

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

SUELENA APARECIDA DE ALCÂNTARA

Financiamento do SUS – Limites Institucionais e Práticos

Ribeirão Preto – SP

2017

SUELENA APARECIDA DE ALCÂNTARA

Financiamento do SUS – Limites Institucionais e Práticos

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de Título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Carla Bliacheriene

Ribeirão Preto – SP

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Alcântara, Suelena Aparecida de

Financiamento do SUS – limites institucionais e práticos / Suelena Aparecida de Alcântara; orientadora, Ana Carla Bliacheriene – Ribeirão Preto, 2017. 120f .:il;

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde. Área de concentração: Gestão de Organizações em Saúde.

Versão original.

1. Financiamento do SUS. 2. LC 141/2012. 3. Renúncias Fiscais. 4. Federalismo. 5. Judicialização.

Nome: ALCÂNTARA, Suelena Aparecida de

Título: Financiamento do SUS – Limites Institucionais e Práticos

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de Título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha mãe querida e amada eternamente, para mim é um exemplo de força e alegria.

Benedita Marina de Alcântara (In Memória)

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque sei que até aqui ele tem me conduzido de tal forma, que sem a sua ajuda eu nada posso fazer.

A minha professora e orientadora Ana Carla Bliacheriene pela orientação e ensino, a quem admiro muito.

A minha filha Amanda, que esteve ao meu lado em todos os momentos desde os mais alegres aos mais difíceis.

Ao programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, grandes professores e os todos envolvidos no desenvolvimento de aprendizado e apoio.

A minha cunhada Deuzanira e meu irmão Seldem pelo apoio essencial nessa caminhada.

A minha amiga Joelma Oliveira e toda sua família pela ajuda tão importante que possibilitou vir de Mato Grosso e estar aqui em Ribeirão Preto para esse objetivo.

Epígrafe
Tudo posso naquele que me fortalece.
Filipenses 4:13

RESUMO

ALCÂNTARA, Suelena Aparecida. **Financiamento do SUS – Limites institucionais e práticos**. 2017. 120f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2017.

Este estudo analisa, por meio de pesquisa exploratório-descritiva, o contexto do financiamento do sistema de saúde brasileiro, apontando o desenvolvimento histórico, organização e descentralização e também o contexto de saúde pública no Brasil. O estudo toma por base as determinações da Constituição federal de 1988 (CF/88), no tocante ao Sistema de Saúde do Brasil e revisa a literatura de estudos relacionados à temática, até o ano de 2016. A CF/88 instituiu novo padrão para organização e ação do Estado e reconheceu a saúde como Direito Social. Desde então, a administração pública tornou-se responsável pela promoção e efetivação do direito à saúde, redefinindo as prioridades do Estado, a fim de organizar e promover os meios de saúde pública. O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é financiado, nos termos da Lei, com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, e de outras fontes, que visam a garantir percentuais e comprometimento dos entes federativos em aplicar recursos que resultem em políticas públicas de saúde para a população. Dentro do período vivenciado pelo SUS, desde sua institucionalização, registram-se fenômenos que impactam no seu desenvolvimento. Desta forma, o estudo descreve as Renúncias Fiscais em saúde sob o enfoque de Incentivos do Governo ao setor privado e Pessoa Física, Desonerações Fiscais, cujas desonerações alcançam impostos que subsidiam o SUS. Abordam-se também, nesse contexto, os Programas de Recuperação Fiscal – REFIS, cujo intuito do Governo é receber as dívidas das empresas. As crescentes demandas de ações judiciais, que determinam o cumprimento de exigibilidades não previstas, que culminam em efeitos que comprometem os orçamentos principalmente dos entes subnacionais. Dado que importa analisar o contexto e entendimento dos princípios que norteiam o SUS, quais sejam, da Universalidade e Integralidade e Equidade. Disto posto, a divisão da Federação, efetivada com intuito de compartilhar responsabilidades, propiciou certo conformismo por parte da União, no tocante a sua parcela de recursos para manter o setor da saúde. Diante de muitas implicações, desafiadora tornou-se a subsistência do SUS, a fim de cumprir o que determina a CF/88, demandando estudos sobre a necessidade de reforma de sua estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a integridade, universalidade, bem como a sustentabilidade do Sistema.

Palavras-chave: Financiamento. Saúde. Renúncias fiscais. Judicialização. Litígio na saúde.

ABSTRACT

ALCÂNTARA, Suelena Aparecida de. **SUS Financing - institutional and practical limits.** 2017. 120 p. Dissertation (Professional Masters in Health Management Organizations) – Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2017.

This study analyzes, through exploratory-descriptive research, the context of financing the Brazilian health system, pointing out the historical development, organization and decentralization, as well as the context of public health in Brazil. The study is based on the provisions of the Federal Constitution of 1988 (CF / 88) regarding the Brazilian Health System and reviews the literature on studies related to the subject until the year 2016. The CF / 88 established a new standard for organization and action of the State and recognized health as Social Law. Since then, public administration has become responsible for the promotion and realization of the right to health, redefining the priorities of the State in order to organize and promote public health facilities. The financing of the Unified Health System (SUS) is financed, under the terms of the Law, with resources from the Social Security Budget (OSS), the Federal, State, Federal District and Municipalities, and other sources, aimed at guaranteeing percentages and commitment of federative entities to apply resources that result in public health policies for the population. Within the period experienced by the SUS, since its institutionalization, phenomena that impact its development are recorded. In this way, the study describes the Health Tax Renunciations under the focus of Government Incentives to the private sector and Individuals, Tax Deductions, whose exemptions reach taxes that subsidize SUS. In this context, the Tax Recovery Programs (REFIS) are also addressed, in which the Government intends to receive the debts of the companies. The increasing demands of lawsuits, which determine the fulfillment of unanticipated liabilities, which culminate in effects that compromise budgets mainly of subnational entities. Given that it is important to analyze the context and understanding of the principles that guide SUS, namely, of Universality and Integrality and Equity. Therefore, the division of the Federation, made with the aim of sharing responsibilities, provided some conformity on the part of the Union, regarding its share of resources to maintain the health sector. In the face of many implications, challenging became the subsistence of the SUS, in order to comply with what determines CF / 88, demanding studies on the need to reform its financing structure, with a view to ensuring integrity, universality and the sustainability of the System.

Keywords: Financing. Health. Fiscal Renounce. Fiscal. Judicialization. Health litigation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da Cobertura dos Planos de Saúde.....	47
Figura 2 - Participação do Fundo Nacional de Saúde no Orçamento do Ministério da Saúde – 2016.	56
Figura 3 - Previsão dos Gastos Tributários por Função Orçamentária e por modalidade de Gasto/Orçamento Federal.	69
Figura 4 - Valores despendidos pelo Ministério da Saúde, ano a ano, com aquisição direta de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais.....	96
Figura 5– Valores gastos pelo Ministério da Saúde para atendimento das decisões judiciais por meio de depósito judicial, através de repasse a Estados e Municípios.	97
Figura 6 - Gastos Totais referentes aos valores despendidos com aquisições e depósitos para cumprimento das demandas judiciais.	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Políticas Públicas de Saúde.	29
Quadro 2 – Composição da Base Vinculável das Receitas de Estados e Municípios.	39
Quadro 3 – Composição do Orçamento da Seguridade Social (OSS).....	51
Quadro 4 – Distribuição de Competência de Impostos para cada Ente Federativo.	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gasto Público e Privado no Brasil em relação ao gasto total.	44
Tabela 2 – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2007 – 2017).	46
Tabela 3 – Recursos repassados à Estados, Distrito Federal e Municípios em 2016 pelo Fundo Nacional de Saúde de acordo com os blocos de financiamento.	56
Tabela 4 – Arrecadação, receitas de parcelamentos, juros, multas, dívida ativa e renúncias das contribuições sociais COFINS, PIS, CSLL de 2012 a 2015 – Em milhões de reais.	70
Tabela 5 – Receitas de Contribuições Sociais selecionadas e os efeitos da desvinculação promovidos pela DRU – Exercícios de 2005, 2008, 2010, 2012 e 2014.	82
Tabela 6 – Gasto em Saúde em alguns países da OCDE.	90
Tabela 7 – Cinco Ministérios com maior Orçamento Previsto para o exercício de 2016 – Em Reais.	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
AIRPJ	Adicional do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNI	Confederação Nacional da Indústria
CNC	Confederação Nacional do Comércio
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CES	Conselho Estadual de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CF	Constituição Federal
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIDE	Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CINSS	Contribuição para o Instituto Nacional da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
CSS	Contribuição Social à Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC 29/2000	Emenda Constitucional nº 29/2000
LC 33/01	Emenda Constitucional nº 33/2001
EC 86/2015	Emenda Constitucional nº 86/2015
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
FAT	Fundo de Amparo do Trabalhador
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FPE	Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GP	<i>General Practitioner</i>
IRPJ	Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas
IRFPE	Imposto de Renda dos Funcionários Públicos do Estado
IRFPM	Imposto de Renda dos Funcionários Públicos do Município
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IRPF	Imposto sobre a Renda da Pessoa Física

IE	Imposto sobre Exportações
IGF	Imposto sobre Grandes Fortunas
II	Imposto sobre Importações
IOF	Imposto sobre Operações Financeiras
ICMS	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
ISS	Imposto sobre Serviço
ITCMD	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação de Bens e Direitos
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
ITR	Imposto Territorial Rural
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IESS	Índice de Estudos de Saúde Suplementar
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
LC 141/2012	Lei Complementar nº 141/2012
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
LOA	Lei Orçamentária Anual
MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
NHS	<i>National Health Service</i>
NOB	Norma Operacional Básica
NOB	Normas Operacionais Básicas
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
PPC	Paridade de poder de compra
PPA	Plano de Pronta Ação
PPA	Plano Plurianual
PGFN	Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PIS/PASEP	Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
REFIS	Programa de Recuperação Fiscal

PRT	Programa de Regularização Tributária
PSF	Programa Saúde da Família
PECs	Programas de Extensão de Cobertura
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
RCLF	Receita Corrente Líquida Federal
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano
RAPNPs	Restos a Pagar Não Processados
SRF	Secretaria da Receita Federal
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
TIPI	Tabela de Incidência do Imposto Sobre Produtos Industrializados
UPAs	Unidades de Pronto-Atendimento
UHC	<i>United Health Care</i>
UCS	Universalidade de Cobertura da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Contextualização	18
1.2	Pergunta da Pesquisa	22
1.3	Objetivo da Pesquisa	23
1.4	Justificativa	24
1.5	Metodologia do Trabalho	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1	Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil.....	26
2.2	Modelos de Sistemas de Saúde e de seu Financiamento	31
2.2.1	O Sistema Único de Saúde	32
2.2.2	Saúde Suplementar	42
2.2.3	Modelos de Financiamento de Saúde Coletiva.....	47
2.2.4	Seguridade Social no Brasil: Saúde, Previdência e Assistência Social	50
3	DISCUSSÃO	54
3.1	Estrutura e fontes do financiamento do Sistema Único de Saúde	54
3.1.1	Mudanças do método de cálculo do mínimo com Ações e Serviços Públicos de Saúde da União.....	61
3.2	Renúncia de Receitas Públicas no Sistema Único de Saúde	62
3.2.1	Questões fiscais que impactam nas políticas públicas do SUS	67
3.2.2	Fontes de ampliação de receitas sem novas imposições tributárias.	71
3.2.3	Federalismo fiscal, sustentabilidade e gasto público em saúde.....	75
3.3	Universalidade e Integralidade: interpretação jurisdicional vigente e limites de financiamento público	83
3.4	Judicialização de Políticas Públicas de Saúde e Financiamento do SUS	91
4	CONCLUSÃO.....	100
	REFERÊNCIAS	103

1 INTRODUÇÃO

O Financiamento do SUS, desde sua previsão na CF/88, conforme se depreende da literatura, foi firmado sob a responsabilidade dos três entes federativos, com recursos do Orçamento da Seguridade Social, e de outras fontes. Embora fossem claras as determinações Constitucionais para o financiamento, somente com o advento da Lei Complementar (LC) 141/2012 é que se estabeleceu um parâmetro claro para a cota orçamentária de cada ente federativo, para fazer frente ao financiamento do SUS.

Por conta de sua complexidade, o Sistema experimentou períodos de instabilidade, até surgir a Emenda Constitucional (EC) 29/2000 e, posteriormente, a LC 141/2012, trazendo bases financeiras mais sólidas para o SUS, bem como um melhor entendimento sobre as Ações e Serviços Públicos de Saúde. Dessa forma, com Movimento da Reforma Sanitária na década de 70, também a 8ª Conferência Nacional de Saúde na década de 80, bem como, a promulgação da CF/88 foram sendo construídas as bases legais e teóricas sobre as formas de sustentação do SUS.

