

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

**FELIPE GALVÃO MACHADO**

**OS GASTOS PÚBLICOS E PRIVADOS COM SAÚDE DAS FAMÍLIAS  
BRASILEIRAS DE 2000 A 2015**

**FLORIANÓPOLIS  
2015**

**FELIPE GALVÃO MACHADO**

**OS GASTOS PÚBLICOS E PRIVADOS COM SAÚDE DAS FAMÍLIAS  
BRASILEIRAS DE 2000 A 2015**

Monografia submetida ao Curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado.

**Orientadora: Carmen Rosario O. G. Gelinski**

**Coorientadora: Keli Regina Dal Prá**

FLORIANÓPOLIS, 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

A banca examinadora resolveu atribuir a nota **9,5** ao aluno **FELIPE GALVÃO MACHADO** na disciplina CNM 7107 – Monografia, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado em Ciências Econômicas.

Banca Examinadora:

---

Profª. Dra. Carmen Rosario O. G. Gelinski  
(Orientadora)  
(UFSC)

---

Profª. Dra. Keli Regina Dal Prá  
(Coorientadora)  
(UFSC)

---

Prof. Dr. Gueibi Peres Souza  
(UFSC)

FLORIANÓPOLIS, 2015

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, é claro, ao meu pai, minha mãe e ao meu irmão. Por me aceitarem absolutamente do jeito que eu sou, e por fazerem de mim, exatamente o que eu sou.

A minha orientadora, por me ouvir e compreender a minha paixão pela saúde pública. Obrigado pelo enorme voto de confiança, pelos conselhos e por mostrar caminhos a minha trajetória. Ainda, agradeço a minha coorientadora, por me despertar a capacidade de análise sobre a saúde pública, por suas aulas e por estimular as “minhas inquietudes” referentes a este tema.

Ao projeto de extensão VER-SUS, suas vivências e suas imersões. Agradeço profundamente pelas amizades feitas, pelas discussões e pelos olhares diversificados sobre o SUS.

A família que eu escolhi para a minha vida: os amigos e as amigas de Joinville, além disso, aos amigos e amigas “Economia UFSC” e as amizades feitas ao longo de minha graduação em Florianópolis. Obrigado por me amarem de todas as formas possíveis e imagináveis.

Finalmente, agradeço aos profissionais que acreditam realizar trabalho de “formiguinha” para contornar inequidades. Vocês são a minha inspiração.

*“Nesta Conferência está se tratando é de criar um projeto nacional que não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro”.*

(Sérgio Arouca, em 1986 ao falar na 8ª Conferência Nacional da Saúde)

## RESUMO

Esta monografia trata da questão do financiamento do SUS e da articulação entre a saúde pública e a suplementar, as quais fazem parte do campo da economia da saúde. Essa área do conhecimento é voltada para o desenvolvimento e uso de ferramentas de economia, na análise, formulação e na implementação das políticas em saúde. Tem por objetivo evidenciar as questões relevantes sobre os gastos das famílias destinados à saúde suplementar e analisar os gastos públicos e privados em saúde pública no Brasil. Nesse sentido, os estudos dos gastos das famílias destinados à saúde suplementar englobam questões da Economia da Saúde, que formam um campo importante de discussão dentro das Ciências Econômicas. O interesse por esta temática surgiu devido ao caráter duplicado e suplementar do sistema de saúde brasileiro, que ocasiona características ímpares na oferta, na demanda e no acesso de assistência à saúde aos cidadãos. A pesquisa é explicativa, com caráter qualitativo e segue o método monográfico, envolvendo revisão bibliográfica de estudos nacionais e internacionais no campo da economia da saúde, por isso, utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que é filiada ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) para retirar artigos, teses e dissertações para a construção teórica desse trabalho. No que tange as técnicas de pesquisa necessitou-se de recursos como gráficos, mapas e tabelas para facilitar a análise de estudo. Os dados dos gastos do Estado foram retirados das estatísticas do Banco Mundial (BM) com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dispêndios das famílias em bens e serviços públicos e/ou privados foram retirados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O financiamento do SUS é uma política de saúde de longo prazo, por isso, depende do compromisso da União, dos estados e dos municípios. Nesse sentido, quando se perde essa perspectiva, o campo da saúde coletiva torna-se uma antítese, pois falta a compreensão do “coletivo”, que se baseia em existir dificuldades de garantir as necessidades individuais porque a saúde é uma prioridade coletiva. Por isso, essa pesquisa contribui à economia da saúde e a traz novas ponderações para que outros pesquisadores aprofundem a complexidade dos limites à renúncia fiscal.

### **Palavras-chave:**

Economia da Saúde. Gastos Privados e Públicos. Saúde Pública. Renúncia Fiscal.

## **ABSTRACT**

This monograph deals with the SUS funding issue and the link between public health and supplemental, which are part of the health economics field. This area of knowledge is focused on the development and use of economic tools in the analysis, formulation and implementation of health policies. It aims to highlight the relevant issues on household spending allocated to health insurance and analyze public and private spending on public health in Brazil. In this sense, the study of household spending allocated to health insurance cover Health Economics issues, which form an important field of discussion within the Economic Sciences. The interest in this topic arose due to duplicate and supplementary nature of the Brazilian health system, which brings unique characteristics in supply, demand and health care access for citizens. The research is explanatory, with qualitative and follows the monographic method, involving literature review of national and international studies on the health economics field, so we used the Virtual Health Library (VHL), which is affiliated with the Department of Health Economics, Investment and Development (DESID) to remove articles, theses and dissertations for the theoretical construction of this work. Regarding the research techniques needed to features such as graphs, charts and tables to facilitate study analysis. Data from state spending were taken from World Bank (BM) statistics with support from the World Health Organization (WHO). Expenditures of households on goods and public and / or private services were taken from the National Survey by Household Sampling (PNAD), the Institute of Supplementary Health Studies (IESS), the National Health Agency (ANS) and Research Household Budget Survey (HBS) by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The SUS financing is a long-term health policy, therefore, depends on the commitment of the Union, states and municipalities. In this sense, when you lose that perspective, the field of public health becomes an antithesis, for lack understanding of the "collective", which is based on existing difficulties to ensure the individual needs because health is a collective priority. Therefore, this research contributes to health economics and brings new weightings so that other researchers deepen the complexity of the limits on tax breaks.

### **Key words:**

Health Economics. Private and Public Expenditure. Public health. Fiscal Resignation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BIREME	Biblioteca Regional de Saúde de São Paulo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BM	Banco Mundial
CEIS	Complexo Econômico-Industrial da Saúde
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSLL	Contribuição Social sobre Lucro Líquido
DESID	Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
DRGS	<i>Diagnosed Related Groups</i>
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
EC/29	Emenda Constitucional 29
FST	Força de Trabalho em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INSPER/SP	Instituto de Ensino e Pesquisa de São Paulo
IRPF	Imposto de Renda de Pessoa Física
OECD	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
MS	Ministério da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Proposta Nacional de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto



PIS	Programa de Integração Social
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>
WB	<i>World Bank</i>

## **LISTA DE QUADROS E MAPAS**

Quadro 1 - Exemplos de países com seus sistemas de saúde e o modo de financiamento	28
Mapa 1 - A taxa de cobertura de planos privados no Brasil - 2015	37

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Os planos privados e seu tipo de contratação – 2015	35
Gráfico 2 - Estrato econômico da população que possui plano de saúde em (%) - 2012	37
Gráfico 3 - Comparativo entre a população brasileira (2012) e os segurados por planos de saúde (2015)	39
Gráfico 4 - A distribuição do gasto privado com Saúde - 2008	40
Gráfico 5 - A distribuição dos gastos médios mensais familiares, segundo itens de assistência à saúde no Brasil em 2002 - 2003 a 2008 - 2009	41
Gráfico 6 - A previsão dos gastos tributários por função orçamentária e por modalidade de gasto/orçamento no Brasil em 2009 - 2015	43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Os gastos públicos e privados em saúde no Brasil em relação ao gasto total (2010 – 2012)	31
Tabela 2 - O gasto público com saúde em relação ao percentual do PIB destinado à Saúde de países selecionados - 2012	32
Tabela 3 - O <i>gasto per capita</i> com Saúde de países selecionados (em US\$) - 2012	33
Tabela 4 - O gasto público com saúde em relação ao percentual do gasto total de países selecionados - 2012	33

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 Problemática.....	13
1.2 Objetivo Geral.....	14
1.2.1 Objetivos Específicos.....	15
1.3 Justificativa.....	15
1.4 Metodologia.....	16
<b>II A ECONOMIA DA SAÚDE.....</b>	<b>18</b>
2.1 O campo de atuação.....	18
2.2 A Macroeconomia e a Microeconomia na Saúde.....	19
2.3 A renúncia fiscal na Saúde.....	21
<b>III O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....</b>	<b>23</b>
3.1 O resgate histórico da Saúde Pública no Brasil.....	23
3.2 Os tipos de sistema de saúde e o modo de financiamento.....	27
3.3 O financiamento do SUS.....	29
<b>IV OS GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>31</b>
4.1 Os gastos do Estado com Saúde.....	31
4.2 Os gastos das famílias com Saúde.....	40
4.3 A renúncia fiscal em saúde no Brasil e os possíveis efeitos na equidade do SUS.....	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## I INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro pode ser retratado como uma dicotomia, pois ao mesmo tempo em que o Estado garante a saúde como direito, também assegura espaço às organizações privadas. Além disso, o complexo econômico-industrial da saúde é um âmbito de disputa por mercados consumidores, em virtude da proliferação de planos e seguros de saúde (saúde suplementar). Logo, a gestão, planejamento e avaliação dos sistemas de saúde são primordiais para que os serviços e ações contemplem as necessidades da população. Nesse sentido, os estudos dos gastos das famílias destinados à saúde suplementar englobam questões da *Economia da Saúde*, que formam um campo importante de discussão dentro das Ciências Econômicas.

### 1.1 PROBLEMÁTICA

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) instituiu a saúde como direito (Art. 196), e também, de que esse campo é livre à iniciativa privada (Art. 199). Segundo Ocké-Reis (2012) o setor da saúde engloba tensão e disputa, porque envolve setores da economia que possuem características heterogêneas. Nesse sentido, conforme Caetano (2008) o Estado tem o papel de fiscalizador da iniciativa privada através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no entanto, essa parcela dos prestadores de saúde atua tanto pelo sistema público quanto pelas operadoras de planos e seguros de saúde.

Com base nisso, deve-se atentar para a forma como a iniciativa privada se insere no contexto da saúde, pois de acordo com a Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OECD, 2007), essa pode ser: suplementar, complementar, substitutiva e primária. A primeira comercializa planos de saúde que já oferecem serviços previamente cobertos pelo sistema público, logo, trata-se de duplicação da assistência à população. A complementar oferece serviços não cobertos pelo sistema estatutário, ou de maneira apenas parcial. No caso em que o indivíduo pode optar pelo sistema privado ou público, têm-se, o seguro substitutivo. Por fim, a primária apresenta-se como a forma predominante em um sistema de saúde, um exemplo, é o dos Estados Unidos, que é essencialmente privada (SANTOS, SANTOS e BORGES, 2013).

De acordo com Prado (2006) o Brasil é um país com disparidades socioeconômicas e financeiras, no que tange à distribuição de recursos. Nessa perspectiva, Santos, Santos e

Borges (2013) ressaltam que os segurados por planos de saúde, também utilizam bens e serviços via Sistema Único de Saúde (SUS), por isso, infere-se a duplicação de cobertura a esses indivíduos.

A questão do financiamento do SUS e da articulação entre a saúde pública e a suplementar fazem parte do campo da economia da saúde. Essa área do conhecimento é voltada para o desenvolvimento e uso de ferramentas de economia na análise, formulação e a implementação das políticas em saúde. Logo, busca-se o aumento da eficiência no uso dos recursos públicos e a equidade na distribuição dos benefícios de saúde por ele propiciados (MENDES, 2006).

Em se tratando dos gastos destinados à saúde suplementar, pode-se associar esse fato ao nível da *renda per capita* das famílias brasileiras. Além disso, entende-se que o Estado condiciona o aumento dos gastos à atenção privada, por meio da renúncia fiscal, que desonera os recursos direcionados a saúde pública ao mesmo tempo em que a segmenta. Por conseguinte, cria-se um cenário favorável à preferência pelos planos de saúde em detrimento de um sistema financiado por recursos essencialmente públicos. Portanto, a duplicação de cobertura torna-se natural aos cidadãos, e muitas vezes, os planos privados são aspirados pelos que ainda não o possuem (OCKÉ-REIS, 2012).

