| Medicina de Grupo | 6.620.309.286 | 24.493.983.979 | 29.683.068.872 |
| Seguradora Especializada em Saúde | 5.398.197.840 | 16.705.900.969 | 24.417.592.834 |

Fonte: DIOPS/ANS/MS - 12/2015. * Dados de 2015 até 3º trimestre.

A desaceleração na taxa de cobertura está, sem dúvida, associada à elevação da taxa de desemprego decorrente da crise econômica, dada a forte predominância dos vínculos a planos coletivos empresariais. A taxa de desocupação calculada pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua Trimestral (PNAD Contínua), atingiu 9,0% no 4º trimestre de 2015. Esse foi o maior valor registrado desde o início da pesquisa (1º tri/2012). Com relação à entrada e saída de pessoas do mercado de trabalho formal, a economia do país apresentou, de acordo com o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), um saldo negativo de 1.552.953 postos em 2015.

A redução do número de operadoras, contudo, parece expressar um movimento de concentração e de verticalização, ocorrido no período, associado a uma estratégia de expansão planejada das operadoras de maior porte visando à associação, fusão ou venda a grupos internacionais e que foi acompanhada de forte pressão para a liberação da entrada de capital externo, o que já ocorrera em 2008 em relação à propriedade de planos de saúde, mas não alcançara os estabelecimentos de provisão de serviços.²⁵ Estudo do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) ressalta que “[...] entre Dez/07

²⁵ Para mais informações, ver BARROS (2015).

e Dez/14, o número de operadoras em atividade diminuiu 24,4%, indicando um cenário de consolidação do setor, onde a tendência é o mercado conservar as operadoras mais sólidas e viáveis” (IIESS, 2015).

b) O gasto privado direto

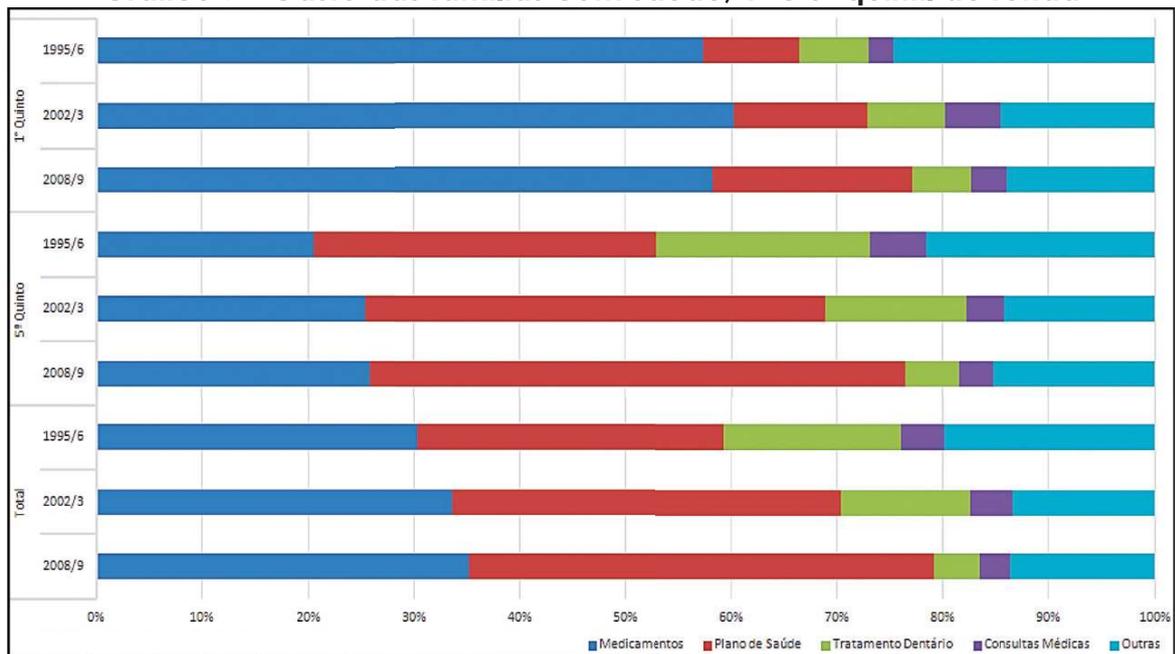
No Brasil, apesar de a maioria do gasto privado ocorrer de forma direta, ao longo dos últimos anos ele tem diminuído, avançando a participação dos Planos de Saúde. É o que se pode ver na Tabela 7. Os gastos diretos, que correspondiam a 68% do gasto privado com saúde, em 1995, caíram para 57,8%, em 2012; no mesmo período, o gasto privado com planos de saúde aumentou sua participação de 32% para 40,4% (Tabela 7).