Apesar de bem firmadas, as fontes de receita do SUS - advindas de impostos e contribuições para fazer frente às ações com vistas ao atendimento da universalidade e da integralidade - a generosidade do mandamento jurídico da saúde como direito de todos e dever do Estado, não foi sustentada na Constituição, por uma base material que garantisse um financiamento público compatível sequer com a universalidade (MENDES, 2013).

Não obstante isto, conforme Paim et al (2011), os desafios na estrutura financeira do SUS ensejam uma revisão profunda nas relações público-privadas e também de seu financiamento, de forma que estas resultem em recursos que garantam a universalidade, não obstante haja uma variação importante quanto à variação do conteúdo semântico da palavra universalidade que também impacta nas expectativas resultantes deste princípio.

Por conseguinte, numa percepção dos gastos públicos do Brasil, em relação à outros países, cujos sistemas são universais e se assemelham ao Sistema Único de Saúde (SUS), salta a evidência do necessário maior investimento no setor de saúde. Nesse contexto, segundo Bahia e Sheffer (2012) os gastos, na proporção ora executados, corroboram com a tese da expansão da saúde suplementar, e representam um desafio permanente à universalização da atenção à saúde.

Santos (2016) analisa as despesas que compõem a pasta da saúde, conforme a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2016 e demonstra um valor total destinado para o setor bastante expressivo, quando comparado ao montante das outras políticas públicas Estatais. De

modo que as despesas correspondentes perfazem pelo menos 93% dos gastos previstos pelo Ministério da Saúde. Isto posto, torna-se necessário evidenciar contextos concernentes a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade nas políticas públicas de saúde no país. Haja vista, partir do pressuposto de que a ampliação de receita sem a devida qualificação do gasto, não pode ser considerada a solução viável para as complexidades que permeiam o SUS.

Diante de diversas nuances do SUS, a partir da literatura abordada, essa dissertação pretende contribuir, com aspectos relativos à investigação da temática da execução orçamentária, dos quais culminam no financiamento do SUS, buscando evidências possíveis para o fortalecimento do Sistema, sem que impliquem na ampliação da base tributária imposta aos cidadãos.

Dessa forma, a estrutura deste trabalho compreende esta introdução e contextualização, na qual se apresentam as concepções da pesquisa e a inter-relação das circunstâncias sociais vivenciadas no Brasil. Em seguida, o contexto teórico da saúde pública, a evolução do setor de saúde com a CF/88 e a institucionalização do SUS e de seu financiamento. A terceira parte descreve a metodologia desenvolvida, na qual buscou método analítico teórico do tema a fim de responder os questionamentos abordados. A quarta parte escreve a discussão sobre as temáticas inerentes a estrutura de financiamento do SUS, bem como formas de sua sustentabilidade financeira. Por fim, na quinta apresenta-se a conclusão da pesquisa.

1.1 Contextualização

O conceito de saúde, compreendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza que esta resulta da harmonia existente entre o indivíduo e o seu entorno social, cultural e religioso. Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades (WHO, 1946).

A saúde no Brasil, é direito social estabelecido a partir da CF/88. A determinação legal em relação à saúde que a classifica como direito do cidadão e dever do Estado, funda-se no conceito amplo adotado constitucionalmente para a Seguridade Social: “Um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Antes da CF/88, as políticas públicas de saúde eram focadas nas ações de saneamento e no controle de epidemias, procedimentos que eram implementados nas grandes cidades e nos portos (PAIM et al. 2011). O país não dispunha de políticas públicas de atendimento

coletivo. A saúde suplementar era disponibilizada para indivíduos com vínculos empregatícios ou através de pagamento direto aos médicos particulares. Aqueles que não dispunham de recursos ficavam sujeitos às Santas Casas de Misericórdia.

Após a Constituição Cidadã, a administração pública torna-se responsável pela promoção e pela efetivação do direito à saúde. O dever do Estado é materializado por meio da instituição de um sistema único e gratuito de atendimento em saúde. O Sistema Único de Saúde é a política pública responsável pela oferta desse atendimento, garantindo acesso universal e equitativo a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988).

Barros, Piola e Viana (1996) descrevem que a política pública de saúde gera externalidades que não beneficiam somente um indivíduo direta e especificamente, mas toda a comunidade, e confirmam sua importância, dentre outras coisas, pela necessária presença do indivíduo na preservação e na reposição da força de trabalho. Apesar disso, anteriormente à promulgação da CF/88 não havia compromisso com a saúde coletiva na agenda das políticas públicas, que se omitiam ao dever de implementar ações voltadas para esse atendimento, de modo que os indivíduos e as famílias deveriam disponibilizar recursos próprios para recorrer aos médicos particulares e aqueles que não dispunham de recursos, buscavam a assistência em Santas Casas de Misericórdia, sendo que os trabalhadores formais podiam contar com atendimento médico disponibilizado pela Previdência Social.

A história registra décadas de governos e Leis criadas na tentativa de organizar e promover a saúde coletiva, que começou a mostrar alguma mudança já em 1923, com a Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), Fundos de financiamento da assistência médica e aposentadoria, dos trabalhadores.

Após a década de 1920, o governo de Getúlio Vargas promoveu a unificação das Caixas, transformando-as em Institutos de Aposentadoria e Pensão, e acabou por utilizar parte dos seus recursos para estimular a industrialização do país, fato este que remete à observação de procedimentos semelhantes à conjuntura atual, na medida em que se pode verificar a ausência de preservação e comprometimento de recursos para um objetivo-fim, qual seja, a saúde coletiva.

A referida medida conseguiu alcançar somente 7,3% da população, chegou-se à década de 1970, com nova tentativa reformista, dessa vez, para modernizar a administração do sistema previdenciário, não obtendo sucesso, sendo uma das causas de ampla mobilização popular em torno das demandas de saúde, que caracterizou o movimento sanitarista e culminou na inclusão do capítulo da saúde na CF/88.

As políticas públicas definidas pelo Estado brasileiro até a década de 1970 eram voltadas prioritariamente para a parcela da população que apresentasse vínculo trabalhista, com emprego formal. A partir da década de 1970, ocorreram algumas mudanças na condução da política de proteção social, desde a incorporação de outros grupos populacionais, como os trabalhadores rurais, autônomos e funcionárias domésticas, como beneficiários da previdência social, até a definição de políticas específicas para o desenvolvimento de uma política mais abrangente, dentre as quais (BAPTISTA; VIANA, 2014, p.79):

- A criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- A formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as ações a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- A instituição do Plano de Pronto Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para a viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência ao projeto de universalização da saúde;
- A formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu de modo inédito um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- A promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no nordeste do Brasil e configurou-se como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
- A constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência.

A CF/88 também foi considerada de fundamental importância, por redefinir, dentre outras coisas, as prioridades do Estado na área da saúde, determinando o dever do Estado em garantir o exercício do direito à saúde e, por sua responsabilidade, tanto no campo específico das ações e serviços públicos para a área, como no âmbito geral, ao promover o desenvolvimento social e a atuar sobre os determinantes das condições de saúde (PIOLA, 2005).

O Sistema Único de Saúde especifica o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, como parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para a democratização e o compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014).

No que se refere aos sistemas públicos de saúde, estes encontram suas raízes no Relatório Beveridge, de 1942, que estabeleceu as bases para o *National Health Service (NHS)*

– Sistema Nacional de Saúde, na Inglaterra. Ao considerar o acesso à assistência médica como direito universal de cidadania, o documento dispunha recomendação ao Estado para que garantisse a todos os cidadãos atenção à saúde gratuita e de acesso a qualquer cidadão, independentemente de pagamento específico, que não a tributação geral. Foi o chamado sistema de saúde beveridgiano, que privilegia os recursos de base solidária, provenientes de impostos gerais. Já outros modelos de sistema de saúde, que consistem em seguros sociais de saúde de contratação compulsória, os chamados bismarckianos, financiados por contribuições vinculadas ao trabalho assalariado, também estão presentes em vários países da Europa.

O Sistema de Saúde brasileiro atual é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais, impostos para programas sociais específicos, desembolsos diretos dos cidadãos e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e as contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas (PAIM, 2014).

No entanto, conforme escreve Paim et al. (2011), o SUS enfrenta desafios em sua estrutura financeira e será necessária uma revisão profunda das relações público-privadas, bem como de seu financiamento que, embora tenha alcançado, ao longo do tempo, conquistas importantes a fim de garantir que recursos estáveis para a saúde fossem assegurados por lei, ainda assim, frustram-se as metas de garantir a saúde de forma universal, integral e equitativa.

A estrutura de financiamento do SUS segue o ordenamento da CF/88, conforme Artigo 198, o qual determina que o SUS deverá ser financiado pela sociedade por meio dos tributos e com recursos do orçamento da seguridade social e de todos os entes federados e determinações posteriores. A LC 141/2012 forneceu expectativas melhores, em virtude de fixação de mínimos percentuais e maior comprometimento dos entes subnacionais para o financiamento da saúde.

Apesar do esforço para prover o funcionamento do SUS, observam-se prioridades do governo em detrimento do setor da saúde, que visa à manutenção de metas econômicas e medidas da União de alocação de recursos com impactos significativos nas fontes de financiamento do SUS (MENDES, 2015).

O financiamento do SUS, conforme descrito na literatura, é subfinanciado e não comporta as atuais demandas de infraestrutura e atendimento em saúde. No entanto, observa-se no ano de 2013, as despesas com a área de saúde representaram 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do país. Os valores conforme Santos (2016), podem não ser tão satisfatórios se comparados com outros países que destinam pelo menos 16% de recursos nacionais para saúde, cujo sistema também apresenta caráter universal. No entanto, há que acrescentar que se

tratam de países com sistemas de saúde que se diferenciam sobremaneira ao SUS. Nessa mesma linha, Mendes (2013) escreve que a generosidade do mandamento jurídico da saúde como direito de todos e dever do Estado não foi sustentada na CF/88 por uma base que garantisse um financiamento público compatível com os princípios fundamentados pelo SUS e sua universalidade. A estrutura vigente de gastos públicos em saúde, não permite pretender consolidar no SUS, um direito de todos e dever do Estado.

O contexto de atendimento para prover saúde ao cidadão brasileiro, frequentemente, esbarra em impossibilidades que culminam em exigibilidades judiciais, o que, na maioria das vezes, conforme exposição do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sobrecarregam o orçamento de forma significativa, onerando o processo orçamentário e desviando os recursos da coletividade e do planejamento regular das políticas públicas de saúde. Constam-se também a Emenda Constitucional 95/2016, a qual altera o Ato das Disposições Transitórias (ADCT) da CF/88, impondo Novo Regime Fiscal, com mudanças para o setor da saúde. Dessa forma, é crível analisar o financiamento sustentável da saúde no setor, como forma essencial de garantir um sistema de saúde efetivo para todos os brasileiros.

Ao longo deste estudo, observa-se a necessidade de abordar especificamente, e com mais profundidade de conhecimentos, a estrutura do financiamento do Sistema de Saúde no Brasil. Assim, para compor o estudo, não com vistas a esgotar o assunto, mas, para melhor compreender e verificar mudanças possíveis que contribuirão para a pesquisa abordar-se-ão as fontes de financiamento do SUS, as renúncias fiscais numa apresentação de medidas que evidenciam benefícios fiscais para saúde privada e também para Pessoa Física. No contexto apresentam-se ainda os Programas de Recuperação Fiscal (REFIS) propostos pelo Governo às empresas com intuito de recebimento do estoque de dívidas, dado que dentre outras questões, impossibilitam o caminho financeiro ligado ao sistema de saúde.

É neste cenário que será abordado o contexto histórico do setor saúde, sua evolução com a CF/88 e a institucionalização do SUS, seu financiamento e os limites que esbarram no direito do cidadão, garantidos pela Constituição, bem como Universalidade e Federalismo.

1.2 Pergunta da Pesquisa

O Sistema de Saúde brasileiro foi criado pela Constituição Federal de 1988 com o fim de garantir meios adequados de saúde para todos os brasileiros. O SUS idealizado sobre os

princípios de universalidade, integralidade e equidade é considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Esse sistema atende todo o território nacional, em praticamente todas as demandas necessárias da pessoa humana. Mas o SUS é apontado como um sistema que opera de forma subfinanciada, comparativamente à outros modelos universais, ensejando mais estrutura financeira, gestão e organização. Diante de diversas nuances face ao SUS, o trabalho instiga os seguintes questionamentos:

- (i) A literatura aponta que financiamento é uma das principais questões discutidas quando se analisa o SUS. Neste sentido, quais mecanismos poderiam ser fonte de receita para o financiamento do SUS, sem, entretanto, sobrecarregar a carga tributária brasileira?
- (ii) Quais fatores, no que se refere a financiamento podem eventualmente interferir na prestação de serviços pelo SUS. Interferências na forma de financiamento do SUS, das quais podem resultar em iniquidades e desigualdades no atendimento que é prestado para o cidadão?