Nesse contexto é que será discutida a necessidade das famílias de alocarem seus gastos em serviços para suprir suas necessidades em saúde. Conforme Miotto, Dal Prá, Gelinski e Moser (2014, p. 56) “os gastos com saúde são a face mais visível da transferência da responsabilidade para as famílias”. Por isso, destaca-se como problema de pesquisa desse trabalho: Como se dá à alocação de recursos das famílias entre gastos públicos e privados em saúde no Brasil de 2000 a 2015?

## 1.2 Objetivo Geral

Discutir os gastos públicos e privados com saúde das famílias brasileiras de 2000 a 2015.

### 1.2.1 Objetivos Específicos

- a) Apresentar o campo da Economia da Saúde e a renúncia fiscal com Saúde;
- b) Contextualizar o processo de estruturação do SUS e seu financiamento;
- c) Discutir os gastos com saúde do Estado.

### 1.3 Justificativa

O SUS, conforme estabeleceu a CF/1988, foi baseado nos princípios da universalidade, integralidade, igualdade, gratuidade de acesso e financiamento através de tributos. No entanto, existem dificuldades em assegurar a todos os brasileiros, o acesso aos bens e serviços desse sistema público de saúde. Nesse sentido, como as famílias querem obter o acesso integral de assistência à saúde, muitas tendem a recorrer aos planos e seguros privados. Nessa lógica, tem-se a duplicação de assistência à saúde, pois o indivíduo pode utilizar os mesmos serviços de assistência à saúde tanto pela via pública quanto pela via privada (OCKÉ-REIS, 2012).

No que tange à cobertura duplicada, pode-se inferir que a regulação se torna mais complexa porque o Estado pode ter problemas para distinguir o que é “público” e o que é “privado”, pois os serviços ofertados são os mesmos, e muitas vezes, nos mesmos locais de porta de entrada aos usuários. Assim, quando o Estado propicia a expansão dos planos e seguros privados para desonerar as contas públicas em saúde, faz-se necessário analisar a composição dos gastos destinados à saúde suplementar.

Segundo Caetano (2008), a ANS auxilia na regulação do setor de saúde suplementar, e conseqüentemente, no campo público-privado da saúde no país. De acordo com o autor (2008, p. 770) a “regulação ocorre quando o governo controla ou deliberadamente influencia determinada atividade, pela manipulação de variáveis como preço, quantidade e qualidade”. Por isso, a linha de cuidado aos segurados deve possuir dimensões macro e micro institucionais para que ocorra o fluxo de satisfação de suas necessidades. Isso significa que a operadora tem a responsabilidade do cuidado integral do usuário, logo, a fragmentação de assistência não promove esse objetivo (MALTA, 2004).



Essa pesquisa baseia-se na concepção de que Economia da Saúde, de acordo com Del Nero (1995, p. 11) “lança mão da colaboração multidisciplinar para entender o significado das necessidades de serviços de saúde e as relações entre oferta e demanda”. Nessa direção, “a contribuição desta disciplina transforma os investimentos em melhores condições de saúde, estabelecendo assim a base para o crescimento econômico futuro” (DEL NERO, 1995, p. 20).

### 1.3 Metodologia e Organização do Trabalho

A pesquisa é explicativa, com caráter qualitativo, porque demonstra processos sociais para que seja possível contextualizar comportamentos e ações de agentes econômicos (GIL, 2008). Nessa lógica, o trabalho segue o método monográfico, pois segundo Gil (2008, p. 18) “parte do princípio de que o estudo de um caso em profundidade pode ser representativo em muitos outros ou mesmo de casos semelhantes”. Nesse sentido, foi necessária uma revisão bibliográfica de estudos nacionais e internacionais no campo da economia da saúde, por isso, utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que é filiada ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) para retirar artigos, teses e dissertações para a construção teórica desse trabalho.

No que tange as técnicas de pesquisa necessitou-se de recursos como gráficos, mapas e tabelas para facilitar a análise de estudo. Os dados dos gastos do Estado foram retirados das estatísticas do *World Bank* (WB) com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os dispêndios das famílias em bens e serviços públicos e/ou privados foram retirados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), da Agência Nacional da Saúde Suplementar (ANS) e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram utilizados para alcançar os objetivos específicos, pois representam os gastos públicos e privados dos brasileiros em serviços de assistência à saúde.

Em termos de estrutura, o trabalho tem mais três capítulos, além desta introdução.

O Capítulo II apresenta o campo da Economia da Saúde, e cita seus principais trabalhos. Nesse sentido, ao se buscar por melhor acepção desse campo de estudo, ressaltam-se duas importantes disciplinas no curso de Ciências Econômicas, que são a Macroeconomia e a Microeconomia, direcionando seu instrumental teórico à saúde publica. Por fim, faz-se uma

explicação geral do gasto em saúde (renúncia fiscal) para contextualizar a discussão principal desse trabalho: os gastos das famílias destinados à saúde suplementar.

Já o Capítulo III faz um breve resgate histórico da saúde pública no Brasil percorrendo seus desafios e perspectivas até a instituição do SUS. Ao seguir essa lógica, estrutura-se a político-gestão do SUS e de como se financia os serviços para garantir o acesso à assistência à saúde dos usuários. Com base nisso, comparam-se as diferenças dos sistemas de saúde de outros países com o SUS para perceber semelhanças e discrepâncias quanto à maneira de financiar e gerir a Saúde Pública.

O Capítulo IV é uma análise da distribuição dos gastos públicos e privados em Saúde, com destaque para os gastos das famílias destinados à saúde suplementar. A partir dessa análise, reflete-se sobre o financiamento e gestão do SUS pelo Estado, para discutir qual é o peso dos gastos das famílias no orçamento da Saúde Pública.

Finalmente, nas considerações finais, resgatam-se as principais discussões a respeito das relações entre a saúde pública e a suplementar, e especificamente, o financiamento do SUS.

## II A ECONOMIA DA SAÚDE

Esse capítulo está dividido em três seções. A primeira situa o campo da economia da saúde, com os principais autores e trabalhos. Já a segunda parte desse capítulo, ressalta dois ramos importantes no curso de Ciências Econômicas, que são a Macroeconomia e Microeconomia, com foco direcionado à saúde pública. Por fim, apresenta-se uma temática específica do campo da economia da saúde, que é o gasto em saúde (renúncia fiscal) destinado à atenção privada.

### 2.1 O CAMPO DE ATUAÇÃO

No âmbito da saúde há necessidades de pesquisas que se dediquem à análise da satisfação das necessidades dos indivíduos, das empresas e do Estado. Por conseguinte, é fundamental a aplicação do instrumental macro e microeconômico para contextualizar esse campo de estudo (DEL NERO, 1995). A *economia da saúde* por definição de Del Nero (1995, p. 20) é “o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar a população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta, meios e recursos limitados”.

Nesse contexto, é importante destacar os principais trabalhos nesse campo de atuação das ciências econômicas. O trabalho de Arrow (1963) publicado na Revista *American Economic Review* abordou aspectos fundamentais para os iniciantes no assunto, e também, focalizou em questões de financiamento dos serviços de saúde para estruturar a disciplina. Em 1981, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) fez um relatório para apoiar os programas de formação de administradores da saúde, e parte deste levantamento, abordou a economia da saúde, que revelou em torno de 250 trabalhos em bibliotecas médicas e administrativas, com destaque para a Biblioteca Regional de Saúde (BIREME) em São Paulo.

Nos Estados Unidos, a partir de 1960, os autores Fuchs, Thompson e Fetter foram os principais responsáveis pelo desenvolvimento de conceitos e aplicações *dos Diagnosed Related Groups* (DRG's), que são recursos muito utilizados para o pagamento e o controle de custos hospitalares. No Reino Unido, a economia da saúde teve o desenvolvimento teórico influenciado por Abel-Smith (1976) com a publicação de seu livro *Valeu for Money in Health Service*. O trabalho de Abel-Smith é um marco teórico na economia da saúde, e suas

contribuições são de nível internacional, aplicadas na Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Internacional do Trabalho (OIT).

O papel da economia da saúde é interpretar e compreender as necessidades de serviços de saúde, com suas relações de oferta e demanda à população (MENDES, 2006). Exemplos de análise na economia da saúde são estudos feitos sobre programas de saúde pública, como o da imunização, o de doenças sexualmente transmissíveis, como o da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST-AIDS), o da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as políticas públicas dos medicamentos genéricos, dos transplantes e do controle de qualidade do sangue. O foco não pode ser apenas os dispêndios nesses programas, pois a área da saúde pública, não pode ser vista apenas como um gasto, mas sim como um investimento na economia (GIOVANELLA, 2012).

Conforme Culyer (1978 *apud* Del Nero, 1995, p. 19) “poucos conceitos econômicos não são aplicáveis ao setor saúde”. Assim, de acordo com Del Nero (1995, p. 20) “a economia da saúde passa a explorar tópicos relevantes para sua aplicação” no que tange a demanda, oferta e acesso de assistência à saúde. Nesse sentido, podem ser formuladas questões a respeito das desigualdades de acesso aos sistemas de saúde, da distribuição geográfica da força de trabalho em saúde (FTS) e da competição dos mercados de planos e seguros privados de saúde. De acordo com Del Nero (1995, p. 17) “essas perguntas são amplas e não podem ser respondidas sem a devida contextualização, ou seja, existe um pano de fundo no qual elas se confundem ou do qual se destacam”.

A *economia da saúde* é um campo abrangente que perpassa por diferentes âmbitos e esferas no cotidiano do indivíduo, que depende, direta ou indiretamente, de serviços e ações em saúde (SUS). Assim, como no Brasil existe um descompasso da garantia ao direito à saúde, é essencial que esse ramo da economia encontre as respostas para otimizar e controlar o “papel do serviço econômico na saúde” (DEL NERO, 1995).

## 2.2 A Macroeconomia e a Microeconomia na Saúde

As condições de saúde estão sujeitas também “à forma como são conduzidas as diferentes políticas públicas responsáveis pela garantia de condições mínimas de bem-estar para a população”. Isto significa que para ocorrer o desenvolvimento econômico e social, deve-se almejar por uma compatibilização entre o mercado, a democracia e o bem-estar coletivo. Estas perspectivas remetem às especificidades do sistema de saúde brasileiro, com

destaque para: o financiamento da saúde; a segmentação do mercado; a demanda existente e o impacto de novos investimentos e mecanismos de regulação do mercado de saúde (VIANA e SILVA, 2015, p. 71).

Segundo Viana e Silva (2015, p. 63) “a macroeconomia é o ramo da ciência econômica que estuda a determinação e comportamento dos grandes agregados macroeconômicos”. Para eles (2015, p. 64) a macroeconomia da saúde “preocupa-se com as questões que afetam os sistemas de saúde no seu conjunto, envolvendo duas grandes áreas de investigação: gasto, emprego, inflação [...] e a situação de saúde da população e sua relação com as variáveis de natureza econômica”. Logo, pela ótica da *economia da saúde* entende-se a necessidade da tomada de decisão para os processos de gestão, planejamento e avaliação das políticas em saúde.

O Complexo econômico-industrial da saúde (CEIS), conforme Gadelha *et al.* (2012, p. 218) “relaciona segmentos com dinâmicas bastante diferenciadas entre si, mas que compartilham do mesmo arcabouço político institucional, referente ao ambiente regulatório”. Para Gadelha *et al.* (2012) o Ceis é composto pelas indústrias farmacêuticas; vacinas (produção); hemoderivados; reagentes para diagnósticos; equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos; e os setores prestadores de serviços. Isto significa que o setor público deve empreender políticas em saúde que visem à seguridade social, e também que forneça o arcabouço legal para o setor privado que gere investimentos, emprego e renda.

É importante enfatizar que o protagonismo do Estado “atua como mediador tanto na regulação da relação entre os geradores de recursos, como os provedores de serviços e a população quanto à execução e na provisão direta de bens e serviços”. E é exatamente isso que a economia da saúde tenta, ou seja, compreender a relação entre os usuários, prestadores de serviços e as empresas (GADELHA *et al.*, 2012, p. 218)

No âmbito da microeconomia da saúde, devem-se compreender os conceitos do risco moral e da seleção adversa. O primeiro é “a imposição de barreiras para a entrada de clientes de alto risco, e a adoção de prêmios diferenciados de acordo com os riscos”. O segundo é “a incorporação de clientes de maior risco, em decorrência do comportamento do usuário em omitir informações sobre suas reais condições de saúde”. Isso significa que a operadora de plano de saúde cobra diferentes prêmios (mensalidades), para que haja menor risco e custos médios (VIANA e SILVA, 2011, p. 62).