Tabela 7 - Brasil: Participação dos gastos com planos e seguros e do gasto direto no gasto privado total, em anos selecionados

| Ano | Planos e Seguros | Gasto Direto |
|------|------------------|--------------|
| 1995 | 32 | 68 |
| 2000 | 34,3 | 63,6 |
| 2006 | 36,4 | 61,8 |
| 2012 | 40,4 | 57,8 |

Fonte: WHO/WHS, anos selecionados.

Considerando a renda das famílias, apuradas pela Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e para vários anos, observa-se que, no primeiro quintil, o gasto privado com saúde é consumido principalmente em medicamentos, enquanto que, no último, os maiores gastos são com planos de saúde, medicamentos e tratamento odontológico (nessa ordem). O Gráfico 7 apresenta, para os anos 1995/1996, 2002/2003 e 2008/2009, a distribuição do gasto das famílias com saúde. Destaca-se que, no período, e para os dois quintis, há avanço da participação do gasto com Planos de Saúde, muito embora esse avanço seja mais acentuado no quinto quintil, como seria de esperar.

Gráfico 7 - Gasto das famílias com saúde, 1º e 5º quintil de renda

Fonte: IBGE/Pesquisa de Orçamento Familiar. Elaboração: GARCIA et al. (2013).

Vale destacar também a redução do gasto direto com tratamento dentário no período, coincidindo com a implementação do programa Brasil Sorridente (2004) no âmbito da Política de Saúde Bucal do SUS, que criou um número significativo de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios de Próteses Dentárias públicos. A cobertura populacional da assistência odontológica pelo SUS cresceu substancialmente: passou de 18,2 milhões de brasileiros assistidos antes do Brasil Sorridente para 92 milhões de pessoas beneficiadas. Até 2014 foram criadas 24 mil equipes de saúde bucal e instalados 1.032 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e 1.954 Laboratórios de Próteses Dentárias. Também deve ter contribuído para a diminuição do gasto direto com assistência odontológica a intensa expansão dos planos de assistência exclusivamente odontológica (Tabela 8).

Tabela 8 - Crescimento do número de beneficiários de planos de saúde, por tipo de cobertura assistencial, Brasil, 2004-2008

| Ano | Em % | |
|------|--------------------|--------------------------|
| | Assistência Médica | Odontológica (exclusiva) |
| 2004 | 3,6 | 17,3 |
| 2005 | 5,3 | 17,1 |
| 2006 | 5,4 | 18,5 |
| 2007 | 5,1 | 21 |
| 2008 | 4,9 | 19 |

Fonte: (CADERNO ..., 2009).

4 Considerações finais

A inscrição no texto constitucional de 1988 do direito à saúde e da responsabilidade do Estado em garanti-lo, resultado de longa e ampla mobilização social, não foi suficiente para assegurar a plenitude de sua efetivação nos anos subsequentes. Já no início da década de noventa, quando se iniciava a implantação do SUS, manifestaram-se os primeiros sinais de que a luta por recursos suficientes seria o principal campo de batalha. Insuficiência de investimentos para a expansão da rede de oferta de serviços, medida indispensável para a conversão de um sistema com clientela restrita em sistema que ofereceria cobertura universal e integral; insuficiência de recursos para custear as necessárias ampliações de recursos humanos, equipamentos e insumos; insuficiência da oferta de serviços para garantir a integralidade da atenção; tabelas de remuneração de serviços contratados congeladas e defasadas são algumas das consequências. Simultaneamente, amplos e crescentes subsídios públicos à atividade privada compõem o quadro de subvalorização do sistema público universal. Mas a provisão privada responde a outros objetivos; está orientada pela lógica da rentabilidade, busca a lucratividade e não a

garantia de acesso. Por essa razão, se concentra nos centros urbanos de maior porte, nas regiões de maior dinamismo econômico, intensificando as desigualdades regionais, cuja superação depende do sistema público.

O Brasil é o único país que dispõe de um sistema universal em que o gasto público corresponde a menos da metade do gasto total em saúde. Nesse contexto, os inegáveis avanços de cobertura e acesso, alcançados nessas décadas de operação do sistema público, emergem como conquistas duramente obtidas. E sob permanente ameaça: foram breves os períodos em que a implementação da universalidade se inscreveu como prioridade na agenda pública.