1.3 Objetivo da Pesquisa

Esta pesquisa tem como objetivo geral descrever as modalidades do financiamento do Sistema Único de Saúde, contextualizando um panorama dos acontecimentos históricos de políticas sociais e leis que asseguram o direito à saúde para os cidadãos, propondo caminhos para a qualificação das receitas e de sua execução.

Com base nas intenções da gestão da administração pública federal, estadual e municipal em cumprir o que a Constituição Federal de 1988 determina em menção à Saúde, que consiste em direito de todos e dever do Estado, pretende-se neste trabalho, desenvolver análise descritiva de como o país tem enfrentado o desafio de prover um financiamento público adequado para a garantia do direito à saúde prevista na CF/88. Discutindo principalmente questões relacionadas ao processo de financiamento do SUS e eventuais temáticas associadas.

Por objetivos específicos este trabalho busca-se: (i) apontar expectativas existentes de ampliação dos recursos para a saúde, abordando eventuais mudanças nos critérios e mecanismos de distribuição de recursos da União para as outras esferas da federação e de estruturação de um financiamento mais equitativo, bem como (ii) abordar aspectos relevantes

às demandas de judicialização e eventuais impactos na saúde pública e (iii) discutir os principais desafios destas questões frente à necessidade de mais desenvolvimento do SUS, junto a seu objetivo de atendimento a todo cidadão brasileiro.

1.4 Justificativa

O financiamento da Saúde é um tema relevante, tanto por sua importância social, como pela crescente participação do setor da saúde na economia, bem como seu impacto nas contas públicas e no orçamento das famílias (CONASS, 2011).

A fim de compartilhar responsabilidades no tocante ao funcionamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, bem como proporcionar a garantia de recursos, a promulgação da CF/88, principal marco legal da redemocratização brasileira, reestruturou o federalismo fiscal brasileiro e valorizou o papel do Estado na garantia do direito à saúde.

Diversas inferências sobre as obrigações de arrecadação, tamanhas responsabilidades de garantia de direitos do cidadão, instituídas por lei, inerentes aos direitos fundamentais, também a organização do sistema de saúde constituído universal e orçamento entendido como inferior às demandas necessárias para toda população geram implicações relevantes a serem observadas. De modo que o contexto levanta observações relevantes acerca de procedimentos da administração pública, a qual ainda que frente às obrigações de demandas, admite renúncias fiscais, concede benefícios a empresas e pessoas físicas, o que se infere impedir o caminho da equidade conforme estatui a Constituição brasileira.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, seu atendimento alcança desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda população (MS, 2017). O contexto sobre sistema de saúde e suas implicações no tocante ao financiamento e continuidade, é relevante no sentido de buscar analisar mecanismos que possam demonstrar possibilidades de financiamento sustentável do sistema de saúde do Brasil, sob pena de colocar em risco a garantia de recursos já estabelecidos para o setor na legislação nacional do sistema de saúde brasileiro.

1.5 Metodologia do Trabalho

Segundo Gil (2008), a abordagem exploratório-descritiva, proporciona maior familiaridade com os dados expostos. Dada a finalidade de estudar o fenômeno com vistas a observar informações e estudos que ofereçam material relacionado à pesquisa proposta.

O estudo pautou-se nas determinações da Constituição Federal de 1988 (CF/88) concernentes ao direito social e o sistema de saúde do Brasil e posteriormente na literatura relacionada à temática até o de 2017. Dessa forma, levantou artigos das bases Scielo; Biblioteca USP Digital, trabalhos de dissertações, artigos científicos, para levantar pesquisas relacionadas ao tema de financiamento da Saúde coletiva, federalismo fiscal, universalidade, renúncia fiscal. Revistas jurídicas com abordagem dos temas concernentes a este estudo e seminários sobre Judicialização de políticas públicas foram considerados.

A partir da pesquisa elaborada, buscou-se catalogar a literatura disponível, de forma a elucidar diversas óticas sobre o tema do financiamento do SUS.

Informações extraídas de sites do Ministério da Saúde, Plataformas de órgãos públicos e Instituições de pesquisa, que armazenam informações no tocante ao orçamento e financiamento da política pública setorial também foram utilizadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Como mencionado anteriormente a Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi responsável pela elevação da saúde como um direito social a ser promovido pelo Estado. A primeira parte deste trabalho apresentou um panorama geral sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Por meio da discussão do contexto histórico no país, por meio da literatura, foi possível observar que anteriormente à CF/88 não existia um conceito concreto de saúde coletiva. Com vistas a aprofundar o entendimento das temáticas associadas à organização dos sistemas e modelos de saúde pública a segunda parte deste trabalho evidencia as discussões teóricas relacionadas. Em seguida, frente aos desafios de financiamento e organização o trabalho apresenta a discussão teórico-analítica destas questões com vistas a revelar possíveis soluções para as problemáticas. Por fim, na última parte, encerra-se discutindo o contexto da saúde na atualidade, apontando as complexidades do Sistema e quais desafios necessitam de ações para sua erradicação.

2.1 Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil

Antes da CF/88, o Brasil não dispunha de um sistema público e regulado de saúde para atender às necessidades de universalidade e integralidade de saúde de seus cidadãos.

A CF/88 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais e inovando ao consagrar o modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, Artigo 194).

O novo padrão de sistema público de saúde é caracterizado pela universalidade na cobertura, e integralidade do atendimento, reconhecimento dos direitos sociais e afirmação do dever do Estado. As políticas públicas anteriores excluía ações de atendimento em saúde, assim, os indivíduos deveriam disponibilizar recursos próprios para recorrer aos médicos particulares. Os demais cidadãos deveriam buscar a assistência gratuita ofertada tradicionalmente pelas Santas Casas de Misericórdia. A assistência médica disponibilizada pela previdência social era destinada exclusivamente ao atendimento dos trabalhadores formais (CEAP, 2005).

Fleury e Ouverney (2014) consideram que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política realiza-se a partir de sua inserção como cidadãos.

O contexto histórico do Brasil na área da saúde pública registra transformações para a administração pública, desde a vinda da família real portuguesa para o Rio de Janeiro, o que tornou a cidade o centro das ações sanitárias e dos movimentos de Reforma Sanitária da época, liderados por médicos higienistas. A política de saúde pública de caráter higienista prevaleceu até a primeira metade do século XX e culminou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no ano de 1920. Durante esse período, foram estabelecidas as bases para o surgimento de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações em torno do governo central (CONASS, 2011).

Ao longo do tempo, diversos governos e leis buscaram organizar e promover a saúde coletiva no país, entretanto, foi só a partir de 1923, com a edição da Lei Eloy Chaves, que puderam ser observadas mudanças mais significativas nesse sentido. Foi por meio dessa normativa que as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), bem como os Fundos de Financiamento da Assistência Médica e Aposentadoria dos trabalhadores foram instituídos. No entanto, o sistema era restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, apenas fornecendo cobertura aos empregados destas e aos seus familiares. Ou seja, era um sistema de base eminentemente contributivo e contra prestacional, voltado ao atendimento do trabalhador formal.

Posteriormente à década de 30, o governo Getúlio Vargas, transformou as Caixas em Institutos unificados a serem responsáveis pela Aposentadoria e Pensão, entretanto, posteriormente, com vistas a fomentar a industrialização brasileira, os recursos destes Institutos foram desviados de seu objeto-fim, o que evidencia a ausência de dedicação com a sustentabilidade e o comprometimento dos recursos para o sistema de saúde. O trabalho de Santos (2016) cita ainda outro importante fato ocorrido durante o período Vargas, que foi a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP), pelo Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Têm-se a partir desta, a criação de uma pasta relacionada à prestação do serviço de saúde pública, aos empregados, trabalhadores urbanos informais e aos pobres, para quem não eram destinados os serviços oferecidos pelas Caixas e Serviços Previdenciários.

A criação do Ministério da Saúde pela Lei nº 1.920, de 25/07/1953, é considerado um marco institucional na política de saúde pública nacional, regulamentada posteriormente, pelo Decreto nº 34.956, de 16/11/1953 (MS, 2017).

A democratização na saúde foi fortalecida no movimento pela Reforma Sanitária, que alcançou êxito nas suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que contribuiu para as bases da criação do Sistema Único de Saúde.

Após alguns anos, durante os governos militares, foi unificado o IAPS como Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a gerir todas as contribuições previdenciárias e a administrar aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores urbanos formais, porém, excluídos ainda, os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (CONASS, 2011).

O contexto da história de políticas públicas de saúde coletiva, conforme Giovanella e Lobato (2014) apresenta uma trajetória bastante complexa para sua consolidação, que se intensifica a partir da década de 1970.

No contexto histórico de análise de políticas públicas, ocorreram mudanças significativas na condução da política de proteção social, quando houve inclusão de grupos populacionais, como os trabalhadores rurais, trabalhadores autônomos e funcionárias domésticas, como beneficiários da Previdência Social, até a definição de políticas específicas para o desenvolvimento de uma política social mais abrangente, conforme descrevem Baptista e Viana (2014).

As análises de Baptista e Viana (2014), no tocante às políticas públicas, retratam diferentes momentos e descrevem, ainda, que é impossível compreender a inflexão do contexto político vivido no Brasil sem que haja uma síntese de estudos que se desenvolveram em cada momento, retratando a política e os interesses associados e identificando o contexto em que se desenrolaram as políticas de saúde.

Assim, propõe-se a síntese das políticas públicas de saúde nos últimos anos, considerando o seu início na década de 1950. Nessa década, surgiram políticas de proteção social para a construção do *WelfareState* ou Estado de Bem Estar Social, em muitos países da Europa. No Brasil, com vistas à construção do Estado do Bem-Estar social, em 1953, como visto, houve a criação do Ministério da Saúde, bem como outras medidas para esse fim, como a expansão da assistência hospitalar, criação de leis que unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores, dentre outras medidas. Registra-se nas décadas de 1970 e 1980, situação de crise econômica dos países subdesenvolvidos e, conseqüentemente, dos Estados brasileiros, intensificando-se a preocupação com a sustentabilidade política e econômica da

política de proteção social, discutindo-se dentre outros temas os determinantes do gasto público dos sistemas de proteção e de saúde (PAIM et al., 2011; BAPTISTA; VIANA, 2014).

Avançando as décadas de 1980 e de 1990, houve uma agenda de reforma para os sistemas de proteção, e também estudos sobre avaliação em saúde no que se refere a eficácia, eficiência e efetividade das políticas, bem como o processo decisório e de implementação dessas questões (PAIM et al., 2011; BAPTISTA; VIANA, 2014).

Nos anos de 1990 a 2000, há uma situação de crise nas políticas de saúde e sistemas de proteção vivenciada de maneira diferente entre os países. No Brasil, com a criação do SUS em 1988, trata-se de temas sobre perspectivas de reformas, descentralização do SUS, realização das Conferências Nacionais de Saúde, bem como medidas que visavam sustentabilidade de financiamento do sistema de saúde brasileiro. Conforme relatam os autores Baptista e Viana (2014) no quadro apresentado a seguir.

Quadro 1 - Políticas Públicas de Saúde.