Conforme Escrivão Junior e Kishima (2011, p. 126) a expansão do mercado privado de saúde suplementar é “estimulado principalmente pela insuficiência dos sistemas públicos

de saúde e pela demanda das classes mais altas por serviços diferenciados”. Além disso, os autores (2011, p. 126) ressaltam que “outro fator para tal expansão é a isenção fiscal” proporcionada pelo Estado. Logo, entende-se, que a lógica liberal permite várias modalidades de operadoras de planos de saúde, com características e funcionamentos próprios. Com isso, segundo Viana e Silva (2011, p. 73) têm-se o estabelecimento de uma dicotomia: “a desmercantilização do acesso (saúde como direito) junto à mercantilização da oferta (saúde como bem econômico) ligado a um complexo industrial (saúde como espaço de acumulação de capital)”.

Percebe-se, que a microeconomia da saúde, é o estudo do comportamento dos consumidores frente à oferta e demanda de serviços em saúde. Com base nisso, têm-se a formação de preços das mensalidades (prêmios) que ocorre com a organização e a estruturação dos diferentes mercados. Logo, o ramo da *economia da saúde* necessita entender os mercados e prever as possíveis mudanças, para que as políticas públicas cumpram sua função de diminuir as desigualdades e proporcionar o bem-estar social.

Segundo Mendes (2006, p. 261) “para a economia, o conceito de custo-benefício é central, isto é, que seja perseguido o menor esforço (custo) possível para o melhor resultado possível obtido”. Especificamente, no caso do financiamento do SUS, há entraves desde a sua implementação na CF/88, portanto, cabe aos economistas da saúde elaborar um orçamento que o Estado execute, e que reflita as prioridades da população.

### 2.3 A renúncia fiscal na Saúde

O sistema de saúde público requer financiamento adequado para que haja qualidade dos serviços, nesse sentido, a organização tributária é um instrumento que proporciona a distribuição mais justa dos recursos públicos (BRASIL, 2011). Conforme Barbosa (2015), o sistema público de saúde “a partir dos famosos artigos 196<sup>1</sup> e 199<sup>2</sup>, vem sofrendo com a ausência de leis complementares que possam garantir a sua expansão sem, ao mesmo tempo, ferir os dispositivos básicos constitucionais”. Nessa perspectiva, Mendes e Weiller (2015, p.493) argumentam:

---

<sup>1</sup> A saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

<sup>2</sup> A assistência à saúde é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988).

“A constatação do reduzido gasto público deve também ser entendida a partir do incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de Imposto de Renda a pagar, da pessoa física ou jurídica, aplicada sobre despesas com plano de saúde e/ou médicas e similares”.

No que diz se respeito ao financiamento do sistema público, existem três tributos importantes; o Programa de Integração Social (PIS), a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL). Esses tributos compõem a parte central do orçamento destinado à seguridade social (Saúde, Assistência e Previdência). Nessa perspectiva, entende-se que a renúncia fiscal pode afetar o orçamento a Saúde, e conseqüentemente, no financiamento dos serviços e ações do SUS.

De acordo com Ocké-Reis (2012, p. 146) “o montante de arrecadação fiscal está relacionado com os gastos privados em saúde, os quais, por sua vez, estão condicionados pela renda dos indivíduos e pelo lucro das empresas”. Nessa linha, considera-se um fator implícito na renúncia fiscal, que é o de caráter regressivo, pois favorece grupos sociais com maior capacidade de gasto. Percebe-se, portanto, que os aspectos levantados sobre a renúncia fiscal são objetos do estudo da economia da saúde, pois compreendem instrumental macro e microeconômico para a contextualização dos possíveis efeitos de isenção fiscal na saúde pública.

### III O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O direito à saúde no Brasil institui-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988). A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, que visava um atendimento universal e integral à população brasileira, se qualifica como a maior política de inclusão social já idealizada no país. Anteriormente à criação do SUS, os cidadãos do país eram segregados de acordo com sua contribuição tributária relacionada ao mercado formal de trabalho. Nessa perspectiva, o capítulo aborda o resgate histórico da Saúde Pública no Brasil, e faz observações a respeito dos tipos de sistema de saúde e seus modos de financiamento. Na seção final do capítulo, discute-se sobre os impasses do financiamento do SUS.

#### 3.1 O RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

De acordo com Mendes (1995) desde a era Colonial brasileira até a República Velha (1500 a 1930) a saúde era uma responsabilidade individual. Nesse período, o Estado preocupava-se com as repercussões econômicas de suas ações em saúde, por isso, a maioria dos espaços saneados eram os que tinham grandes circulações de bens e pessoas. As práticas médicas estavam distantes dos mais pobres, e a inexistência de ações governamentais de cunho universal dificultavam a perpetuação do bem-estar social. Com essa ênfase “curativa” dirigida especialmente aos indivíduos, o cuidado profissional centrava-se numa esfera de gestão de oferta, e seu financiamento efetuava-se por procedimento (MENDES, 2011).

Com o advento de Getúlio Vargas ao poder (1930 a 1945), eram necessárias novas diretrizes econômicas para atender as crescentes demandas em saúde dos trabalhadores urbanos. Ele adotou um sistema de previdência nacional (seguro nacional) gerido pelo Estado, com o intuito de que os recursos arrecadados fossem destinados aos principais projetos do governo, dentro destes, a saúde. Os operários com carteira assinada (emprego formal) contavam com a “proteção do Estado”, enquanto os desempregados ou trabalhadores informais encontravam-se aquém das ações de assistência à saúde do Estado. Esta forma de proteção social remete ao conceito de “cidadania regulada”, ou seja, para ser cidadão era necessário ter uma profissão reconhecida pelo Estado e pelos sindicatos (SCOREL e TEIXEIRA, 2012).

A adoção desse modelo de seguro nacional surgiu com o instrumento de capitalização, que funcionou na base de reservas financeiras. Estas são utilizadas de modo a



defender o seu valor dos desgastes inflacionários, ou mesmo crescer em termos reais, por isso, esses investimentos eram feitos à base de títulos de dívida pública ou ações de empresas semiestatais (do período). Isso significa que as instituições de Previdência eram forçadas a comprar esses papéis, pois eram as melhores e mais seguras opções de investimento no mercado financeiro embrionário da época (SCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Ao final da II Guerra Mundial (1945), este modelo de capitalização do sistema de previdência, criado no primeiro Governo Vargas (1930), perdeu força social e política. Isto adveio da acentuação das diferenças dos benefícios entre as classes “formais e informais” dos trabalhadores do país, pois a conjuntura mais democrática dos países europeus exercia influência nas concepções do sistema previdenciário brasileiro. Dessa forma, o conceito de seguro social é desmontado para a seguridade social, o que tornou o Estado detentor de obrigações naturais e alienáveis para com o cidadão. Portanto, entende-se que a saúde ganha uma nova perspectiva perante a gestão administrativa do Estado, o que implicou em uma intervenção ativa dele (SCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Sob essa nova égide, os governos subsequentes tiveram a árdua tarefa de garantir o crescimento econômico, e, no campo da saúde, foi necessário rever as políticas e as práticas. Estas últimas, muito especializadas e fragmentadas, refletiram o longo histórico de descompasso das prioridades estatais na prestação de serviços em saúde. Ademais, no segundo Governo Vargas, é importante frisar a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, que articulou interesses dos gestores em políticas em saúde pública. Isso significa que a saúde foi institucionalizada como setor autônomo, logo, requeriam-se políticas eficazes para sua autonomia (SCOREL e TEIXEIRA, 2012).

Na década de 50 e na de início de 60, as pressões econômicas ao longo do governo Vargas (1951-1954) e do Juscelino Kubitschek (1956-1960) repercutiram em reformas de base no campo da saúde, que eclodiram nas origens da municipalização dos serviços em saúde. Isto significa que ocorreu uma “guerra” política quanto à distribuição de recursos e nas estruturas das diretrizes para a defesa da saúde coletiva. Desta forma, elaborou-se um projeto sanitário dividido em um modelo de atenção básica até o nível terciário, sendo este último constituído por atendimento médico-hospitalar especializado (SCOREL e TEIXEIRA, 2012).

De acordo com Scorel (2012), no governo de Jânio Quadros (1961), acentuaram-se ainda mais as insatisfações da direita com as “políticas de esquerda”, e após sua renúncia, o país enfrentou um cenário econômico-político frágil, que se mostrava a mercê de qualquer

tipo de estopim. Inevitavelmente, os militares (1964-1985) ocuparam o poder, e assim, as políticas em saúde estavam com seu destino incerto, pois nessa época, os governantes adotaram políticas liberais para atingir o desenvolvimento econômico. Logo, os padrões de organização das práticas médicas tornam-se voltadas para a lucratividade do setor, e isto tornou o Estado uma espécie de colaborador dos objetivos empresariais.

A contratação de serviços privados de saúde em hospitais e laboratórios gerou um aumento de leitos privados, e conseqüentemente, os procedimentos eram feitos com base no retorno financeiro a instituição. Isto significa que as empresas eram livres para estabelecer seus padrões de atendimento, pois não eram reguladas e nem sofriam sanções. Além disso, surgiu uma modalidade de assistência à saúde denominada de “medicina de grupo” voltada, inicialmente, aos trabalhadores das empresas. As firmas que forneciam essa nova variante de atenção à saúde (convênios) deixam de contribuir a previdência social, pois o Estado incentivava e tinha interesse de diminuir a quantidade de serviços prestados e, conseqüentemente, os custos desses serviços (SCOREL, 2012).

Nos anos 80, segundo Jairnilson Paim (2008 *apud* Escorel, 2012, p. 342) houve uma reforma sanitária que visou “à democratização da saúde, do Estado e da sociedade”. Assim, em 1986, foi convocada a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), que foi de suma importância para garantir recursos e comprometimentos dos governos estaduais e do Federal para articular as políticas em saúde. Além disso, foi a primeira que obteve ampla participação social, pois muitos civis foram delegados diretos (poder de voto), e assim, estabeleceu-se ideais para a formação de um sistema de saúde público. Segundo Escorel (2012, p. 357) ele seria baseado nas diretrizes para se obter “unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social”.

Os grupos heterogêneos que constituíam o quórum da 8ª CNS apresentaram seus interesses, ressaltaram suas perspectivas das políticas em saúde no país, e especialmente, tiveram de analisar os limites e entraves para a constituição de um sistema nacional de saúde no Brasil. Isso significava que o financiamento era uma questão central ao se tratarem de políticas em saúde, por isso, estabeleceu-se que a saúde é parte da seguridade social (Art. 194). Logo, a Constituição Federal de 1988 é o marco-legal que determinou a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (Art. 196), e, assim, criou-se o SUS regido pelos princípios de descentralização, integração e participação da comunidade (SCOREL, 2012).

De acordo com Viana e Levcovitz (2005 *apud* NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012, p. 366) a Seguridade Social é uma “intervenção específica do Estado na área social [...] caracterizada pela distribuição de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma nação, abrangendo, previdência, saúde, assistência social, educação e outros direitos sociais”. No que se refere à Saúde, foi instituído o SUS, definido pela lei 8.080 de 1990, como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações Mantidas pelo Poder Público”.

É importante frisar, que o SUS pode recorrer à iniciativa privada para garantir a cobertura assistencial à população. Este dispositivo é garantido no Art. 199 da CF/88, entretanto, essa participação, é de cunho complementar. Explicita-se da seguinte maneira: “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”, e de acordo com o primeiro inciso: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. Dessa maneira, o desafio do SUS é estabelecer limites de financiamento as instituições privadas e sua respectiva regulação.

Conforme visto, o SUS não é estritamente público, mas sim, é um composto público-privado de oferta e prestação de serviços à população. Além disso, o mesmo ocorre com o financiamento das ações em saúde, logo, entende-se que o Estado tem uma “dupla carga tributária”, ou seja, os impostos arrecadados são direcionados para o setor público e privado. Estes últimos constituem, majoritariamente, os hospitais e unidades de diagnose e terapia (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

A universalidade de acesso, a igualdade de assistência à saúde, a integralidade dessa assistência, a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa são os princípios e diretrizes que regem o SUS, isto é, que está instituído nos termos de lei. Obviamente, o SUS, não funcionava exatamente desta maneira porque existem dificuldades para assegurar esta política nacional de saúde.

Nesse contexto, para que haja uma gestão eficiente do Estado, necessita-se de processos decisórios cooperativos, isto significa que a descentralização visa efetuar uma melhor troca entre os governos locais e proporcionar incentivos pela instância central. Além disso, devido à complexidade do território brasileiro, a regionalização é importante, porque demonstra que as necessidades em saúde são distintas no país. Logo, promove-se a integração das políticas públicas para o planejamento, gestão e avaliação dos serviços em saúde.