A fragilidade das condições de operação repercute sobre as possibilidades de suporte social às demandas do sistema: os segmentos populacionais usuários regulares do SUS são também os que dispõem de mais frágeis recursos políticos e, frente à demora no atendimento e longas filas para alcançar o atendimento no sistema público, colocam o segmento de plano e seguros privados como objeto de desejo.

Na outra ponta, as resistências do setor privado supletivo às tímidas iniciativas de regulação se multiplicam. Posicionamentos contra o instituto do ressarcimento se intensificaram logo após a inclusão dos procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade no rol dos sujeitos à cobrança pelo SUS²⁶.

Articulações intensas com segmentos hegemônicos no Poder Legislativo têm ampliado a liberdade de movimentação dos segmentos privados e a fragilização do sistema público: abertura indiscriminada ao capital estrangeiro na provisão de ações e serviços de saúde²⁷; constitucionalização da regra de financiamento e diminuição do aporte

²⁶ Ver, por exemplo Carneiro (2016).

²⁷ Lei nº 13.097, de 2015, que promove modificação na Lei nº 8.080, de 1990 e determina a abertura indiscriminada à participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde.

de recursos federais ao SUS²⁸; tentativa de redução da universalidade e da responsabilidade estatal na garantia do direito à saúde, reinstituindo a assistência médica como direito trabalhista (e garantindo mercado para planos e seguros de saúde)²⁹.

Simultaneamente, medidas do Poder Executivo reforçam essa tendência. Cortes orçamentários decorrentes do ajuste fiscal; proposta de ampliação da desvinculação das receitas (DRU), que atinge em especial as da seguridade social, destinando-as à viabilização do pagamento de juros da dívida pública; desativação ou redução do ritmo de implementação de programas como consequência das restrições orçamentárias.

Tomadas em conjunto, são medidas que evidenciam a profundidade dos esforços e se complementam no movimento de fragilização do sistema público universal e integral, o SUS. Fragilizar o SUS corresponde a fortalecer o sistema privado. E isso é preocupante, porque num país continental e com elevados níveis de desigualdade como o Brasil, a existência de um sistema universal de saúde, de caráter descentralizado e participativo, exerce indiscutível papel na desconcentração espacial dos recursos, na redução das desigualdades sociais e regionais, na desconcentração da renda, na democratização do acesso ao fundo público e na democratização de processos decisórios – dimensões que não se inscrevem na lógica mercantil.

²⁸ A Emenda Constitucional nº 86, promulgada em 17 de março de 2015, decorrente da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 358, de 2013 que instituiu o chamado Orçamento Impositivo, regulamentando o aporte e execução de emendas parlamentares pela Câmara dos Deputados, incorporou dispositivo (estranho ao objeto da lei, ressalte-se) que constitucionalizou a regra de financiamento federal ao SUS – antes feita por lei, dificultando assim sua alteração – e o fez estabelecendo em 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), percentual a ser alcançado em cinco parcelas anuais entre 2016 e 2020, o aporte federal ao financiamento do SUS.

²⁹ A PEC nº 451, de 2014, de autoria do deputado Eduardo Cunha – propõe a alteração do art. 7º da Constituição, inserindo novo inciso, o XXXV, pelo qual todos os empregadores brasileiros ficam obrigados a garantir aos seus empregados serviços de assistência à saúde.

Referências

- ANS (Brasil). **Informações e Avaliações de Operadoras**. Brasília (DF), 2016a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras>>. Acesso em: jun. 2016.
- ANS (Brasil). **Dados gerais**: beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2006-2016). Brasília (DF), 2016b. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: jun. 2016.
- ANS (Brasil). **ANS disponibiliza dados do último trimestre de 2015**. Brasília (DF), 7 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3229-ansdisponibiliza-dados-do-ultimo-trimestre-de-2015>>. Acesso em: jun. 2006.
- ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília (DF): IPEA, nov. 1998. (Texto para discussão, n. 599).
- ANDREAZZI, M. F. S. **O seguro-saúde privado no Brasil**. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- BAHIA, L. **Reestratificação das clientelas para os serviços de saúde na década de 80**: um estudo exploratório do caso da AMIL. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- BAHIA, L. O mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: tendências. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas (SP): UNICAMP, 2001.
- BARROS, Elizabeth. **Atenção à saúde no Brasil**: a equidade como desafio – paper elaborado para GDN. [S.l.]: 2001. Mimeografado.
- BARROS, Elizabeth. **Saúde Suplementar**: Nota Técnica para subsidiar BPS 24. [S. l.], 2015. Mimeografado.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 31 maio 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Minuta de Análise dos Gastos da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no período 2000 a 2010**. Brasília (DF), out. 2011. Documento elaborado por subgrupo da Câmara Técnica do SIOPS. Mimeografado.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)**. Brasília, DF, ©2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso em: mar. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Serviços disponíveis**. Brasília, DF, [200-?]. Disponível em: <<http://mdspravoce.mds.gov.br/assistencia-social/servicos-disponiveis>>. Acesso em: 5 set. 2011.