Contexto	Temas	Sistema de Saúde
1950 – Consolidação e expansão da política de proteção social em muitos países da Europa – <i>WelfareState</i>	Política social e desenvolvimento social. Construção histórica do <i>WelfareState</i> .	Criação do Ministério da Saúde (1953); Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos – (1960). Expansão da Assistência hospitalar. Surgimento de empresas de saúde.
Contexto	Temas	Sistema de Saúde
De meados dos anos 70 a meados dos anos 80 – situação de crise econômica dos Estados e preocupação com a sustentabilidade política e econômica da política de proteção social	Determinantes do gasto público e análise econômica dos sistemas de proteção e de saúde. Surgem temas como o ajuste fiscal, a globalização dos mercados e a política para a contenção dos custos. O principal foco é a crise dos sistemas de proteção. Surgem análises mais específicas da política de saúde e a temática da avaliação em saúde.	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966). Capitalização da medicina pela previdência social. Crise do Sistema de Saúde. Programas de Extensão de Cobertura (PECs) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes. Crise na Previdência Social. Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS (1977). Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado. INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura.
De meados dos anos 80 a meados dos anos 90 – Agudiza-se a situação de crise dos sistemas de proteção. Surgem propostas de reforma mais específicas, com indicação para ajuste das políticas. O Banco Mundial exerce	Agenda de reforma para os sistemas de proteção. Cresce o número de estudos sobre avaliação em saúde, atrelados à discussão da eficácia, eficiência e efetividade das políticas. Mais estudos com foco nos sistemas de saúde dos	INAMPS continua a financiar os estados e municípios. Expansão das AIS. Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS (1987). Contenção das políticas privatizantes. Novos canais de participação popular.

um papel de liderança no debate da saúde.	países em desenvolvimento. Estudos sobre processo decisório e implementação de políticas.	
De meados dos anos 90 e anos 2000 – a situação de crise foi vivida de forma diferenciada pelos países. Os países desenvolvidos não implementaram as reformas na mesma proporção que discutiam as propostas.	Retomada de temas, como proteção social à cidadania, direitos sociais no debate sobre as perspectivas de reformas. Retomada de temas, como desenvolvimento social e a inter-relação entre desenvolvimento econômico e social.	Criação do SUS. Descentralização do sistema de saúde. 9ª Conferência Nacional de Saúde • Extinção do INAMPS (1993) • Criação do Programa de Saúde da Família (1994) • Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996) • Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS
Contexto	Temas	Sistema de Saúde
		• Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998) • 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde • Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização) • Regulamentação dos planos de saúde privados • Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999) • Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000) • Criada a lei dos medicamentos genéricos • Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS • Emenda Constitucional 29, visando à estabilidade de financiamento do SUS, definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000) • Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001) • Expansão e consolidação do PHC • Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003) • Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006) • Política Nacional de Atenção Básica (2006) • Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) • 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde • Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente, 2006) • Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações >100.000 (2008) • Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008).

Fonte: Adaptado conforme Baptista e Viana (2014) e Paim et al. (2011).

Resumidamente conhecidas às bases históricas da implantação do sistema de seguridade social no Brasil, com destaque para as políticas públicas de saúde, toma-se o conceito de Bucci (1996) sobre políticas públicas, sendo estas mais amplas que os planos e se definindo como o processo de escolha dos meios para a realização dos objetivos do governo

com a participação dos agentes públicos e privados. Políticas públicas são as escolhas e ações do governo para a realização de objetivos determinados num espaço de tempo certo.

Acrescenta-se ao conceito, considerações relevantes de Aith (2007), no tocante a política pública de saúde, conforme previsto no texto constitucional. O direito à saúde é assegurado, assim como os demais direitos sociais, por meio de políticas públicas para o setor, o autor afirma que para as ações serem implementadas por tais políticas, é necessário ater-se à quatro dimensões, quais sejam: jurídica, econômica, sanitária e política.

A afirmativa é pertinente, por tratarmos de ações e serviços públicos de saúde assegurados, que precisam de recursos para dar forma ao escopo das políticas. No entanto, é importante pontuar o que descreve Santos (2016, p.) “Não é possível ao Estado atender aos interesses de todos os cidadãos, ou seja, a todas as necessidades públicas em um determinado momento”. Desse modo, torna-se necessário que se definam, a princípio, quais os interesses que serão contemplados com a ação pública estatal.

O processo histórico da organização do setor de saúde e seu contexto político oferecem um panorama para o conhecimento do desenrolar do setor da saúde, que culminou na instituição de um Sistema Único de Saúde, reconhecido internacionalmente.

Desde 1988, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo, baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. O SUS tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva, curativa e equitativa, por meio da gestão e da prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo.

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal, conforme preconiza a CF/88 artigos 195 e 198. As demais fontes de financiamento são privadas – gastos por desembolso direto e os planos realizados por empregadores.

Com intuito conhecer mais, sobre o sistema de saúde, descreve-se adiante sobre os modelos e o sistema de saúde instituído no Brasil.

2.2 Modelos de Sistemas de Saúde e de seu Financiamento

Segundo Giovanella e Lobato (2014) considera-se que um sistema de saúde possui alguns componentes básicos, de modo que suas características podem mudar e apresentarem-se diferentes de acordo com o país em que esteja inserido. Os componentes fazem parte do

sistema e são entendidos como as organizações, profissionais, rede de serviços, insumos, tecnologias e conhecimentos.

Em consequência desses componentes, que compõem a estrutura do sistema de saúde, existe uma relação de dependência quanto às fontes de financiamento, gestão, regulação, prestação de serviços. Giovanella e Lobato (2014) acrescentam ainda que esse não é um sistema fechado e sua dinâmica está sempre relacionada a outros sistemas e ao conjunto das relações sociais em um determinado tempo e lugar.

Assim, Giovanella e Lobato (2014) descrevem o conceito de Sistema de Saúde como sendo:

(...) o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.

Os sistemas de saúde, portanto, visam solucionar os problemas de saúde, com ações peculiares a cada lugar e necessidade, de modo que o Estado se organiza a fim de prover recursos financeiros, humanos e técnicos, bem como, estrutura hospitalar e tecnológica com intuito de oferecer condição de saúde para população.

2.2.1 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde foi idealizado para tornar concreta a política pública de saúde delineada na CF/88 e nas leis infraconstitucionais que detalham seu regramento. Em tempos anteriores ao SUS, os cidadãos brasileiros eram segregados por categorias, como indivíduos com capacidade de pagamento por serviços de saúde privados; àqueles que tinham o direito aos serviços de saúde públicos por serem segurados pela previdência social, e ainda, indivíduos que não tinham direito algum (PORTAL BRASIL, 2009). Com o SUS, todo cidadão tem a garantia de receber atendimento de saúde de forma integral, universal e equitativa.

ACF/88 é considerada “Constituição Cidadã”, pois não só reconheceu a saúde como um direito social, mas também constituiu um novo padrão para a organização e a ação pública de saúde do Estado (TEIXEIRA et al., 2006). Foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública (CONASS, 2011).

O SUS implanta o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. Parte de uma

concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para a democratização e o compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014).

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990, complementada pela Lei nº 8.142/1990, regulamentaram as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços, inserindo novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, e criando e ampliando as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, e promovendo o envolvimento e participação dos gestores, dos profissionais da saúde e da comunidade.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos e garantindo acesso integral, universal e gratuito para a população do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O SUS tem como objetivo formular políticas públicas para garantir acesso universal e igualitário; conforme determinação da CF/88 e também promover a descentralização dos serviços e as ações de saúde de unidades federativas para os estados e municípios.

A execução das ações e dos serviços no setor de saúde exige recursos, que foram instituídos no artigo 194 da Constituição.

Os recursos para o Sistema Único de Saúde são de responsabilidade das três esferas de governo, conforme determinado na CF/88, artigo. 198: “O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

A Lei nº 8.080/90 institui o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados e conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no

referido artigo da CF/88, obedecendo ainda os princípios organizativos e doutrinários, tais como¹:

- i. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- ii. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- iii. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- iv. Igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- v. Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- vi. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- vii. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática;
- viii. Participação da comunidade
- ix. Descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- x. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- xi. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- xii. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- xiii. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;
- xiv. Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013.

A Lei 8.080/90² trata também da organização, da direção e da gestão do SUS. Define as competências e as atribuições das três esferas de governo. Estabelece o funcionamento e a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde e regulamenta a política de recursos humanos no sistema.

Dispõe a Lei 8.142/90 sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras

¹ BRASIL. Lei Infraconstitucional nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Artigo 7º.

² BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011 (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.1) Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf> Acesso em: 27 maio. 2012. p.26.

providências. Também instituiu as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Assim, há competências específicas para cada gestor dos entes federados na gestão do SUS. Nos municípios as políticas de saúde são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS); no Estado, o SUS conta com políticas pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES); no âmbito federal, as políticas de saúde são pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O sistema de saúde brasileiro é composto da estrutura assistencial, voltada para a realização das funções do sistema e integrada pela rede de serviços (hospitais, ambulatórios, consultórios, laboratórios clínicos e radiológicos, dentre outros) e, também, pelo pessoal de saúde (profissionais e técnicos com formação específica em saúde e trabalhadores da saúde). As estruturas voltadas para as funções são integradas pelos sistemas de planejamento, informação, controle e avaliação (ministério, secretarias estaduais e municipais da saúde, entre outras) (GIOVANELLA, LOBATO, 2014)

No tocante a Sistema de saúde, cabe ressaltar Giovanella e Lobato (2014), os Sistemas de Saúde Públicos são recentes na história, de modo que se consolidaram em meados do século XX, e foram desenvolvidos em virtude do crescimento da participação dos Estados no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar das populações, comprometendo o desenvolvimento das nações. De modo que os problemas relativos à saúde dos indivíduos tornaram-se preocupação de todas as nações. O sistema de saúde consolida estruturas para garantir a prevenção de doenças, a oferta direta de serviços de cura e de reabilitação, bem como o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos e proteção do meio ambiente.

Segundo Giovanella e Lobato (2014) a análise comparada é uma área importante dos estudos de sistemas de saúde, esse processo tem tornado possível o conhecimento das similaridades e diferenças entre os sistemas de diversos países. Embora os países sejam diferentes, com histórias, culturas e sistemas diversos, é possível aprender com a experiência dos demais para melhorar as políticas e programas de saúde locais. Dessa forma, a título de exemplo, cabe analisar o sistema de saúde do Canadá, que é predominantemente financiado pelo setor público, foi instituído em 1946, em uma província. Foi logo disseminado para as outras dez províncias e, em 1966, foi reconhecido em legislação federal. O *Canada Health Act* assegura um nível mínimo de uniformidade normativa de recursos e de serviços em todo o país. O governo federal financia as províncias por meio de transferências fiscais

condicionadas à adesão dos governos estaduais aos padrões por ele estabelecidos por intermédio do *Canada Health and Social Transfers* (CANADA HEALTH ACT, 1985).

O modelo tipicamente liberal de sistema de saúde – o estadunidense – passou a incorporar uma importante intervenção estatal com os programas *Medicare* e *Medicaid*. Como o primeiro, destinado aos aposentados, é financiado com contribuições sobre a folha de salários e o segundo, destinado aos pobres, o é por meio de impostos gerais, o financiamento do sistema de saúde norte-americano, hoje, é um modelo misto, no qual ainda prepondera o gasto privado, mas os impostos e as contribuições sobre a folha de salários representam, juntos, mais de 44% do gasto em saúde estadunidense (PIOLA; PORTO; UGÁ, 2014).

O sistema de saúde canadense caracteriza-se por ser universal e público, ou seja, não há a possibilidade de aderir a um plano de saúde, existe apenas a extensão da cobertura normal, que lhe dá acesso a alguns pequenos benefícios, como ambulância e quarto privativo em um hospital na estrutura do sistema público. Não importa quão rico seja o cidadão, o tratamento recebido será exatamente igual para todos, porém o funcionamento, apesar de ser muito bom, não é perfeito, pois existem grandes filas de espera para todo e qualquer atendimento. O sistema, apesar de ser administrado pelo governo e de ser universal, não necessariamente é gratuito, pois em algumas províncias pagam-se mensalidades para a utilização dos serviços de saúde (MOURA, 2006).

Moura (2006) destaca o que considera ser um ponto a se repensar no Brasil, que é o empoderamento local, como no caso do exemplo apresentado referente ao Canadá, cada província possui grande liberdade de escolha no investimento e nas decisões primordiais em relação a sua população, mas é claro que existe um modelo a ser seguido com padrões mínimos a serem observados.

Na Inglaterra, segue a modalidade de proteção social do tipo seguridade social, inspirada em princípios de justiça social, que se concretizam em sistemas universais de saúde, chamados sistemas nacionais de saúde. O *National Health Service* (NHS) britânico, criado em 1946 e com início de suas atividades em 1948, foi o primeiro sistema nacional universal de saúde no ocidente, em um país capitalista. Financiado com recursos fiscais, garante acesso universal à atenção à saúde a todos os cidadãos, independentemente da renda ou da contribuição. Esse sistema de saúde também ficou conhecido como sistema beveridgiano, em função de sua referência histórica no Relatório Beveridge em 1942, na Inglaterra, que propôs, pela primeira vez, um novo modelo de proteção social baseado na condição de cidadania, segundo o qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado (GIOVANELLA; LOBATO, 2014).

Segundo Giovanella e Lobato (2014), o Relatório Beveridge (1942) estabeleceu as bases para o NHS, ao considerar o acesso à assistência médica como direito universal de cidadania, recomendando que o Estado garantisse a todos os cidadãos atenção à saúde (primária, especializada, hospitalar e reabilitadora), gratuita, disponível, de modo, que a proposta teve ampla aceitação social.