A partir dessas inferências sobre a descentralização, regionalização e hierarquização entendem-se que as necessidades em saúde, a força de trabalho em saúde (FTS), o nível de tecnologia e os custos dos serviços, não se distribuem de maneira uniforme no país. Desta maneira, é preciso sistematizar uma rede de atenção em saúde no SUS, e segundo Noronha, Lima e Machado (2012, p. 369) esta “é um conjunto de estabelecimentos, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender as necessidades em saúde da população”.

De acordo com Elias (2011, p. 3), a distribuição das ações e serviços, é dividida por níveis. No primário, é onde estão “os equipamentos com menor grau de incorporação tecnológica do sistema” e a capacitação profissional é “abrangente para atender os eventos mais prevalentes da população”. No nível secundário, cabem “os equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica”, e as “áreas médicas são especializadas; clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia e pediatria”. Por sua vez, o nível terciário contempla “equipamentos com alta incorporação tecnológica e o pessoal que trabalha necessita de formação especializada mais intensiva”.

A regionalização e a hierarquização de acordo com Noronha, Lima e Machado (2012, p. 369) “exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário e que possam retornar a sua unidade básica de origem (mecanismos de referência e contra referência)”. Quando se têm em foco estas especificidades do SUS, requer-se que os gestores sejam capacitados para compreender o espaço político-administrativo, e conseqüentemente, garantir os recursos que vislumbrem as peculiaridades de cada região do país.

### 3.2 Os tipos de sistema de saúde e o modo de financiamento

É importante verificar de que forma alguns países regem suas políticas em saúde. Existem os sistemas baseados no seguro social, como os da Alemanha, Argentina e Chile, que de acordo com Ugá, Porto e Piola (2012, p. 399) tem “[...] como principal fonte de financiamento as contribuições individualizadas, compulsórias e proporcionais à renda [...], advindas dos trabalhadores e/ou das empresas”. Já os sistemas nacionais de saúde, são regidos por impostos diretos, como é o caso da Dinamarca, Inglaterra e Canadá.

Os sistemas de cunho liberal promovem o acesso dos serviços em saúde pelas leis de mercado, e conseqüentemente, seus gastos são efetuados por meio de desembolso direto (*out-*

*of-pocket*) e pela compra de seguros e planos oferecidos pelas empresas. Este modelo é o dos Estados Unidos, que com o passar dos anos, passou a utilizar intervenção estatal para suprir a desigualdade de serviços à população. O programa *Medicare*<sup>3</sup> é destinado aos aposentados, e é financiado com contribuições sobre a folha de salários. Por outro lado, o *Medicaid*<sup>4</sup> é destinado aos mais pobres, e este é financiado por meio de impostos gerais (UGÁ, PORTO e PIOLA, 2012).

Ao longo da história das políticas em saúde do Brasil, é possível inferir momentos que o país transitou por todas essas formas, muitas vezes, de maneira mais ou menos acentuada que países europeus, latino-americanos e o estadunidense. Em termos gerais, hoje, temos um sistema universal e gratuito financiado por meio de tributos diretos, e, ao mesmo tempo, muitas famílias recorrem ao pagamento de mensalidades de convênios para assegurar assistência médica (WHO, 2015).

O quadro 1 resume as diferenças de alguns países quanto ao tipo de sistema de saúde e o respectivo modo de financiá-lo. No que tange ao Brasil, de acordo com Mioto, Dal Prá, Gelinski e Moser (2014, p. 72) “a política social brasileira opera a partir da presença tradicional e marcante da família na cobertura dos riscos da vida do sujeito”. Nesse contexto, pode-se compreender a problemática do financiamento do SUS, pois seus serviços atingem quase totalidade da população brasileira (BRASIL, 2007).

Quadro 1 - Exemplos de países com seus sistemas de saúde e o modo de financiamento

<b>Países</b>	<b>Tipo de Sistema de Saúde</b>	<b>Modo de Financiamento</b>
Alemanha, Argentina e Chile	Seguro Social	Contribuições proporcionais à renda dos trabalhadores
Dinamarca, Canadá e Inglaterra	Seguro Nacional	Impostos diretos
Estados Unidos	Liberal	Desembolso direto e/ou aquisição de convênios
Brasil	Seguro Nacional e Saúde Suplementar	Impostos Diretos e/ou aquisição de convênios

Fonte: Elaboração do autor.

<sup>3</sup> Segundo Estudo... (2013) os imigrantes contribuem mais para esse programa do que o usufruem, contrariando opiniões de que a entrada desses imigrantes iria drenar recursos dos programas federais de saúde.

<sup>4</sup> De acordo com Folland, Goodman e Stano (2008) existe a preocupação do ser necessário, o pagamento de franquias extras, quando o usuário extrapola o número de dias de utilização do programa.

### 3.3 O financiamento do SUS

O sistema de saúde brasileiro (SUS) é financiado por meio de tributos (BRASIL, 2007). De acordo com Ugá, Porto e Piola (2012, pg. 395), “o financiamento de sistemas de saúde diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma determinada sociedade”. Os gastos podem ocorrer de três formas: a) Estado, por meio de tributos ou empréstimos; b) Famílias, por meio de compras diretas, aquisição de planos privados de saúde e por meio de poupanças individuais; c) Empresas, quando participam do ônus financeiro das medicinas de grupo (convênios) a seus trabalhadores.

No que tange aos tributos, é importante desmembrá-los em impostos e contribuições sociais. Isso significa entender que os impostos não têm alocação pré-definida, ou seja, os governantes os destinam as áreas de sua estratégia de política vigente. No entanto, as contribuições sociais, no caso da saúde, são destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS), por isso, estas têm um destino específico. Além disso, os tributos podem incidir sobre os indivíduos, as empresas e as transações comerciais de produtos e serviços (UGÁ, PORTO e PIOLA, 2012).

Quando os tributos incidem sobre a renda das famílias, das empresas e de suas respectivas propriedades, classificam-se como impostos diretos. Esse tipo de tributação não pode ser transferida a outros agentes econômicos. Entretanto, quando os impostos incidem sobre as transações comerciais ou no valor das mercadorias, é categorizado como imposto indireto. É importante demonstrar que o sistema tributário brasileiro, prega (em tese) a progressividade de tributos para garantir a equidade. Isso significa que os mais ricos devem pagar proporcionalmente mais, pois conforme o tamanho de sua renda, maior deve ser a taxa da alíquota, e conseqüentemente, da contribuição. Por fim, os tributos proporcionais incidem sob toda a população, com a mesma taxa de alíquota, e estão relacionadas a transações comerciais ou de bens, por exemplo.

Um caso de um tributo específico, que incidiu sobre toda a população brasileira, é a Contribuição Provisória sobre Movimentações financeiras (CPMF). Em seu projeto (1997), foi vinculada exclusivamente à saúde, e posteriormente também foi encaminhada parcialmente para a previdência social (UGÁ, PORTO e PIOLA, 2012). A introdução desse imposto tinha o objetivo de fornecer recursos para o financiamento do SUS, no entanto, segundo Ocké-Reis (2012) o Governo, muitas vezes, desvinculou parte do volume de recursos da CPMF para o pagamento de amortização de dívida externa.

A Desvinculação das Receitas da União (DRU)<sup>5</sup> foi adotada em 1994, com o Plano real, e tinha por objetivos aumentar a flexibilidade dos gastos governamentais e permitir a geração de superávit primário, que constitui elemento primordial para controlar a inflação. Nesse sentido, a DRU pode-se desvincular em até 20% das receitas da saúde, assistência e previdência, e assim, infere-se que os recursos ao SUS são diminuídos conforme as necessidades das políticas econômicas dos Governos.

A tendência histórica de subjugar o campo da saúde pública garante um problema crônico de financiamento, e com a criação do SUS, este enfrenta pontos de estrangulamento. Com a derrocada da CPMF em 2007, a saúde, e conseqüentemente, o SUS perdeu bilhões em recursos, pois segundo Servo *et al.* (2011 apud UGÁ, PORTO e PIOLA, p. 405, 2012) em média “no período de 1997 a 2007, a CPMF respondeu por um terço dos recursos do Ministério da Saúde (MS)”. Em contrapartida a isso, de acordo com Ocké-Reis (2012, p. 43) a criação da CPMF “acabou levando a retração de fontes que tradicionalmente financiavam o MS” e “a CPMF não proporcionou elevação dos recursos, pelo menos não na dimensão esperada, em decorrência da redução da participação de outras fontes”.

De acordo com Mendes e Marques (2013, p. 153) “a situação de incerteza e indefinição de recursos [...] levou à busca de uma resolução mais definitiva, qual seja: a vinculação dos recursos orçamentários das três esferas do poder”. Nesse sentido, a Emenda Constitucional 29 (EC/29) instituída em 2000, frisou que os municípios deviam destinar 15%, os estados 12% e a União 5% de suas receitas a saúde. Essa cooperação mútua de gestores na rede municipal, estadual e federal retém o papel preponderante de promover o bem-estar social, e conseqüentemente, a igualdade e integralidade de acesso aos bens e serviços na saúde pública (BRASIL, 2012).

Contudo, a EC/29 ainda têm problemas de regulamentação e de execução, pois existe um conflito entre a área econômica e o campo da saúde pública. Segundo Giambiagi, Villela, Castro e Hermann (2011) a política econômica deve ser fundada em regimes de meta de inflação, na geração de superávits primários e no estabelecimento de acordos para superar instabilidades. Por outro lado, Mendes e Marques (2013) ressaltam que o compromisso em garantir financiamento e a definição dos serviços e ações do SUS, é um caminho para se atingir o desenvolvimento econômico. Essa situação de descompasso de opiniões entre os economistas do país pode agravar a crise financeira e estatal da saúde pública, e por conseqüência, pode-se entender que o destino do SUS está fadado a incertezas.

---

<sup>5</sup> Para mais informações sobre a DRU  
Acesse: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>.

## IV OS GASTOS COM SAÚDE NO BRASIL

Esse capítulo está dividido em três seções. A primeira corresponde aos gastos públicos e privados em saúde no Brasil, nesse sentido, discutem-se os aspectos de financiamento da saúde pública brasileira. Para fins de comparação, selecionaram-se países com sistemas de saúde semelhantes e distintos para estabelecer reflexões sobre os desafios e perspectivas do SUS. Na segunda parte, ressaltam-se as características dos gastos das famílias destinados à saúde suplementar na Saúde Pública. A última parte do capítulo contextualiza a renúncia fiscal e seu possível efeito na equidade de acesso aos serviços do SUS.

### 4.1 OS GASTOS DO ESTADO COM SAÚDE

As políticas em saúde, pelos preceitos constitucionais, devem ser públicas e gratuitas, no entanto, a análise detalhada sobre a composição dos gastos com saúde revela alguns aspectos. O primeiro deles evidencia que em 2012, o gasto total do PIB (Produto Interno Bruto) com Saúde foi de 9,32%, o que foi perto da média mundial de 10% (WHO, 2015).

No entanto, a tabela 1 mostra que os gastos privados são superiores aos públicos em relação ao PIB total. Isso demonstra uma contradição quando o sistema instituído no Brasil considera-se universal e gratuito aos cidadãos, porque “a conta” de saúde torna-se do paciente, por meio do gasto direto (*out-of-pocket*) e/ou convênios.

O segundo ponto é que mesmo com o aumento na evolução dos gastos públicos de 2011 para 2012, percebe-se que a discussão do financiamento do SUS é imprescindível, porque segundo Meniccuci (2007, p. 209) “A ausência de fontes estáveis de financiamento *vis-à-vis* ao aumento da demanda a partir da universalização da cobertura levou a uma degradação de qualidade dos serviços de saúde [...] nos primeiros anos de SUS”.

Tabela 1 – Os gastos públicos e privados em saúde no Brasil em relação ao gasto total (2010 – 2012)

Ano	Gasto público	Gasto privado
2010	47,02%	52,98%
2011	45,74%	54,26%
2012	46,42%	53,58%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do World Bank (WB), 2015.



A tabela 2 corrobora a percepção de que o Brasil não investe na Saúde na mesma proporção que países com sistemas de saúde semelhantes, no caso, a Dinamarca (9,58%), Grã-Bretanha (7,78%) e Canadá (7,66%). Ainda, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a média mundial do gasto público em relação ao percentual do PIB, é de 6,08% (2012), o que está acima do investimento brasileiro, que é de 4,32% (WHO, 2015).

Esse comportamento compactua com a expansão da saúde suplementar, e segundo Bahia e Scheffer (2012, pg. 453) representa “um desafio permanente à universalização da atenção à saúde, na medida em que seus efeitos ultrapassam as fronteiras das relações de consumo e incidem sobre a organização e a utilização de serviço”.