BURGOS, M. T. et al. **Público e privado no sistema de saúde brasileiro: a contextualização do debate em torno dos programas suplementares no setor público**. Rio de Janeiro, 1991. Relatório final de pesquisa. Convênio CEPECS/CASSI. Mimeografado.

CADERNO DA SAÚDE SUPLEMENTAR: benefícios, operadoras e planos. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro : ANS, mar. 2009.

CARNEIRO, L. A. **O sistema é suplementar ou substitutivo? Pela lógica do ressarcimento ao SUS**. São Paulo: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 28 abr. 2016. Disponível em: <<http://iess.org.br/?p=blog&id=150>>.

FAVERET, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre tendências do sistema de saúde. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

GARCIA, L.P. et al. Gastos com saúde das famílias brasileiras residentes nas regiões metropolitanas; composição e evolução no período, 1995-2009. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n 1, jan. 2013.

IBGE. Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-Satélite de Saúde: Brasil: 2005-2007**. Rio de Janeiro, 2009. (Contas Nacionais, n. 29). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conta_satelite_saude_brasil_n29.pdf>.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua Trimestral (PNAD Contínua)**: abril 2016. Brasília (DF), 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149>. Acesso em: 31 maio 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>.

IIESS(Brasil). **Nota de Acompanhamento do Caderno de Informações da Saúde Suplementar - NACISS**. 32. ed. São Paulo, jun. 2015. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/484f71303k4js6qe.pdf>>.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. **Physis**, Niterói, v. 1, p.77-115, 1991.

MARQUES, R.M; PIOLA, S.F. O financiamento da saúde depois de 25 anos de SUS. In: RIZOTTO, M. L. F; COSTA, A. (Org.). **25 anos de direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

MÉDICI, A. C. **A Medicina de Grupo no Brasil**. Brasília (DF): OPAS/ Representação do Brasil, 1991. (Série Desenvolvimento de políticas públicas, n. 1).

MENDES, E. V. As políticas de saúde nos anos 80. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do**

Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MENDES, A.; MARQUES, R. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. In: MARQUES, R; FERREIRA, M. (Org.) **O Brasil sob a nova ordem: a economia brasileira contemporânea: uma análise dos governos Collor a Lula**. São Paulo: Saraiva, 2009.

OCKÉ-REIS, C. O; FUNCIA, F, R. Insuficiência Orçamentária para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) agrava o quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde no período de 2014-2016. **Domingueira**, Campinas, n. 025/2015, 8 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%2020025%202015%20-%2008%2011%202015.pdf>>.

OCKÉ-REIS, C. O. **Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde: 2003-2011**. Brasília (DF): Ipea, 2013. (Nota técnica, n. 5).

PIOLA, S. F. **Impactos da PEC 358 no financiamento federal da saúde: será que valeu a pena?** Brasília (DF), 20 mar. 2015. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25409:2015-03-20-18-29-52&catid=46:artigos&Itemid=18>.

PIOLA, S.F; BARROS, M.E.D. **Documento de país para o Projeto Emerging Paradigm in Health Systems: entitlement**. Financiado pela Conferência Interamericana de Seguridade Social (CISS), 2005. Mimeografado.

PIOLA, S. F. et al. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de um rumo**. Brasília (DF): IPEA, 2013. (Texto para discussão, n. 1846).

PIOLA, S. F. et al. Gasto Tributário e conflito distributivo na Saúde. In: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H. M. dos; RIBEIRO, J. A. C. (Org.). **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009**. Brasília (DF): IPEA, 2010.

RIBEIRO, J. A. A.; PIOLA, S.F; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas; financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p.21-43, jan. 2007.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF): IPEA, 2011.

UGA, M. A. et al. Financiamento e alocação de recursos no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz 2012.

WHO. **World Health Statistics 2015**. Geneva, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=>>.