Os sistemas nacionais de saúde universais são apontados como mais eficientes (fazem mais com menos recursos), mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde (OMS, 2010).

Ugá, Porto e Piola (2014) descrevem que, no tocante ao financiamento da saúde no Brasil, a CF/88 previa, conforme consta do artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias, a vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social à saúde, excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Não estabelecia, portanto, uma vinculação definitiva, pois a cada ano essa lei definiria o percentual do Orçamento da Seguridade Social a ser destinado à saúde.

A Constituição estabeleceu, também, que os Estados, os Municípios e o Distrito Federal participariam do financiamento do SUS, mas não estabeleceu parâmetro para essa participação. Nos primeiros anos após a criação do SUS, a maior parte dos recursos a ele destinados estava concentrada na esfera federal (BARROS; PIOLA; VIANNA, 1996).

Mendes e Weiller (2015) descrevem o período de incerteza quanto aos repasses que garantiriam o financiamento do SUS nos anos de 1993, quando as contribuições sobre a folha de salário, recolhidas pela Previdência Social, não foram repassadas ao Ministério da Saúde, alegando problemas de caixa da Previdência. Os fatos assentaram a situação de instabilidade, de forma que foi necessário que o Ministério da Saúde buscasse empréstimo junto ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT), com processo de aprovação no Congresso Nacional, culminando em nova contribuição, considerada específica para a saúde: Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF, que passou a vigorar em 1997 e foi extinta no ano de 2007.

Havia necessidade de maior certeza, na entrega regular de recursos para o setor da saúde, para esse fim, buscou-se a vinculação de recursos para o setor através de propostas que tramitavam no Congresso Nacional, como a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 169-A, encaminhada em 1993, que foi sendo alterada e aglutinada à outras iniciativas, e finalmente foi aprovada e promulgada como a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29/2000), de 13/09/2000, que tinha por objetivo priorizar os recursos para ações e serviços públicos de saúde no orçamento dos entes federados. A EC 29/2000 buscava a vinculação de recursos das

três esferas de governo a serem, obrigatoriamente, gastos em ações e serviços públicos de saúde. Para que isso fosse viável, descreve Santos (2016) deve-se ressaltar que foi acrescida por essa emenda mais uma exceção ao princípio da não afetação ou da não vinculação da receita de impostos, constante no Artigo 167, IV, da CF/88. Dessa forma, o Artigo 198, §2º, da Lei Maior, acrescentado também pela EC 29/2000, passou a prever que deveria haver a afetação de receitas de impostos para área de saúde, conforme determinação devida³.

Quanto aos percentuais mínimos de aplicação, a referida emenda remeteu a fixação desses índices para a lei complementar de acordo com Artigo 198, §3º, da CF/88⁴. No entanto, o constituinte, prevendo ocorrer demora para promulgação da referida lei complementar, acrescentou o Artigo 77 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). Os recursos mínimos a serem aplicados foram previstos da seguinte forma:

- a) Para a União: no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento; do ano de 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (inciso I, “a” e “b”);
- b) Para os Estados e DF: 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Artigo 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II;
- c) Para os Municípios e DF: 15% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o Artigo 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º (inciso III);

Essas foram resumidamente às determinações contidas na EC 29/2000 na tentativa de fortalecer o financiamento do SUS para a implantação do sistema.

Depois de aproximadamente doze anos de discussão, a regulamentação da EC 29/2000 foi aprovada por meio da Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012 (LC 141/2012). Ficou, assim, definido com maior clareza e precisão o que se entendia, por despesas para

³Artigo 198 §2º, da CF/88, acrescentado pela EC 29/2000. Quanto a afetação de receitas de impostos para a área de saúde, da seguinte maneira: a) no caso da União, na forma definida em lei complementar; b) no caso dos Estados e do Distrito Federal, a incidir sobre: o produto de arrecadação dos impostos próprios do ente previstos no Artigo 155; o produto da arrecadação prevista no Artigo 157; e sobre o produto da repartição de receitas do Artigo 159, I, “a” e II; c) no caso dos Municípios e do Distrito Federal, a incidir sobre: o produto da arrecadação dos impostos próprios do ente previstos no Artigo 156; o produto da arrecadação prevista no Artigo 158; e sobre o produto da repartição de receitas do Artigo 159, I, “b” e §3º.

⁴Dispositivo do §3º do Artigo 198, da redação da EC 29/2000: “§3º Lei Complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: I – os percentuais de que trata o §2º; II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União”.

“ações e serviços públicos de saúde”⁵, universal, igualitário e gratuito, não permitindo a inclusão como despesa em ações e serviços de saúde que não atuassem sobre os determinantes da saúde, como por exemplo, alimentação e, lazer que, não se constituem em ações e serviços públicos de saúde propriamente ditos (PIOLA; PORTO; UGÁ, 2014).

Assim, demonstra-se no quadro apresentado a seguir, a composição da base vinculável das receitas de Estados, Municípios e Distrito Federal para o cumprimento das referidas normas acima:

Quadro 2 – Composição da Base Vinculável das Receitas de Estados e Municípios.

Receitas	Base
Receitas de Impostos estaduais	ICMS – Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação. IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores. ITCMD – Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação de Bens e Direitos.
Receitas de Impostos municipais	IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana. ISS – Imposto sobre Serviço. ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos.
Receitas de Impostos transferidos pela União aos Estados	FPE – Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal. IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte. IPI – Exportação – Imposto sobre Produtos Industrializados. ICMS – Exportação (Lei Kandir) – Lei Complementar nº 87/96.
Receitas	Base
Receitas de Impostos transferidos pela União aos municípios	ITR – Imposto Territorial Rural. FPM – Fundo de Participação dos Municípios, IRRF, ICMS, IPVA, IPI Exportação, ICMS Exportação (Lei Kandir).
Transferências financeiras constitucionais e legais dos Estados aos municípios	ICMS (25%), IPVA (50%), IPI Exportação (25%), ICMS Exportação – Lei Kandir (25%).

Fonte: Ugá e Santos (2005).

A LC 141/2012, veio para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos da saúde regulamentou §3º, do Artigo 198 da CF/88. Vinculou

⁵BRASIL. LEI COMPLEMENTAR 141/2012. Artigo 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no Artigo 7º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes: I sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; II estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e III sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm> Acesso em: 28 maio.2017.

os recursos ao estabelecer percentual mínimo de gastos para o setor, para cada uma das três esferas de governo, trazendo consistência para a área da saúde, no sentido de financiamento do SUS, indicando mais responsabilidades aos gestores.

A LC 141/2012 também disciplinou os aspectos preconizados no Artigo 198 da CF/88:

- I – os percentuais de gasto mínimo obrigatório em ações e serviços públicos em saúde;
- II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
- III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; e
- IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União (BRASIL, 2012).

Nos termos da referida lei a União destinará à saúde o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. Os Estados e os municípios aplicarão 12% e 15%, respectivamente (BRASIL, 2012).

Há que acrescentar no contexto acerca das leis que visam garantir os recursos para as ações e serviços de saúde, até aqui conquistadas, a Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC 86/2015), que alterou dispositivos constitucionais referentes às normas orçamentárias e ao financiamento da saúde pública. Tornou obrigatória a execução orçamentária na área de saúde de parte das emendas parlamentares individuais.

Santos (2016), explica que dentre as principais mudanças promovidas pela EC 86/2015, deve-se destacar inicialmente que, de acordo com o §9º acrescentado ao Artigo 166 da CF/88, as emendas individuais dos parlamentares ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas até o limite de 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL)⁶ prevista no projeto de lei

⁶ Conceito de RCL, conforme Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no Artigo 2º, IV, §§1º A 3º: “Artigo 2º Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como: [...] IV – receita corrente líquida: somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos: a) na União, os valores transferidos aos Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, e as contribuições mencionadas na alínea a do inciso I e no inciso II do Artigo 195, e no Artigo 239 da Constituição; b) nos Estados, as parcelas entregues aos Municípios por determinação constitucional; c) na União, nos Estados e nos Municípios, a contribuição dos servidores para o custeio do seu sistema de previdência e assistência social e as receitas provenientes da compensação financeira citada no §9º do Artigo 201 da Constituição. §1º Serão computados no cálculo da receita corrente líquida os valores pagos e recebidos em decorrência da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, e do fundo previsto pelo Artigo 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. §2º Não serão considerados na receita corrente líquida do Distrito Federal e dos Estados do Amapá e de Roraima os recursos recebidos da União para atendimento das despesas de que trata o inciso V do §1º do Artigo 19. §3º A receita corrente líquida será apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, excluídas as duplicidades”.

orçamentária encaminhado pelo Poder Executivo. Sendo que a metade desse percentual será destinada às ações e serviços públicos de saúde (Artigo 166 §9º), inclusive para custeio, sendo vedado seu uso para pagamento de despesas com pessoal ou encargos sociais (Artigo 166 §10), mas esse valor que será aplicado em saúde será considerado no montante anual que a União obrigatoriamente deve despende (Artigo 166 §10).

O percentual de 1,2% deve ser executado de forma equitativa (Artigo 166 §11) e, impessoal, com divisão do recurso entre todas as emendas parlamentares (Artigo 166 §18), independentemente da autoria.

Consta-se ainda que, a obrigatoriedade da execução orçamentária das emendas parlamentares individuais somente cessará quando ocorrer impedimento de ordem técnica (Artigo 166, §12), ou seja, obstáculo que impeça a realização de empenho da despesa. Este impedimento deverá ser formalmente comunicado ao Poder Legislativo no prazo de 120 dias da promulgação da lei orçamentária pelos Poderes Executivo ou Judiciário, pelo Ministério Público ou Defensoria Pública (Artigo 166, §14 I).

Quando a transferência obrigatória da União para a execução da programação decorrente de emendas parlamentares individuais for destinada aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, não estará condicionada a adimplência do ente federativo destinatário e não integrará a base de cálculo da receita corrente líquida para fins de aplicação dos limites de despesa de pessoal de que trata o caput do Artigo 160 da CF/88.

No entanto, a vinculação de 1,2% poderá também ser contingência caso possa implicar em descumprimento da meta de superávit primário estabelecido na lei de diretrizes orçamentárias da União.

Por último, a EC 86/2015 trouxe maiores definições quanto ao financiamento do setor de saúde por parte da União, ao alterar o inciso I, do §2º, do Artigo 198 da CF/88.

Ugá, Porto e Piola (2014) descrevem que o SUS é um sistema nacional de saúde do tipo *beveridgiano*. Nesse sistema o gasto público representa mais de 70% (e, em geral, mais de 80%) do gasto total; ressalte-se que o referido sistema convive com algum nível de gasto privado, entretanto, representa no máximo 30% do gasto total.

Não obstante, o sistema de saúde brasileiro, constitucionalmente definido como de acesso universal e integral, exibe estrutura de gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho *beveridgiano*, mas se aproxima do padrão estadunidense, tido como um sistema típico liberal de sistema de saúde (PIOLA; PORTO; UGÁ 2014).

Numa composição do financiamento do setor de saúde brasileiro, conforme tabela 2 (Gasto Público e Privado no Brasil em relação ao gasto total) a ser apresentada em seção

posterior, o setor privado participa com pelo menos 53,58% do gasto em saúde no ano de 2012, e o gastos nos anos anteriores, 2010 e 2011, também foram significativos (THE WORLD BANK, 2015).

Nos últimos 20 anos, houve avanços na implementação do SUS. Realizaram-se inovações institucionais, como um intenso processo de descentralização, que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde, além de possibilitar os meios para promover e formalizar a participação social na criação de políticas de saúde e no controle do desempenho do sistema (PAIM, 2014).

O SUS, conforme descrevem os autores (PAIM, 2014), aumentou amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população brasileira, atingindo-se a cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal, aumentou a conscientização da população sobre o direito à saúde vinculada à cidadania e também investiu na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde. No entanto, é um sistema de saúde em desenvolvimento, que continua a se aprimorar para garantir a cobertura universal e equitativa.

A consolidação do SUS, no contexto atual, envolve uma série de complexos desafios, exigindo mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. A garantia da saúde como direito de cidadania é, hoje, a busca por um novo modelo de desenvolvimento para o país e por um novo espaço para a proteção social e a política de saúde nesse modelo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014).

Em última análise, o maior comprometimento da sociedade brasileira como um todo, a fim de garantir o direito à saúde, requer também mais articulação política, configurando, assim, aspectos desafiadores a serem enfrentados pelo sistema de saúde do Brasil.