Tabela 2 - O gasto público com saúde em relação ao percentual do PIB destinado à Saúde de países selecionados - 2012

<b>País</b>	<b>Gasto - 2012</b>
Dinamarca	9,58%
França	9,04%
Estados Unidos	8,31%
Grã-Bretanha	7,78%
Canadá	7,66%
Argentina	5,88%
Brasil	4,32%
Chile	3,49%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do World Bank (WB), 2015.

Em termos *per capita*, os dados da tabela 3 apontam que o governo brasileiro, em 2012, destinou US\$ 1.056,47 a Saúde. De acordo com os dados da OMS e *World Bank* (WB), o valor está dentro da média *per capital* (mundial) de 2012, que foi de US\$ 1.030,94.

No entanto, conforme a tabela 4, nas economias dos países que seguem os preceitos de sistemas nacionais de saúde, os gastos públicos com saúde<sup>6</sup> em relação ao gasto total<sup>7</sup>, são maiores do que o do Brasil, que foi de 46,42%. De acordo com os dados da OMS e do WB, a média mundial é de 59,82%, logo, o investimento estatal brasileiro pode não ser suficiente para financiar programas e ações em saúde ao longo prazo (OCKÉ-REIS, 2012).

<sup>6</sup> Para visualizar o ranking dos recursos per capita destinados à saúde das regiões e países, acesse: <http://www.deepask.com.br/goes?page=Veja-ranking-de-paises-pelo-gasto-per-capita-com-saude>.

<sup>7</sup> Para visualizar o ranking dos países pelo gasto público (em percentagem do gasto total), acesse: <http://www.deepask.com.br/goes?page=Veja-ranking-de-paises-pelo-gasto-per-capita-com-saude>.

Tabela 3 – O *gasto per capita* com Saúde de países selecionados (em US\$) - 2012

<b>País</b>	<b>Gasto per capita - 2012</b>
Estados Unidos	US\$ 8.895,12
Dinamarca	US\$ 6.303,73
Canadá	US\$ 5.740,70
França	US\$ 4.689,89
Grã-Bretanha	US\$ 3.647,47
Chile	US\$ 1.103,36
Brasil	US\$ 1.056,47
Argentina	US\$ 995,18

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do *World Bank* (WB), 2015.

Tabela 4 – O gasto público com saúde em relação ao percentual do gasto total de países selecionados - 2012

<b>País</b>	<b>Gasto público - 2012</b>
Cuba	95,23%
Dinamarca	85,54%
Grã-Bretanha	82,51%
Tailândia	76,43%
Canadá	70,05%
Ruanda	57,31%
Brasil	46,42%
Bangladesh	34,43%

Fonte: Elaboração do autor com base nos dados do *World Bank* (WB), 2015.

Estas quatro tabelas mostram as peculiaridades do sistema de saúde brasileiro, que visa um atendimento universal e integral a todos os seus cidadãos. No entanto, o financiamento para atingir esses princípios, não é suficiente para garantir a qualidade de todos os serviços prestados. Assim, uma parcela da população, para fugir dessa falha estrutural, recorre à compra de planos e seguros de saúde.

Este comportamento é salientado na tabela 1, pois as despesas privadas em saúde (em relação ao total dos gastos) foram de 46,42% em 2012. Isso evidencia a elevada participação privada no sistema de saúde brasileiro, e, com isso, é possível inferir que se cria uma espécie de atendimento desigual, em que, os cidadãos de maior poder aquisitivo

usufruem de melhores serviços, enquanto o SUS é considerado um serviço de baixa qualidade. É importante salientar que ao existir a concepção de que o SUS é direcionado para os pobres, retira-se a noção de que o Sistema é uma política universal e enquanto isso, promotora de desenvolvimento e crescimento econômico.

Conforme o Artigo 199 da CF/88, a saúde é livre à iniciativa privada, e se o Governo opta pela compra de serviços privados para melhorar a assistência pública, em virtude de excesso de demanda, deve-se atentar que a atenção privada segue as leis de mercado. Com base na lógica empresarial, as especificidades e carências de determinadas regiões podem não ser levadas em conta, em virtude do estabelecimento de “cotas” ou “metas” de atendimento aos usuários do sistema. Assim, os interesses públicos e privados podem não acompanhar as mudanças, os estilos e os comportamentos demográficos, e desta maneira, a cobertura torna-se insuficiente aos cidadãos (MENICUCCI, 2007).

No âmbito regulatório, o setor público conta com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para fiscalizar as operadoras setoriais (planos de saúde), inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. À medida que se expande a dependência governamental em confluência com o setor privado, o setor público subjugam-se as coerções privadas, e conseqüentemente, minam-se os poderes do campo regulatório da saúde. Além de que novos sistemas burocráticos são introduzidos na seleção de novos beneficiários para a compra de planos de saúde, e seus respectivos custos para usufruir da assistência privada.

No campo da microeconomia da saúde, foi definida a seleção adversa e o risco moral no âmbito da saúde suplementar, por isso, é necessário relacioná-las com os mecanismos que os planos e seguros privados usam para atenuá-los:

a) A seleção adversa diz respeito do risco de pacientes doentes ou que pensam que vão ficar doentes em que contratam os planos para obter assistência de serviços em saúde. Pela lógica do mercado, muitas vezes a entrada desses consumidores é mais voluntária do que compulsória, por isso, é possível existir desproporção entre a demanda e a oferta. Portanto, para se “defender” a iniciativa privada exige o cumprimento de carências e exames médicos prévios antes da admissão.

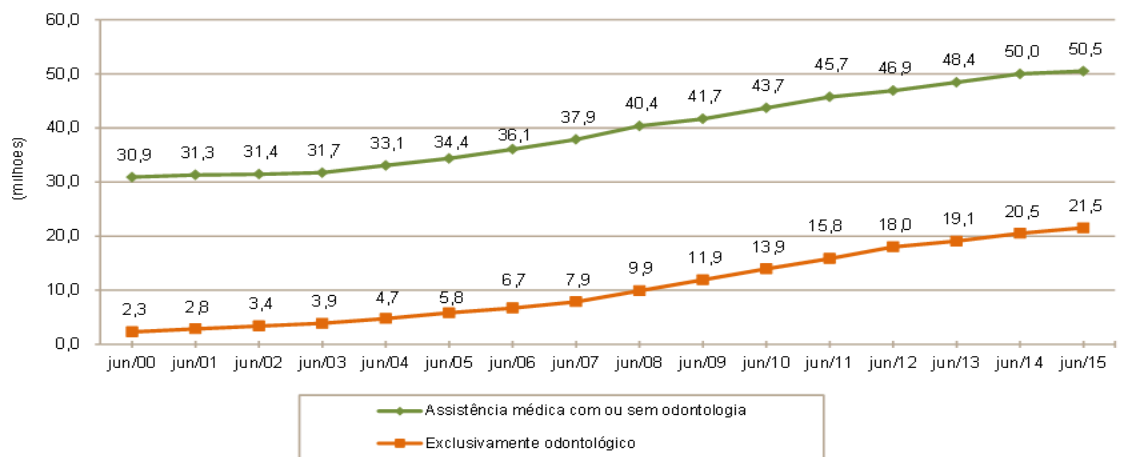
b) O risco moral se refere aos beneficiários que utilizam “desnecessariamente” os serviços contratados. Por conseguinte, as medidas para atenuar esse “problema” são de exigir o pagamento de coparticipações e franquias.

Conforme visto, a ANS atua com o propósito de defender os contratantes de planos de seguros privados, por isso, de acordo com a legislação vigente, a oferta de plano de seguro de saúde, deve ser feita sem restrição de idade ou condição prévia a contratação<sup>8</sup>.

Portanto, a proteção à saúde dos brasileiros requer uma preocupação constante por parte do setor público, devido ao fato (pela lógica liberal) de esta ser uma atividade econômica caracterizada essencialmente pela oferta, que privilegia a fragmentação do paciente por “especialidades<sup>9</sup>”.

O setor público tem que estar presente de modo efetivo na proteção à Saúde dos brasileiros, pois não é desprezível o número de pessoas que recorrem aos planos de saúde. Dos 205 milhões habitantes (IBGE, 2015) segundo a ANS, 72 milhões são beneficiários de planos de saúde, e essa parcela de beneficiários representa 35,12% da população brasileira. No que tange à contratação de planos e seguros privados de assistência médica, o gráfico 1 mostra, que de 2000 a 2015, o aumento foi de 30,9 milhões para 50,5 milhões de beneficiários.

Gráfico 1 – Os planos privados e o seu tipo de contratação - 2015



Fonte: SIB/ANS/MS – 06/2015

De acordo com Santos, Santos e Borges (2013), existem especificidades nos sistema de saúde duplicados no que tange à equidade, financiamento, produção, uso e acesso aos serviços de saúde. De acordo com as autoras (2013, pg. 95), “nos sistemas duplicados, o

<sup>8</sup> Na prática os planos de saúde cobram valores diferenciados de acordo com a idade dos beneficiários. De acordo com Idoso... (2014) muitos têm que comprometer até 99% da renda e se submeter à avaliação prévia.

<sup>9</sup> Isso significa que é estimulado o consumo de serviços de saúde com padrões elevados de tecnologias, por consequência disso, a aspiração por lucros torna-se natural (BRASIL, 2011).

tempo de espera na fila para o consumo dos serviços por meio seguros privados, sobretudo, de cirurgias eletivas, é menor que nos sistemas nacionais”. No entanto, segundo o raciocínio das pesquisadoras “não há evidências de que o tempo de espera dos sistemas públicos possa ser diminuído devido à existência do seguro privado”.

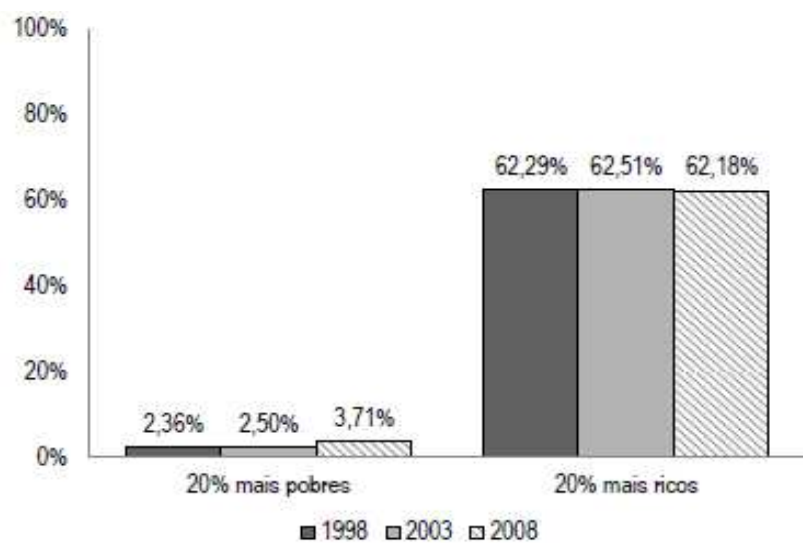
Outro problema dos sistemas duplicados, é que as pessoas que são beneficiárias de seguro privado, tendem a continuar a usar o sistema público para os tratamentos mais complexos e custosos, o que significa que a fila de espera no setor público torna-se ainda mais lenta, em virtude do excesso de demanda influenciada pelo setor privado. Ademais, infere-se que a existência de seguros privados acentua a desigualdade de acesso ao sistema público de saúde, tornando os serviços mais custosos ao SUS, como o caso brasileiro (SANTOS, SANTOS e BORGES, 2013).

No que se refere à relação entre a renda e a contratação de seguros privados, um estudo realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa de São Paulo (INSPER), em 2012, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 (PNAD) realizada pelo IBGE corrobora, com a concepção de Santos, Santos e Borges (2013, p. 95) de que “quanto maior a renda, maior a proporção de pessoas com seguros privado e a quantidade de consultas a especialistas”.

Além disso, as autoras ressaltam que “quanto menor a renda, menor a proporção de pessoas com seguro privado e maior a consulta com generalistas”. Por isso, “a extensão da cobertura de serviços públicos no sistema público é um forte determinante da quantidade e do tipo de gasto privado, interferindo na relação entre o sistema público e o seguro privado”.