2.2.2 Saúde Suplementar

A Saúde Suplementar no Brasil foi regulamentada pelas Leis nº 9.556/1998, que dispõe sobre a regulamentação das empresas de planos e seguros de saúde, e a Lei nº 9.961/2000 responsável pela criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A CF/88 também deixou livre à iniciativa privada (Artigo 199), a assistência à saúde, dando condições para que as pessoas pudessem ter acesso às ações e serviços privados em saúde, sobretudo ao permitir dedução da contribuição fiscal de parte dos gastos com a assistência privada. O sistema único de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (BRASIL, 2007).

A regulamentação da participação do setor privado na área da saúde foi importante notadamente, como descrevem Garrafa, Fortes e Carvalho (2013) por ponderar conflitos relacionados às restrições de coberturas de procedimentos assistenciais, exclusão de faixas etárias nos produtos, reajustes abusivos de mensalidades, ausência de garantias diante da insolvência de empresas e a falta de regulação e fiscalização pelo Poder Executivo.

Garrafa, Fortes e Carvalho (2013) descrevem ainda que o ambiente conflitante torna-se também desafio, haja vista, a assistência suplementar à saúde que disponibiliza de forma duplicada estruturas e serviços de saúde, em relação ao SUS para determinados extratos da população brasileira, os quais também têm garantia de acesso aos serviços públicos e contam com benefício da renúncia fiscal de parte dos gastos despendidos no sistema privado de saúde suplementar.

A atuação do setor privado na área da saúde advém desde a revolução industrial, período em que surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), conforme descreve Pietrobon, Prado e Caetano (2008). Os referidos Institutos pertenciam a diversas categorias e representavam os trabalhadores urbanos e que compravam as prestações de serviços de saúde. Nos anos 40, surgiram também as Caixas de Assistência, como a dos funcionários do Banco do Brasil (Cassi), que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à Previdência Social.

A regulamentação da saúde suplementar seguiu-se nos anos 50, com os sistemas assistenciais fornecidos pelas empresas estatais e multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta. Em 1966 forma-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a unificação das IAPs, favorecendo a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde. Dessa forma, boa parte dos trabalhadores urbanos, desde que formalmente empregados, já possuíam planos de saúde.

Roncalli (2003) descreve que na década de 70 o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), privilegiou a compra de serviços do setor privado, o que provocou uma capitalização crescente do setor. Assim, a década de 80, marcada por crises políticas, sociais e econômicas e pelo crescimento do movimento sanitário brasileiro, culminou na criação do SUS e na manutenção, ampliação e regulação do setor suplementar.

O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O liberal clássico é o composto por serviços particulares autônomos,

caracterizados por clientela própria captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração.

A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante, neste subsistema. Este possui um financiamento privado, mas com subsídios públicos e gestão privada regulada pela ANS. Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público, que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde que fazem parte de sua rede credenciada (BRASIL, 2007).

Atualmente, nesse cenário, surge um modelo intermediário, trata-se de uma rede de serviços de saúde, composta por clínicas particulares, cujo objetivo é oferecer a qualquer cidadão acesso à saúde de qualidade e tecnologia avançada para procedimentos e exames. Considerado uma revolução no setor, vem consolidando-se e, possivelmente contribuirá para a Universalidade da saúde (ÉPOCA NEGÓCIOS, 2016).

A expansão do mercado privado de saúde suplementar, segundo Escrivão Junior e Kishima (2015, p. 116) é “estimulado principalmente pela insuficiência dos sistemas públicos de saúde e pela demanda das classes mais altas por serviços diferenciados”. Os referidos autores salientam ainda que outro fator para essa expansão é a isenção fiscal proporcionada pelo Estado.

Verifica-se que os gastos privados em saúde no Brasil são superiores aos gastos públicos, dado que o sistema público instituído no Brasil, de caráter universal e gratuito, acaba por onerar seus cidadãos, visto que os mesmos dispõem gastos diretos, os chamados *out-of-pocket* /ou convênios como demonstrado na tabela apresentada a seguir:

Tabela 1 - Gasto Público e Privado no Brasil em relação ao gasto total.

Ano	Gasto Público (%)	Gasto Privado (%)
2010	47,02	52,98
2011	45,74	54,26
2012	46,42	53,58

Fonte: The World Bank (2015).

A percepção de que o Brasil precisa investir mais na saúde, advém da observância nos países em que os sistemas de saúde são semelhantes e têm gastos públicos, em relação ao gasto total, maiores do que o do Brasil, como no caso, a Dinamarca, Grã-Bretanha e Canadá, que de acordo com os dados da OMS e do WB, dispõem respectivamente 85,54%, 82,51% e 70,05% dos gastos totais para o setor (DEEPASK, 2017). No entanto, trata-se de

comparação relativa, em virtude dos sistemas de saúde desses países, diferir sobremaneira do SUS.

Segundo Bahia e Sheffer (2012) os gastos nessa proporção, corroboram com a expansão da saúde suplementar e representam um desafio permanente à universalização da atenção a saúde, na medida em que seus efeitos ultrapassam as fronteiras das relações de consumo e incidem sobre a organização e a utilização dos serviços em saúde.

A regulamentação na área da saúde suplementar é feita pela Agência ANS, que atua na fiscalização das operadoras de planos de saúde, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores. Assim, a competência da ANS tem o propósito de defender os contratantes de planos e 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 à contratação.

Destaca-se a importância efetiva do setor público na proteção à saúde dos brasileiros, no tocante àqueles que recorrem aos planos de saúde, haja vista, conforme ANS (2017), pelo menos 72 milhões de brasileiros são beneficiários de planos de saúde, essa parcela representa 35,12% da população, é um número bastante expressivo, a considerar os 208 milhões de habitantes no Brasil (IBGE 2017).

No que tange a contratação de planos e seguros privados de assistência médica, há que se notar sua evolução, tendo por referência o ano de 2007 quando se registraram a contratação de 39,3 milhões de planos e seguros privados de assistência médica, chegando ao ano de 2015 com 40,4 milhões de contratações. No período seguinte, embora registre queda nas aquisições dos planos, segundo informações do boletim Saúde Suplementar em Números, do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) (TOKARNIA, 2016), em virtude da crise econômica, reconhecida por todos os setores, ainda assim, em março de 2017 notou-se grande participação dos brasileiros na contratação de serviços de saúde privado, como se vê na tabela apresentada a seguir:

Tabela 2 – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2007 – 2017).

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiário em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez/2007	39.316.313	9.164.386
Dez/2008	41.468.019	11.061.362
Dez/2009	42.561.398	13.253.744
Dez/2010	44.937.350	14.514.074
Dez/2011	46.025.814	16.669.935
Dez/2012	47.814.411	18.525.537
Dez/2013	49.435.589	19.569.252
Dez/2014	50.409.378	20.325.917
Dez/2015	49.259.250	21.162.599
Dez/2016	47.740.783	21.970.649
Mar/2017	47.606.341	22.468.131

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ ANS/MS – 03/2017.

O trabalho de Santos, Santos e Borges (2013) destaca que a inserção do setor suplementar no sistema de saúde brasileira possui elevada importância, na medida em que um segmento populacional significativo passa a possuir cobertura e especificidades em saúde, o que leva ao fenômeno da duplicação dos sistemas de saúde e altera as questões relativas à equidade, financiamento, produção, uso e acesso destes bens.

Com vistas a salientar a expansão do sistema de saúde suplementar a figura apresentada a seguir evidencia a porcentagem de cobertura dos planos de saúde disponibilizada por meio de informações da ANS, segundo as diferentes regiões brasileiras:

Figura 1 - Mapa da Cobertura dos Planos de Saúde.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2016 e População - IBGE/DATASUS/2012.

É possível constatar pela análise geográfica participação significativa do setor de saúde suplementar em todo país. Contudo, o mapa demonstra que as distribuições dos convênios privados, conforme Santos, Santos e Borges (2013) também estão ligados às regiões mais populosas e industrializadas, municípios de grande e médio porte e ao índice de emprego formal, conforme o mapa. Por último é válido destacar que o problema da concentração de serviços e profissionais nas regiões mais desenvolvidas, quais sejam, as regiões Sudeste e Sul é também um fator que afeta o SUS.

2.2.3 Modelos de Financiamento de Saúde Coletiva

O SUS, instituído pela CF/88, tem por missão garantir serviços e ações de saúde a todos os brasileiros, mediante políticas sociais que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão. O sistema de saúde brasileiro, denominado Universal e gratuito, é, portanto, um dos modelos de sistema de saúde, que se assemelha a outros, também universais;

no entanto, para muitos autores (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2014), o sistema de saúde brasileiro, passados quase 30 anos, é ainda considerado “em desenvolvimento”.

Santos, Delduque e Alves (2016) escrevem que política de saúde no Brasil compreende a atuação do público (SUS), do privado (suplementar) e, mais ainda, compreende a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância).

O pleno funcionamento do sistema depende de recursos necessários, conforme descrevem Ugá, Porto e Piola (2014); portanto, o financiamento de sistemas de saúde diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde de uma dada sociedade. Esse gasto pode ser efetuado pelo Estado (nas distintas esferas de governo, por meio de tributos ou empréstimos e doações internacionais), pelas famílias (pela compra direta de serviços de saúde, mediante pagamento pela aquisição de planos privados de saúde) e, também, pelas empresas (quando participam do ônus financeiro da compra de planos de saúde coletivos para seus empregados).

Assim, “os modelos de financiamento do setor saúde têm forte correspondência com o modelo de sistema de saúde a que pertencem” (UGÁ, PORTO, PIOLA, 2014, p. 399); como bem se observa, numa visão holística, notam-se os vários sistemas de saúde e, conseqüentemente, seus financiamentos, de acordo com as perspectivas e as necessidades de cada local, que justificam suas ações e funcionamento, e podem se dividir em:

(a) Modelo 1: Um sistema de seguro social que, em sua origem, tem as caixas ou os institutos de previdência social constituídos por grupos fechados; recortados, em razão da pertinência de cada indivíduo a determinado grupo. Têm como principal fonte de financiamento as contribuições individualizadas, compulsórias, proporcionais à renda, que se incidem sobre a folha de salário, advindas dos trabalhadores e/ou das empresas que os contratam. “Os sistemas de seguro social em saúde tipo bismarckiano têm financiamento baseado nas contribuições de empregados e empregadores e, em seus primórdios, em geral, foram segmentados por categoria funcional” (GIOVANELLA, LOBATO, 2014).

(b) Modelo 2: O seguro privado, assinalam Ugá, Porto e Piola (2014), são contribuições obrigatórias. Ocorre redistribuição entre os segurados de maior e menor renda e entre doentes e sadios; esse financiamento refere-se a uma categoria profissional ou a certo setor de atividades.

(c) Modelo 3: Os sistemas de saúde de cunho liberal, conforme explica Piola (2005), deixam em mãos do mercado o acesso aos serviços, tendem a ser financiados predominantemente pelo gasto privado, tanto o direto (pelo desembolso direto no ato do

consumo de serviços de saúde) como o decorrente da compra de planos e seguros de saúde privados.

(d) Modelo 4: Os sistemas de saúde, regidos pela lógica da seguridade social, que Giovanella e Lobato (2014) descrevem como os sistemas nacionais de saúde, de acesso universal, são os chamados sistemas *beveridgianos* e são predominantemente financiados por recursos públicos provenientes de impostos gerais, esse sistema é inspirado em princípios de justiça social, que visa proteção integral e universal gratuitos.

Importante descrever os sistemas que são custeados por recursos privados, provenientes da renda das famílias e das empresas. Ugá, Porto e Piola (2014) defendem que as famílias gastam em aquisição de seguros e planos privados em saúde, na compra de bens e serviços de saúde através do gasto direto (*out-of-pocket*); os autores assinalam as características inerentes aos seguros e planos privados de saúde, que são: (i) “o seguro puro”, predominantemente modelo de saúde de cunho liberal, no qual a saúde é fundamentalmente do indivíduo; (ii) o denominado “seguro substitutivo”, que é um seguro alternativo disponível àquelas pessoas que optem por se retirar do acesso ao sistema nacional de saúde (casos, por exemplo, da Holanda e do Chile); (iii) o seguro “suplementar”, mediante o qual os cidadãos compram um seguro ou plano de saúde que lhes proporciona, fundamentalmente, diferenciais na “hotelaria” hospitalar e ambulatorial provida pelo sistema público, de seguro social, como, por exemplo, os casos francês e alemão (*bismarckiano*); e, ainda, (iv) o seguro complementar, que oferece cobertura de serviços excluídos ou apenas parcialmente cobertos pelos sistemas públicos de saúde, como é o caso do Canadá.

Acrescenta-se, ainda, o que diz respeito ao gasto privado direto em saúde, efetuado por indivíduos e famílias, constituído por pagamentos diretos (*out-of-pocket*), referentes à compra de bens e serviços de saúde e, também, conforme a descrição de Ugá, Porto e Piola (2014), os co-pagamentos ou coparticipações, caracterizados por desembolsos, que são realizados no ato da utilização de serviços de saúde prestados por esquemas privados de asseguramento, o sistema que vem sendo introduzido desde os anos 80 em sistemas de saúde europeus.

Importante, a observação que fazem os referido autores, quanto ao sistema de saúde brasileiro, que é constitucionalmente definido como de acesso universal e integral, que, no tocante ao gasto em saúde, este exhibe estrutura do gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho *beveridgiano*, mas aproxima-se do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde; observadas essas ponderações, também há que se acrescentar, segundo eles, no tocante ao financiamento privado da saúde, que o caso brasileiro não se enquadra em nenhuma das categorias. Isto

porque, embora nacionalmente denominado de “setor de saúde suplementar”, o segmento de seguros e planos de saúde privados no Brasil não prevêem apenas diferenciais na hotelaria, conforme referido nas características de planos e seguros privados, constituindo-se em um sistema duplicado ao SUS, uma vez que este último é de acesso universal.

Nos modelos de proteção social em saúde, segundo Giovanella e Lobato (2014), o modelo de financiamento dos sistemas influencia o seu desempenho. Os sistemas de saúde universais, do modelo beveridgiano privilegiam os recursos de base solidária, provenientes de impostos gerais. Os sistemas baseados no modelo de seguro social, ou modelo bismarckiano apoiam-se em contribuições sobre os salários, e sua solidariedade é relativa àqueles que contribuem e são cobertos, deixando excluída parte da população. Já os modelos residuais têm financiamento público apenas para uma parcela muito pobre da população, sendo os sistemas financiados principalmente por recursos privados.

2.2.4 Seguridade Social no Brasil: Saúde, Previdência e Assistência Social

A seguridade social é um conjunto de ações estatais que compreende a proteção dos direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social, conforme artigo 1º Lei da Seguridade Social.

Ugá, Porto e Piola (2014) descrevem que o Orçamento da Seguridade Social (OSS) contemplou a natureza distinta dos benefícios e dos serviços por ele financiados: 1) os de caráter contributivo e os individualizados, tais como os de regime geral de aposentadoria e o seguro-desemprego; 2) os benefícios regidos pela lógica da cidadania, tais como o acesso universal à saúde e o “salário cidadão” de um salário mínimo para a população de mais de 65 anos ou portadora de deficiência.

Assim, foram contempladas tanto as tradicionais contribuições sobre a folha de salário (pagas pelas empresas e pelos trabalhadores), como a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), e sobre o faturamento – antigo Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), então transformado em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), prevendo-se ainda o ingresso ao OSS dos recursos do Tesouro que se fizessem necessários para atender às necessidades decorrentes desse modelo de proteção social welfariano, o chamado *Welfare States*, termo que designa Estados de Bem-Estar Social, cuja essência reside na responsabilidade pela seguridade e pela igualdade.

Acrescentaram-se aos OSS: 1) os recursos provenientes do antigo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), oriundos de receitas de concursos e prognósticos – pouco significativos; e 2) os recursos advindos do Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), vinculados especificamente ao programa de seguro-desemprego.

Quadro 3 – Composição do Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Fontes	Vinculação
Contribuição sobre folha de salários (empresas e trabalhadores)	Destinam-se exclusivamente ao pagamento de benefícios do Regime Geral de Previdência Social (RGPS). EC20/09
Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS)	Não.
Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL)	Não.
PIS/Pasep	Vinculada ao seguro-desemprego.
Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)	Criada em 1997, de forma totalmente vinculada à saúde e posteriormente também dirigida parcialmente para a previdência social, e extinta em 2007.
Impostos gerais da União	Foi previsto o ingresso dos recursos que se fizessem necessários, provenientes dessa fonte; entretanto, sua participação no OSS é irrisória.

Fonte: Piola, Porto e Ugá (2014, p. 404).

A Previdência Social é gerida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia criada especialmente para esta finalidade, através do aporte das contribuições sociais previstas no artigo 195, para o custeio dos benefícios delineados nos incisos do artigo 201, ambos do texto Constitucional. A saúde e a assistência social são deveres do Estado e, por isso, sua prestação está vinculada de qualquer contribuição. Sua gestão fica a cargo da União, Estados e Municípios, que compõem o custeio e a manutenção do Sistema Único de Saúde e das políticas assistenciais.

Segundo Piola, Porto e Ugá (2014), no tocante ao financiamento da saúde, a Constituição Federal previa, conforme consta no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do OSS à saúde, excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Observa-se, no entanto, que não estabelecia uma vinculação definitiva, pois a cada ano essa lei variava quanto ao percentual do OSS a ser destinado à saúde. Ainda que as primeiras LDO's tenham repetido o dispositivo, destinando à saúde 30% das receitas

do OSS, excluído o seguro-desemprego, esse percentual não foi cumprido em 1990 e 1991 (VIANNA, 1992).

A importância do Orçamento frente ao financiamento do SUS é que, para o funcionamento de suas atividades e ações, é necessário estabelecer o planejamento orçamentário como ferramenta legal do planejamento organizacional do ente federativo, onde são projetados os ingressos e os gastos orçamentários que serão realizados em um determinado período, objetivando a execução de programas e ações vinculadas às políticas públicas, bem como as transferências constitucionais, legais e voluntárias, os pagamentos de dívidas e outros encargos inerentes às funções e às atividades estatais (BEZERRA FILHO, 2013).

A CF/88, no artigo 165, dispõe sobre Orçamento e prevê três leis orçamentárias que são: Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA.

PPA – A CF/88 dispõe, no artigo 165 § 1º:

A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada.

LDO – A CF/88 determina, no artigo 165 § 2º:

A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

LOA – A CF/88 dispõe, no artigo 165 § 5º:

A lei orçamentária anual compreenderá:

- I – o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público;
- II – o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;
- III – o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público.

No Brasil, a CF/88 instituiu o acesso universal à saúde como direito inerente à cidadania e, conforme consideram Piola, Porto e Ugá (2014), foi coerentemente acompanhada da inserção do SUS no Sistema de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência

Social), bem como do financiamento do SUS, no Orçamento da Seguridade Social, acrescido de recursos dos tesouros federal, estaduais e municipais.

Assim, no contexto do assunto, verifica-se a necessidade de maior aprofundamento do tema, que será ainda abordado no decorrer da pesquisa em seções posteriores, a partir da análise de dois grandes modelos, Bismarckianos e Beveridgianos, e a evolução histórica da previdência no Brasil.

3 DISCUSSÃO

As discussões a respeito do financiamento da saúde no Brasil, conforme as referências levantadas neste estudo observam-se nestas, que demonstram uma tendência quanto à necessidade de aumentar o gasto público em saúde. No entanto, faz-se importante discutir a eficiência dos recursos empregados no SUS, bem como a estrutura de financiamento vigente. Neste contexto, este estudo busca, elucidar as formas de sustentabilidade financeira do SUS conforme subitens apresentados em quatro temáticas principais: a discussão a respeito da estrutura e fontes de financiamento do SUS, o debate acerca das renúncias de receitas públicas no SUS, em seguida apresentam-se as questões da universalidade e integralidade e interpretação jurisdicional dentro dos limites do SUS, e por fim, encerra-se com a discussão da judicialização das políticas públicas de saúde e financiamento do SUS.

3.1 Estrutura e fontes do financiamento do Sistema Único de Saúde

A CF/88 (BRASIL, 1988), em seu Artigo 198 determinou que o SUS deveria ser financiado pela sociedade por meio dos tributos e com recursos do orçamento da seguridade social e de todos os entes federados. Complementarmente, no artigo 55, a Constituição previu que o setor da saúde deveria contar com pelo menos 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego.

Do período de institucionalização do SUS e anos posteriores, conforme Piola, Paiva, Bá e Servo (2013) apontam que, nos anos de 1990 e 1991 não se verificou a aplicação da parcela mínima prevista do orçamento da seguridade social e, em 1993, estas contribuições previdenciárias deixaram de compor as fontes de financiamento da saúde.

O governo federal criou, em 1993, o Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF), posteriormente, em 1996, transformado em Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), tributo este que deveria ser inteiramente destinado à saúde. Todavia, a criação deste tributo não se materializou satisfatoriamente, nem foi condição suficiente para a resolução dos problemas de financiamento do setor, uma vez que a “(...) CPMF funcionou como fonte substitutiva: a incorporação de seus recursos correspondeu, quase na mesma proporção, à diminuição de outras fontes [de financiamento da saúde pública] (...)” (BRASIL, 2011, p. 20).

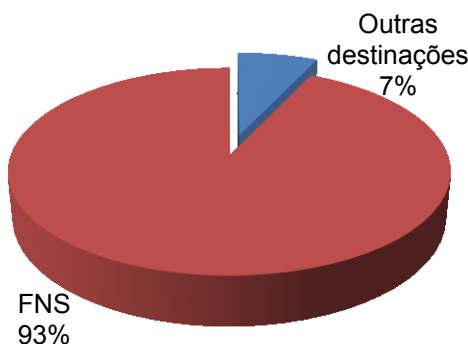
A fim de garantir recursos para o setor, a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC 29, 2000), no artigo 77, fixou mínimos constitucionais a serem obrigatoriamente destinados ao setor, ou seja, valores mínimos a serem aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS), pelos entes federativos. Estes valores, antes não fixados, passaram a representar um crescimento nas despesas com ASPS, conforme registram Piola, Paiva, Bá e Servo (2013)e, conseqüentemente, maior participação dos Estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. Entretanto, este mínimo fixado não abrangia a parcela de financiamento devida pela União.

Em 2012, a EC 29 deu lugar à Lei Complementar nº 141 (LC 141, 2012), trazendo uma melhor conceituação das ASPS, conferindo maior efetividade à estas ações, sem, entretanto, abordar a questão relativa ao aumento da participação da União no financiamento da saúde. Segundo Piola, Paiva, Bá e Servo (2013), este fato gerou decepções com a promulgação da LC 141/2012, visto que manteve a fórmula de cálculo prevista na EC29/2000. Este fato vai ao encontro do modelo de federalismo fiscal brasileiro, em que as competências materiais são cada vez mais atribuídas à responsabilidade dos municípios (SANTOS, SCHETTINI, VASCONCELOS, AMBROSIO, 2017).O Governo Federal, de certa forma, distanciou-se das responsabilidades sociais, delegadas aos entes subnacionais, haja vista ater-se às medidas que asseguram a economia do país. Observa-se desde 1994 a criação do Fundo Social de Emergência, cujo objetivo era alocar livremente 20% das receitas de impostos e contribuições. Isto, conseqüentemente, reduziu o orçamento da seguridade social e as transferências federais para os entes subnacionais, com impactos significativos nas fontes de financiamento do SUS.

As ASPS devidamente organizadas através da legislação pertinente, demandam recursos para sua efetivação, dessa forma, a LC 141/2012 determina que a movimentação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde se faça por meio de Fundos, qual seja, o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que repassa os recursos da União às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão do Ministério da Saúde (MS). Destaca-se o elevado montante de recursos repassados pelo FNS a todos os entes subnacionais no ano de 2016, de acordo com os diversos blocos de financiamento utilizados pelo referido Fundo, conforme a Tabela 3. Santos (2016) ao analisar as despesas que compõem a pasta da saúde, chama a atenção para a quantidade prevista de recursos para o FNS no ano de 2016. Essas despesas perfazem o total de R\$ 110.661.301.789,00 (cento e dez bilhões seiscientos e sessenta e um milhões trezentos e um mil setecentos e oitenta e nove reais), de acordo com a LOA para o

referido ano. Desse modo, as despesas fixadas para o FNS constituem 93% de todos os gastos previstos para o Ministério da Saúde, como pode ser observado na Figura 5.

Figura 2 - Participação do Fundo Nacional de Saúde no Orçamento do Ministério da Saúde – 2016.



Fonte: Adaptado de Santos (2016).

Tabela 3 – Recursos repassados à Estados, Distrito Federal e Municípios em 2016 pelo Fundo Nacional de Saúde de acordo com os blocos de financiamento.