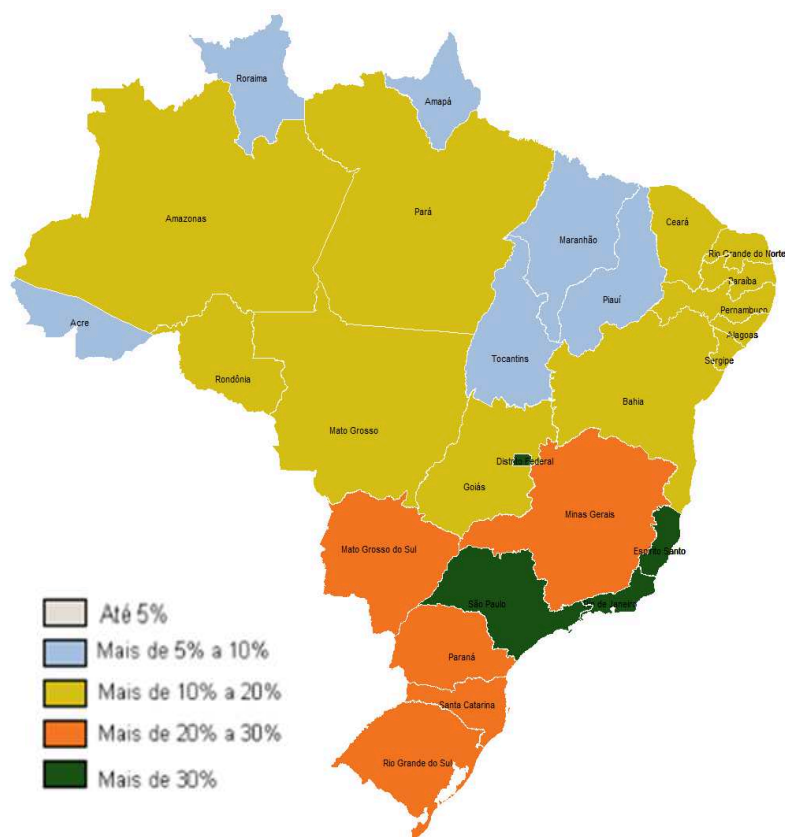
O gráfico 2 é importante para reconhecer que a renda é um fator preponderante na cobertura duplicada. Quanto maior a renda, maior é a concentração de seguros privados de saúde em comparação com as camadas mais pobres da população. Além disso, o mapa 1, mostra que as distribuições dos convênios privados também estão ligadas “a regiões mais populosas e industrializadas, municípios de grande e médio porte e a emprego formal” (SANTOS, SANTOS e BORGES, 2013).

Gráfico 2 – O estrato econômico da população que possui plano de saúde (%) - 2012



Fonte: IPEA (2012), a partir de dados da PNAD.

Mapa 1 – A taxa de cobertura de planos privados no Brasil - 2015



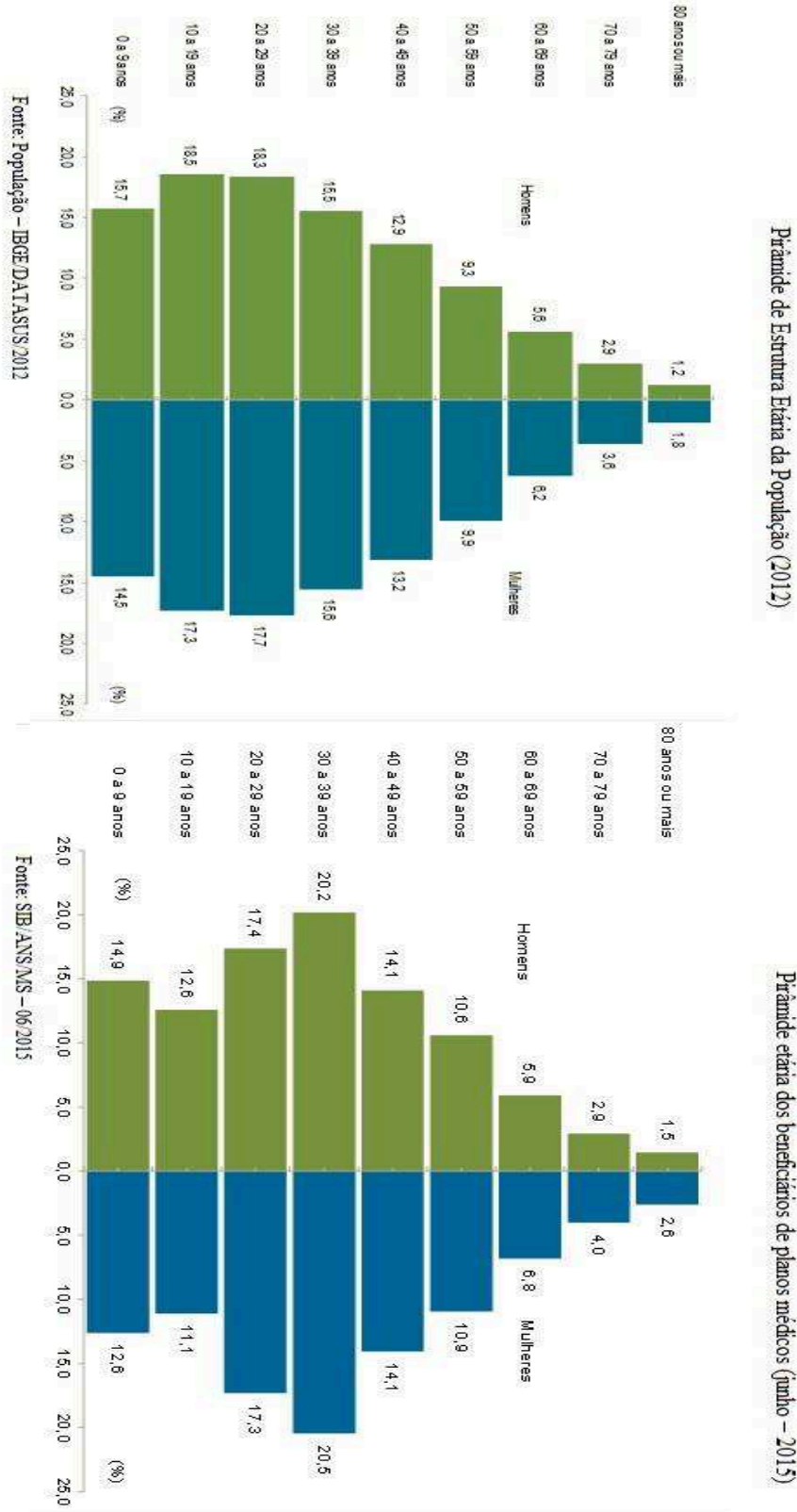
Fonte: SIB/ANS/MS – 06/2015 e população – IBGE/2012

As políticas públicas em saúde são indispensáveis para atingir os diferentes segmentos da sociedade, e isso deve levar em consideração as mudanças demográficas do país. Os estudos de cobertura duplicada mostram uma maior concentração de idosos (60 anos o mais) como beneficiários de seguros privados. Também mostram que o perfil de doenças que atingem esse grupo é diferente em comparação com o restante da população, com o predomínio de doenças crônico-degenerativas. Por conseguinte, pode-se inferir que as operadoras têm maior custo de assistência à saúde com esses segurados (SOARES, SOARES e BORGES, 2013).

Segundo Santos, Santos e Borges (2013, p. 98) “a distribuição da população que possui seguro privado é diferente daquela da população brasileira. A pirâmide etária da população brasileira tem base maior, enquanto a que tem seguro é menor”. Isto pode ser visto pelo gráfico 3, que compara as pirâmides etária da população brasileira com a dos beneficiários de planos e seguros de saúde.

Consequentemente, o Estado enquanto articulador de políticas públicas tem que ver de que forma as políticas de saúde oneram o orçamento das famílias. Isso significa entender que a desigualdade de renda é um possível fator de inacessibilidade aos serviços do SUS, pois os mais pobres não possuem renda suficiente para arcar com todas as despesas que englobam o conceito de saúde, como por exemplo, a promoção e prevenção das doenças.

Gráfico 3 - Comparativo entre a população brasileira (2012) e os segurados por planos de saúde (2015)



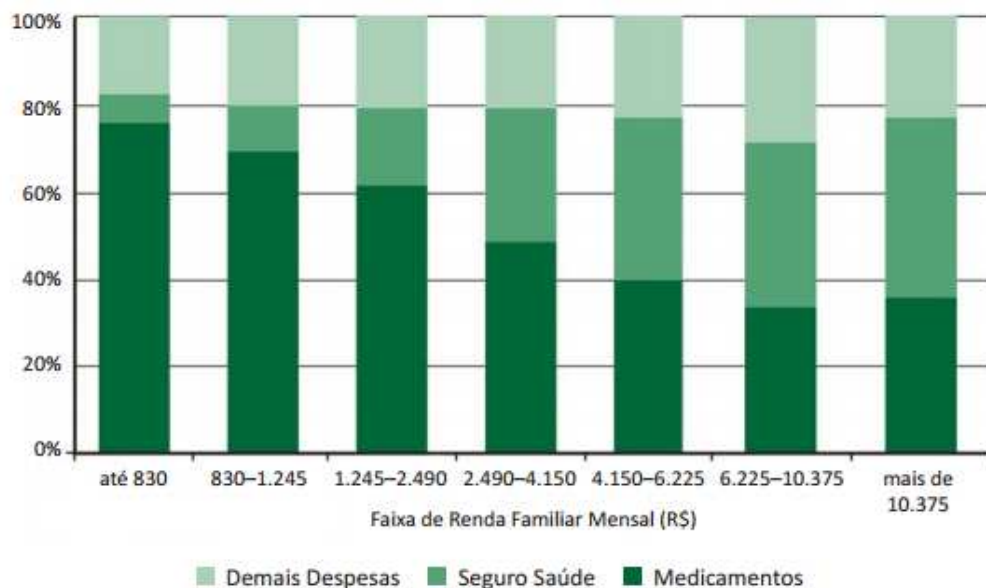


## 4.2. Os gastos das famílias com Saúde

Santos, Santos e Borges. (2013, p. 100) ressaltam que “o peso do gasto privado direto é importante para indicar a distribuição dos gastos por nível de renda, pois embora as pessoas que têm menos renda gastem menos, o peso desse gasto sobre suas rendas é muito maior que o ocorrido entre os com maior renda”. O gasto privado alocado pelas famílias é distribuído basicamente em três categorias: seguro saúde, medicamentos e demais despesas.

O gráfico 4 mostra que quanto menor a faixa de renda familiar, maior a proporção dela destinada a medicamentos, e mesmo com programas de distribuição gratuita de medicamentos e da farmácia popular, Ocké-Reis salienta (2015, p. 1352) “os trabalhadores de baixa renda continuam comprometendo, proporcionalmente, maior parcela da renda familiar com medicamentos do que as famílias de maior renda”:

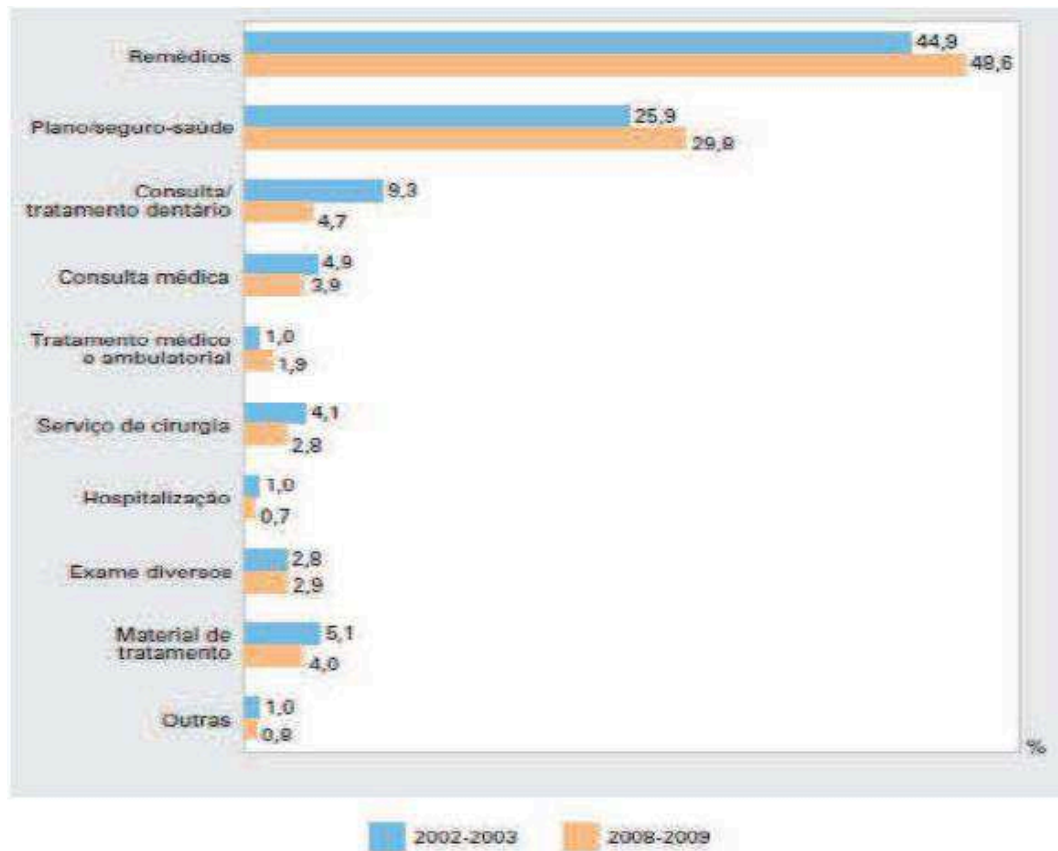
Gráfico 4 – A distribuição do gasto privado com saúde - 2008



Fonte: POF/IBGE – 2008, elaborado por Santos, Santos e Borges (2013). Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Realidade e Futuro do SUS.

Os pagamentos diretos (*out-of-pocket*) representam 57,80% dos gastos em saúde (WHO, 2015), o que são indícios de que as famílias brasileiras têm um desembolso elevado para obter bens e serviços de saúde. Segundo Mioto, Dal Prá, Gelinski e Moser (2014) os remédios e planos de saúde são responsáveis por aproximadamente 80% dos gastos do orçamento familiar em assistência à saúde (gráfico 5).

Gráfico 5 – A distribuição dos gastos médios mensais familiares, segundo itens de assistência à saúde no Brasil - 2002-2003 a 2008-2009



Fonte: IBGE, 2012.

Segundo Ocké-Reis (2001, p. 28) “o comportamento dos gastos das famílias com planos de saúde oferece subsídios sobre a formulação de políticas de saúde no Brasil, entre outros, no campo do financiamento dos serviços de saúde”. Levando em conta esse quadro indicado pelo autor, existe a competição estimulada pelo mercado brasileiro de possíveis beneficiários aos planos e seguros privados. Assim, de acordo com esse pesquisador (2012, p. 83), “as grandes operadoras passam a reivindicar reajustes sistemáticos de preços (*upstream*); barateando o custo dos médicos e dos procedimentos hospitalares (*dowstream*)”.

De acordo com Cutler e Zeckhauser (2003) *apud* Ocké-Reis (2007) o mercado de planos de saúde possui “demanda inelástica, a oferta orienta a procura (*supplier-induced demand*) e a presença de externalidades não favorece o predomínio de mecanismos de mercados”. Ainda, no Brasil, Ocké Reis (2007, p. 1043) estabeleceu que em 2006, “dentre as 1264 operadoras, apenas 8 (0,6%) das operadoras detinham 21% dos usuários dos planos de saúde”. Isso significa que existe a necessidade de um órgão regulador em virtude desse

movimento de concentração e do aumento do poder de mercado das operadoras líderes (OCKÉ-REIS, 2007).

Conforme Ocké-Reis (2012, p. 84) “o grau de concentração dos planos de saúde, *grosso modo*, permite avaliar seu nível de competitividade, indicando o poder econômico e participação das operadoras dentro do mercado”. Pode-se dizer, então, que as grandes operadoras apostam na diferenciação para se sobressair frente à concorrência. Desta forma, ao aspirar por um maior número de clientes e prêmios (mensalidades), estas necessitam de recursos (lucros) para efetuar o desenvolvimento de novas tecnologias. Portanto, “um mercado concentrado e pouco competitivo em relação aos preços pode provocar efeitos negativos sobre a qualidade da atenção médica assistida aos consumidores” (OCKÉ-REIS, 2012, p. 88).

No que tange à oferta de serviços, deve-se considerar que grande parte dos leitos, dos equipamentos, dos estabelecimentos hospitalares e dos profissionais de saúde são compartilhados no eixo do SUS e/ou no de seguros/planos privados. Consequentemente, infere-se que a duplicação de cobertura é um indício que explica a desigualdade na oferta de serviços à saúde da população, porque a força de trabalho em saúde (FST) diferencia-se conforme região geográfica e oportunidades de emprego (DAL POZ, 2013).

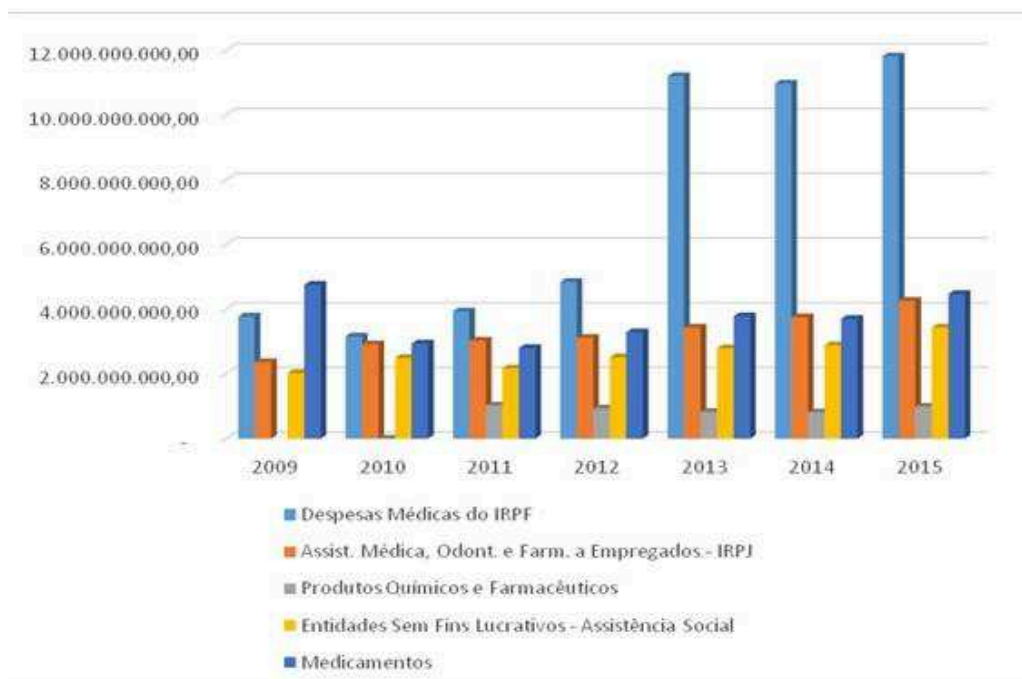
De acordo com Santos, Santos e Borges (2013, p. 112) “a taxa de uso de serviços de saúde se diferencia substancialmente se foi realizado pelo SUS, por meio de seguros privados ou pelo pagamento direto”. Por conseguinte, pode-se entender que ocorre uma inequidade de assistência, quando o acesso aos estabelecimentos de saúde, volta-se aos beneficiários de seguros privados em detrimento dos que utilizam serviços via SUS.

No que diz respeito à tendência de elevação no número de contratos pelos beneficiários de planos e seguros de saúde, deve-se atentar ao que o faturamento destas empresas indica, “a vitalidade financeira do mercado para o atendimento de segmentos populacionais inseridos no mercado formal de trabalho ou situados nas faixas de maior renda”. Consequentemente, quando ocorre a alta de preços das prestações dos seguros e planos privados, além dos índices de inflação e reajustes de salário, se “pressionam os orçamentos das famílias e os das empresas empregadoras”. Logo, “os planos de saúde passam a figurar entre os principais responsáveis pela alta do índice de preços do consumidor” (BAHIA e SCHEFER, 2012, p. 441).

### 4.3 A renúncia fiscal em saúde no Brasil e os possíveis efeitos na equidade do SUS

Segundo a Receita Federal (2015) a renúncia fiscal ocorre quando o Governo isenta uma pessoa física ou jurídica no pagamento de determinado imposto ou contribuição social. No que tange à Saúde, não existe limite para abatimento junto ao Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF) com despesas médicas privadas (MENDES e WEILLER, 2015). De acordo com Barbosa (2015), o gráfico 6 mostra que “a renúncia do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) por despesas médicas saiu dos R\$ 3,7 bilhões em 2009 e alcançou R\$ 11,8 bilhões em 2015, apresentando a maior taxa de variação dentre as modalidades, 213%”.

Gráfico 6 – A previsão de gastos em renúncia fiscal no Brasil por modalidade e tipo - 2009 a 2015



Fonte: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Outro ponto importante, é que o Estado garante renúncia fiscal às organizações privadas, e essas desonerações fiscais são uma parcela do gasto em saúde, que também diminuem recursos direcionados à saúde pública. Assim, esse mecanismo financeiro empregado pelo Estado subtrai os gastos das pessoas físicas e jurídicas, que pagam menos contribuições ao Orçamento da Seguridade social (PIS, COFINS e CLL), mas que podem depender dos serviços do SUS. Além disso, essa renúncia amplia a oferta de saúde

suplementar, e diminui a obrigação do Estado em se responsabilizar pelo sistema universal de saúde (MENDES e WEILLER, 2015).

Os serviços do SUS, além de serem universais e gratuitos à população brasileira, também visam à equidade, que define a assistência à saúde de acordo com as especificidades do indivíduo. Essa definição pode ser mais explorada e contextualizada no âmbito da “liberdade de acesso” e como quanto é o “esforço” de política de saúde. Isso significa que o foco deve ser direcionado as famílias, e suas respectivas relações com os mecanismos do Estado para garantir esse acesso, por isso, a provisão e o financiamento dos sistemas de saúde são peça-chave nessa conjuntura. (THIEDE, AKWEONGO e MCINTYRE, 2013).

No que tange o acesso aos serviços de saúde, alguns podem estar “enviesados” aos grupos mais pobres, enquanto outros tipos de assistência à saúde podem estar direcionados a extratos de famílias com maior poder aquisitivo. À medida que se adquire novas perspectivas sobre a utilização dos serviços de saúde, remete-se ao conceito de “universalização excludente”, ou seja, a classe média e alta se afasta dos serviços públicos por que os consideram de baixa qualidade. Por consequência dessa prática, depreende-se um possível motivo dos mais ricos em aspirar por planos e seguros privados.

Thiede, Akweongo e McIntyre assinalam três mecanismos (2014, p. 143) para se conseguir um melhor acesso aos serviços de saúde: disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade. A disponibilidade refere-se “à questão de estarem ou não disponíveis serviços de saúde apropriados, no local e na ocasião que eles se fazem necessários”. A viabilidade financeira “diz respeito ao grau de adequação entre o custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade dos indivíduos de pagamento”.

O conceito de viabilidade financeira, no caso do Brasil, pode se ligar as relações público-privadas no país, e conseqüentemente, a duplicação de cobertura as famílias. Por conseguinte, mesmo existindo as opções públicas e privadas de assistência à saúde, o seu acesso não é garantido, pois as estratégias políticas não permitem serviços públicos a todos, e as opções oferecidas pelas iniciativas privadas não estão ao alcance das famílias mais pobres.

A aceitabilidade refere-se “à natureza da prestação de serviços e ao modo como esta é percebida pelos indivíduos e comunidades”. Isso significa que são construídas interações entre os profissionais de saúde e os usuários, que precisam ser receptíveis às crenças e costumes destes indivíduos. À medida que se estabelece essa conexão, os serviços de saúde se aproximam das condições de cultura das comunidades, e conseqüentemente, é possível garantir o respeito e a confiança no sistema de saúde vigente. Gilson (2014, p. 185) indica que

este respeito é “o compromisso e o diálogo entre os prestadores e usuários, e as maneiras pelas quais os arranjos organizacionais de assistência estruturam as respostas dos usuários aos serviços”.

Por fim, Ocké-Reis pondera (2015, p. 1531) “o aumento do gasto privado e do poder econômico acabam corroendo a sustentabilidade do financiamento estatal, conduzindo a um círculo vicioso, caracterizado pela queda relativa do custeio e do investimento direto do Governo”. Nessa lógica, nota-se que as incongruências da renúncia fiscal tendem a segmentar o caráter do SUS, e, além disso, os gastos privados fazem maior parte do percentual das despesas totais em saúde das famílias (tabela 1).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com o tema surgiu devido ao caráter duplicado e complementar do sistema de saúde brasileiro, que ocasiona características ímpares de oferta, demanda e acesso de assistência à saúde aos cidadãos. Nesse sentido, esta pesquisa teve por foco discutir sobre os gastos das famílias destinados à saúde suplementar, e para chegar nesse objetivo, necessitou-se apresentar o campo da economia da saúde, e posteriormente, contextualizar a saúde pública no Brasil, e o seu conseqüente, meio de financiamento. Além disso, compararam-se os sistemas de saúde de outros países com características semelhantes e diferentes do sistema público de saúde do Brasil para contextualizar as perspectivas e desafios do SUS.

Na elaboração dos dados quantitativos para a comparação dos sistemas de saúde, extraíram-se dados de 2002-2003 e 2008-2009 da Pesquisa dos Orçamentos Familiares (POF) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados de 2010 a 2012 foram extraídos da base internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *World Bank* (WB).

Esses dados mostraram que o financiamento estatal brasileiro está aquém de um sistema baseado nos princípios universais de saúde, e, além disso, são as famílias brasileiras que arcam com o peso dos gastos em assistência à saúde, porque os gastos privados compõem a maior parte dos gastos totais em saúde. Em meio a isso, salientou-se que o Estado proporciona a renúncia fiscal às pessoas físicas e jurídicas, e essa medida contribui ainda mais para o déficit no financiamento do SUS, e também, para a expansão da atenção privada.

No que tange aos resultados da pesquisa, revelou-se o difícil equilíbrio entre a regulação, à responsabilidade e a autonomia das políticas públicas, em especial, a de garantir a eficiência do SUS. Como este sistema é uma política pública universal, o Estado necessita colocá-lo em prioridade, ou seja, recuperar a participação de recursos federais no financiamento do SUS e estabelecer limites ao incentivo – via renúncia fiscal – à atenção privada. E é exatamente em como impor esses limites à renúncia fiscal, a problemática mais complexa na temática de financiamento do SUS, por isso, há necessidades de maiores estudos no campo da economia da saúde.

Outro fator importante é destacar que o SUS (1990) têm 25 anos de história, e a ANS foi criada nos anos 2000 para regular a atenção privada à saúde, que teve seu fomento no início na década de 60. Nessa perspectiva, deve-se entender que as dificuldades de financiamento do SUS, ocorrem devido ao descompasso histórico de aliar as políticas em

saúde com políticas orçamentárias que não desvinculem os recursos ao financiamento da Saúde Pública.

O financiamento do SUS é uma política de saúde de longo prazo, por isso, depende do compromisso da União, dos estados e dos municípios. Nesse sentido, deve-se lembrar de que a CPMF, foi um tributo proporcional que incidiu sobre toda a população brasileira, e agora, em 2015, existe interesse político de reativa-la, conforme divulgado na mídia brasileira. Os gestores da União esclarecem que a CPMF será destinada ao orçamento da seguridade social, no entanto, o que de fato irá ocorrer é incerto.

Com base nisso, quando se perde essa perspectiva do financiamento do SUS, o campo da saúde coletiva torna-se uma antítese, pois falta a compreensão do “coletivo”, que se baseia em existir dificuldades de garantir as necessidades individuais porque a saúde é uma prioridade coletiva.

O sistema universal da saúde no Brasil prega a universalidade, gratuidade e a assistência integral aos serviços. Nesse sentido, as dificuldades se centram em como estabelecer políticas públicas que apoiem financeiramente os programas e profissionais de saúde. Isso significa incentivar planos de carreira na área da saúde pública para que os profissionais sintam-se motivados a seguir no âmbito da saúde coletiva. Além disso, valorizar as equipes de apoio à saúde da família é compreender que os custos em saúde podem ser diminuídos quando se pregam a promoção e prevenção à saúde.

Com isso em mente, por ser Saúde o único serviço que é mencionado na CF/88, e conseqüentemente, ser a única política pública que atinge toda a população brasileira, requer-se a responsabilização do Estado na construção de estratégias e mecanismos de acesso aos usuários.

É importante ressaltar que o campo da economia da saúde no Brasil carece de estudos mais aprofundados quanto ao financiamento, gestão e avaliação das políticas em saúde, por isso, essa pesquisa pode ser base para fomentar novas perspectivas a respeito das especificidades dos gastos públicos e privados das famílias brasileiras.

No que tange a resposta ao problema desse trabalho, verificou-se que os gastos das famílias brasileiras são influenciados pelas políticas econômicas do Brasil quanto ao incentivo à atenção privada. Nesse contexto, em conformidade com a temática abordada, esse trabalho é matéria abundante para análise de todos os envolvidos na área da economia da saúde, condição primordial para que o SUS alcance seu preceito constitucional.



## REFERÊNCIAS

- ABEL-SMITH, B. *Value for money in health services*. London: Heinemann, 1976
- ARROW, K. J. *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. **American Economic Review**, n. 53, 1963.
- BAHIA, L. SCHEFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
- BARBOSA, R. S. **Desoneração tributária, renúncia fiscal e a saúde pública**. Disponível em: <http://brasildebate.com.br/desoneracao-tributaria-renuncia-fiscal-e-a-saude-publica/>. Acesso em: 16 de Nov. de 2015.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Art. 196 a 200, Brasília, 1988.
- \_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Análise das principais inovações trazidas pela Lei complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000**. Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Nota técnica n. 14, 2012. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em: 5 de Out. de 2015.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. Coleção: Para entender a gestão do SUS.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. Coleção: Para entender a gestão do SUS.
- \_\_\_\_\_. Senado Federal. **DRU** / Senado Federal: Brasília: 2015. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru> Acesso em: 22 Out. de 2015.
- CAETANO, J. C. *et al.* Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physys In: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767 – 783, 2008.
- CUTLER, D. M; ZECKHAUSER, R. J. The anatomy of health insurance. In: CULYER, A. J; NEWHOUSE, J. P. editors. **Handbook of health economics**. v. 1. Amsterdam: Elsevier, p. 563-643, 2005.
- CULYER A. J; WRIGHT, K. G. (eds.) *Economic Aspects of Health Services*. London: Martin Robertson, 1978.
- DAL POZ, Mario Roberto. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*. vol. 29, n.10, pp. 1924-1926, 2013.
- DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995. Capítulo I, p. 5 – 23. 294 p, n. 149.

DOURADO, D. A; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Saúde Pública*. vol.45, n.1, pp. 204-211, 2011.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. O Sistema de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; SEIXAS, P. H. D. S. (org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo, Editora: Hucitec, 2015.

ELIAS, P. E. **Disciplina de atenção primária à Saúde**. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/cedem/did/atencao/Texto01.pdf>. Acesso em: 21 de Out. de 2015.

ESCOREL, S; TEIXEIRA, L. A. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. GIOVANELLA, L. (orgs.). In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

ESCOREL, S. História das Políticas em Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. GIOVANELLA, L. (orgs.). In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

ESCRIVAO JUNIOR, A; E; KISHIMA; V. S. C. Panorama do Setor Suplementar de Saúde Brasileiro. IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; SEIXAS, P. H. D. S. (Org.). In: **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo, Editora: Hucitec, 2015.

ESTUDO: Imigrantes subsidiam Medicare ao invés de drená-lo, como acreditam conservadores, diz **Brazilian Voice**: A voz brasileira nos Estados Unidos, 4 de Jun 2014. Disponível em: [http://www.brazilianvoice.com/bv\\_noticias/bv\\_comunidade/44329-estudo-imigrantes-subsidiam-medicare-ao-inves-de-drena-lo-como-acreditam-os-conservadores.html](http://www.brazilianvoice.com/bv_noticias/bv_comunidade/44329-estudo-imigrantes-subsidiam-medicare-ao-inves-de-drena-lo-como-acreditam-os-conservadores.html). Acesso em: 18 Out. 2015

FOLLAND, S; GOODMAN, A. C; STANO, M. **A Economia da Saúde**. São Paulo, Editora: Artmed, 5. Ed, 2008. Tradução: Cristina Bazan.

FUCHS, V. *The Health economy*. Cambridge: Harvard University Press, 1986.

GADELHA, C. A. *et al.* O Complexo Produtivo da Saúde e sua Relação com o Desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica da inovação em saúde. In: GIOVANELLA, L. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

GIAMBIGI, F; VILLELA, A; CASTRO, L. B; HERMANN, J. **Economia Brasileira Contemporânea: 1945-2010**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, 2. ed.

GIL, A C. **Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias**. São Paulo: Atlas, 2008.

GILSON, L. Aceitabilidade, Confiança e Equidade. MCINTYRE, D; MONEY G. (org.). In: **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2012. Tradução: Vera Ribeiro.

GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; SEIXAS, P. H. D. S. (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo, Editora: Hucitec, 2015.

IDOSO tem dificuldade para contratar plano de saúde em São Paulo, diz IDEC. **G1**, 13 ago. 2014 Disponível em: <http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2014/08/idoso-tem-dificuldade-para-contratar-plano-de-saude-em-sao-paulo-diz-idec.html>. Acesso em: 12 de Nov. 2015

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 25 de Set. 2015.

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA. **O Panorama de Saúde no Brasil**. Disponível em: <http://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2013/02/O-panorama-da-sa%C3%BAde-no-Brasil-CPP.pdf>. Acesso em: 10 de Ago. de 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas de Regulação na Saúde Suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. pg. 433 -443 , 2004.

MCINTYRE, D; MONEY G. (Org.). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2014. Tradução: Vera Ribeiro.

MENDES, A; MARQUES, R. M. A Economia e a Saúde Pública. ROCHA, A. A; CESAR, C, L, G; RIBEIRO, H. (Orgs.). *In: Saúde Pública: Bases Conceituais*. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, 2. ed.

MENDES, A. *et al.* Sobre a Economia da Saúde: Campos de Avanço e sua Contribuição para a Gestão de Saúde no Brasil. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006 (Saúde em debate, 170).

MENDES, A; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In: MENDES, E. V. (org). Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3 ed. São Paulo Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995, p. 19-91.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2007.

MIOTO, T. C. R; DAL PRA, K. R; GELINSKI, C. R. O. G; MOSER, L. O processo de familiarização dos gastos e dos cuidados em saúde do Brasil. *In: FAGUNDES, H. S; SAMPAIO, S. S. Serviço Social: questão social e direitos humanos*. Editora: UFSC, v. 2, 2014.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. GIOVANELLA, L. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 4, p. 1041 – 1050, 2007.

\_\_\_\_\_, C. O. *et al.* **Avaliação dos gastos das famílias com assistência médica no Brasil: O caso dos planos de saúde**. Brasília: IPEA, Jan, 2001. (Texto p/ discussão, nº 776)

\_\_\_\_\_, C. O. **SUS: o desafio de ser único**, Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2012.

\_\_\_\_\_, C. O. Gasto Privado em Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 31(7): 1351-1353, jul, 2015.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PRADO, C. J. **História Econômica do Brasil**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2006.

OECD – ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Cross country analysis of efficiency in OECD health care sectors: options for research**. Economics department working papers. n. 554, 2007. Disponível em: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=co/wkp\(2007\)14](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=co/wkp(2007)14). Acessado em: 15 de Out. de 2015.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, **Referências Bibliográficas**, Parte II, Economia da saúde. 1981

RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Legislação por Assunto**. Disponível em: <http://idg.receita.fazenda.gov.br/aceso-rapido/legislacao/legislacao-por-assunto/legislacao-por-assuntos>. Acesso em: 17 de Nov. de 2015.

ROCHA, A. A; CESAR, C, L, G; RIBEIRO, H. (Orgs.). **Saúde Pública: Bases Conceituais**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013, 2. ed.

SANTOS, I. S; SANTOS, M. A. B; BORGES, D.C.L. **Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS**. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 4, p. 73- 130, 2013.

SANTOS, I. S. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, n. 6, p. 2743 – 2752, 2011.

SERVO. L. M. S. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C. e PIOLA, S.F. (orgs.) **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

TEIXEIRA, S. M. F. *et al.* (Coord.) **Antecedentes da Reforma Sanitária**. Textos de apoio. Rio de Janeiro: PEC, Ensp, 1988.

THIEDE, M; AKWEONGO, P; MCINTYRE. Explorando as Dimensões do Acesso. McINTYRE, Di; MONEY G. (orgs.). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro, Editora: Fiocruz, 2014. Tradução: Vera Ribeiro.

THOMPSON, J. D; FETTER, R. B; SHIN, Y. *One Strategy for controlling costs in university teaching hospitals*, **Journal of Medical Education**, n. 53, 1978.

UGÁ, M. A. D; PORTO, S. M; PIOLA, S. F. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

VIANA, A. L. A; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: Introduzindo o debate. *In*: VIANA, A. L. A; ELIAS, P. E. M; IBAÑEZ (orgs.), **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo, Editora: Hucitec, 2005.

VIANA, A. L. D; SILVA, H. P. Economia e Saúde. *In*: IBAÑEZ, N; ELIAS, P. E. M; SEIXAS, P. H. D. S. (orgs.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo, Editora: Hucitec, 2015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory Data Repository**. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-BRA>. Acesso: 20 de Set. 2015.