Bloco de Financiamento	Repasse Financeiro
Atenção Básica	R\$16.734.039.702,63
Média e Alta Complexidade	R\$ 40.536.404.894,84
Assistência Farmacêutica	R\$ 1.969.488.648,52
Gestão do SUS	R\$63.024.194,68
Vigilância em Saúde	R\$2.706.482.764,23
Investimentos	R\$2.652.530.133,09
Diversos	R\$50.000,00

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde com Transparência – SUS. Disponível em: <<http://http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>> Acesso em: 26 maio 2017.

Destaca-se que as transferências também ocorrem dos estados para os respectivos municípios. Nesse sentido, apenas para exemplificar, o estado de São Paulo repassou um total de R\$ 37.346.404.903,01 (trinta e sete bilhões trezentos e quarenta e seis milhões quatrocentos e quatro mil novecentos e três reais e um centavo) aos municípios paulistas (PORTAL DO GOVERNO, 2017).

Em todo contexto, observa-se, não obstante o valor de investimento público em saúde, seja baixo, comparativamente a outros países, porém, em termos absolutos não é insignificante, pelo contrário, possivelmente sinaliza um baixo nível de eficiência, eficácia, efetividade e economicidade nas políticas públicas de saúde no país.

Para se discutir eficiência, eficácia, efetividade e economicidade no sistema de financiamento do SUS, é importante conhecer o panorama histórico do contexto da saúde no Brasil em que a CF/88, em seus Artigos 6º e 37, asseguram a saúde como um direito social

básico, e alça a eficiência como um dos princípios basilares da administração pública direta e indireta (BRASIL, 1988). Nesse sentido segundo Matus (1997, p. 45):

Uma organização só se justifica pelos seus resultados, entendidos como eficiência e eficácia de seus procedimentos finais e intermediários, e a quantidade e qualidade de seus produtos, além do impacto de suas ações sobre os problemas sociais que tomou como objeto de sua intervenção, ou como sua missão.

Entende-se, a partir das determinações e objetivos do sistema de saúde estabelecido no Brasil, que preza por direitos em saúde de forma universal, equitativa e integral, que este somente se justifica mediante expectativa de impacto positivo nas ações que tenham por finalidade garantir e gerar melhor qualidade de vida para a população.

Nesse contexto, Cohen e Franco(1993), descrevem que é preciso se preocupar em aumentar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis (financeiros, infraestrutura, capital humano) e incrementar a eficácia na consecução dos objetivos que são com eles financiados.

Os conceitos de eficiência, eficácia, efetividade e economicidade são objeto de extenso debate e definições que são apresentados nas pesquisas científicas na área da saúde. No entanto, para parte deste estudo cabe apresentar as definições de Bliacheriene (2016):

A eficiência é a relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados em um determinado período de tempo, com a manutenção dos padrões de qualidade (BARBOSA, 2010).

Outra dimensão da eficiência é a não duplicação de esforços e gastos de recursos públicos, que, de forma mais ampla, leva a considerar como eficientes as ações governamentais quando estas propiciam a interação das diversas políticas públicas que são relacionadas, como forma de evitar sobreposição de duplicação de esforços.

Eficácia é como o grau de alcance das metas programadas (bens e serviços) em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados (TCU, 2010).

O conceito de eficácia diz respeito à capacidade da gestão de cumprir objetivos imediatos, traduzidos em metas de produção ou de atendimento, ou seja, a capacidade de prover bens ou serviços de acordo com o estabelecido no planejamento das ações (TCU, 2010; BARBOSA, 2010; PRAZERES, 1996).

Efetividade pressupõe que o serviço público foi prestado. Mas o que fará a diferença é se, uma vez realizado, alcançou os resultados pretendidos.

Privilegia o valor e o impacto das decisões públicas junto aos beneficiários, sendo, assim, o mais complexo dos conceitos. (TORRES, 2004).

A economicidade é a minimização dos custos, dos recursos utilizados na consecução de uma atividade, sem o comprometimento dos padrões de qualidade. (BARBOSA, 2010).

Refere-se à capacidade de uma instituição gerir adequadamente os recursos financeiros colocados à sua disposição (TCU, 2010).

Nessa mesma linha, apresentam-se também os estudos de Figueiredo e Figueiredo (1986) sobre avaliação das políticas públicas que pontua duas categorias, assim descritas:

i) Avaliação das políticas com propósito de produção de bens ou serviços públicos enquadra-se no que se pode denominar de avaliação de processo. Essa avaliação divide-se em três grupos, nos quais se utilizam os critérios de eficácia e eficiência. Quanto ao primeiro grupo, os autores o classificam como: avaliação de metas da política ou programas. Dessa forma, o critério utilizado seria o da eficácia, objetiva que consiste em aferir se a diferença entre a meta atingida e proposta está dentro de limites estabelecidos, medindo assim, o sucesso ou fracasso da política. O segundo grupo avalia os meios, ou seja, a metodologia de implantação e execução da política ou programa, utilizando três critérios de eficácia: funcional, administrativa e contábil. Todos esses critérios possibilitam medir a eficácia da intenção instrumental da política ou programa. Por último, os autores salientam a avaliação de processo, aferida na relação custo-benefício e custo-resultado. Nessa avaliação, o destaque é dado para o critério da eficiência, entendido em duas dimensões: a eficiência instrumental, dada pela relação entre custos econômicos e benefícios; e a eficiência política, resultante da relação entre os “custos sociais ou políticos e os benefícios deles decorrentes.

ii) A avaliação de políticas com propósito de mudanças e avaliação de impactos, estase utiliza do critério de efetividade. Esta vertente de avaliação tem como finalidade principal medir os efeitos e/ou impactos/ resultados provocados pela ação governamental na população-alvo e/ou no ambiente sócio econômico. Em decorrência do resultado que se almeja, esses autores classificam o critério efetividade em objetiva, subjetiva e substantiva. A efetividade objetiva diz respeito à mudança quantitativa entre antes e depois da execução da política ou programa. A efetividade subjetiva relaciona-se ao critério de medição de mudanças psicológicas, nas crenças, nos valores e na percepção da população dos resultados objetivos dos programas às suas demandas. A efetividade substantiva é tratada, por esses autores, como o critério de aferição mais profundo, pois se refere às mudanças qualitativas nas condições sociais de vida da população envolvida na política ou programa.

Dessa forma, há que se considerar a necessidade de analisar os recursos dispensados para as ações e serviços públicos de saúde numa lógica de aplicação desses recursos, de modo que se pode acrescentar o que Marinho (2003) descreve, qual seja, que a realização de análise de eficiência no setor saúde é tarefa essencial e obrigatória no setor público, considerada um pré-requisito indispensável para a formulação de políticas públicas de saúde, uma vez que relaciona resultados obtidos e os escassos recursos sociais colocados à disposição do setor. Segundo o IPEA, nas percepções de 2013, tendo como base os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil despendeu 217 milhões de dólares com assistência à saúde naquele

ano, abrangendo os gastos realizados pelo setor público e privado, representando assim, um gasto *per capita de* US\$ 1.085 (mil e oitenta e cinco dólares) (IPEA, 2013).

As pesquisas do referido Instituto afirmam que as despesas com a área de saúde representaram 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB) do país nesse ano. Conforme Santos (2016), esses valores podem ser considerados inferiores, quando comparados com a média mundial. Segundo a OMS, governos destinam em média 14% de seus orçamentos nacionais para a saúde, enquanto nos países ricos essa taxa chega a 16,8%. Os gastos do setor público do Brasil em saúde representaram 4,1% do PIB. O percentual é inferior ao de diversas outras nações com sistema de saúde universal. Não obstante, esses países têm seus sistemas próprios de saúde, conforme visto, de modo que nenhum deles tem equivalência com o sistema de saúde brasileiro, concernente à universalidade e integralidade, haja vista, constar naqueles modelos limites de atendimento.

Em todo contexto cabe a observância quanto às prioridades do governo, em detrimento às políticas que objetivam alcançar a melhoria do setor da saúde no Brasil. A situação do subfinanciamento imposto ao SUS também é decorrente dos constantes cortes de recursos, em virtude da política econômica emanada, desde o governo de Fernando Henrique Cardoso e segue dessa forma, conforme demonstrações nos tópicos seguintes do estudo. As medidas geralmente priorizam o tripé da economia, qual seja, de manutenção das metas de inflação, obtenção de superávit primário e continuidade do câmbio flutuante, culminando em cortes de recursos (MENDES, 2015), o que prejudica a qualificação do SUS e o acesso à política pública de saúde. Complementarmente a afirmativa, o IPEA (2011), afirma que impera no Brasil, a política regressiva, que se baseiam em tributos indiretos, cujos beneficiários não são os trabalhadores, pois o resultado de seus esforços tributários não recai sobre o financiamento das políticas da seguridade social, o que revela, conseqüentemente, não apenas imposição de impostos, mas uma carga tributária regressiva, uma vez que o sistema concentra sua maior renda de tributos nos impostos indiretos, no qual a grande massa da população é fortemente atingida.

Em virtude de tais medidas, os gastos são cada vez mais direcionados às políticas que beneficiam o capital, garantindo compromissos com a dívida, mas, prejudicam as ações e serviços públicos voltados para saúde, que dependem desses recursos. (IPEA 2011).

A estrutura do financiamento do SUS, conforme citado, é efetivada pelas três esferas de governo, em cumprimento a ordem da CF/88 que determina as fontes de receita para prover as despesas com ASPS. Isto posto, ao longo do tempo a matéria foi disciplinada pelas normas de direito financeiro e gestão dos orçamentos. A portaria nº 42/1999 do Ministério do

Orçamento e Gestão, atualiza a discriminação da despesa por Funções de que trata o inciso I do § 1º do Artigo 2º e § 2º do Artigo 8º, ambos da Lei nº 4.320/1964, e por Subfunções, demonstradas a seguir:

A função Saúde e suas Subfunções assim elencadas:

Função 10 – Saúde	Subfunções
	301 – Atenção Básica
	302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial
	303 – Suporte Profilático e Terapêutico
	304 – Vigilância Sanitária
	305 – Vigilância Epidemiológica
	306 – Alimentação e Nutrição

Fonte: Portaria nº 42/1999 do Ministério do Orçamento e Gestão

Destaca-se também, a Portaria nº 204/2007^a do Ministério da Saúde, que visa regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Ressalta-se que foram ampliados os recursos com a Portaria nº 837/2009^b, incluindo o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, sendo estes recursos destinados exclusivamente à despesa de capital, conforme demonstradas a seguir:

Artigo 4º. Estabelece os seguintes blocos de financiamento:

Blocos de Financiamento	I - Atenção Básica
	II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
	III - Vigilância em Saúde;
	IV - Assistência Farmacêutica; e
	V - Gestão do SUS.
	VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Fonte: Portaria nº 204/2007. Ministério da Saúde

Oportunamente, no que refere-se ao financiamento, segundo Santos (2016), o volume de recursos destinados pelo setor público pátrio à operacionalização das políticas públicas de saúde é expressivo, como por exemplo, no ano de 2016, a pasta do Ministério da Saúde (MS) apresentou o segundo maior volume de recursos, conforme tabela 7, no tópico adiante.

Devido às várias inconstantes, seja de ordem constitucional, no sentido de não deixar clara a participação financeira de cada ente federativo, principalmente da União, ou, pela arrecadação permanentemente ser considerada insuficiente, os recursos não correspondiam satisfatoriamente as necessidades do setor, culminando em um declínio das expectativas de financiamento do SUS. Acrescentam-se ainda, no contexto, as prioridades do Governo, em detrimento da saúde, no que concerne às ações voltadas para assegurar resultados da

economia. Nesse ponto, demonstra-se que algumas medidas desfavorecem sobremaneira a estrutura de financiamento do SUS, o que pode interferir no atendimento das necessidades sociais de saúde, conforme proposta da Constituição de 1988.

3.1.1 Mudanças do método de cálculo do mínimo com Ações e Serviços Públicos de Saúde da União

Após o histórico de legislações vigentes acerca do financiamento do setor da saúde no Brasil, faz-se importante registrar, uma vez assinaladas questões que buscaram estabilidade e bases mais sólidas de recursos para o funcionamento do Sistema, o contexto federal do SUS, quanto às expectativas dos gastos do Governo.

Inserir-se nesse contexto sobre o financiamento do SUS, a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (EC 95/2016), por meio da qual altera-se o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da CF/88 para que, a partir de 2017, a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pelo governo federal seja calculada corrigindo-se o limite mínimo do ano anterior pela inflação.

A EC 95/2016 Introduce o art. 110 no ADCT da CF/88 descrito no referido artigo, "Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da CF/88; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

A referida EC 95/2016 também Revoga o art. 2º da EC 86, o qual estabelecia o método de cálculo do mínimo com ASPS da União, vinculando a aplicação mínima a um percentual da RCL.

O Novo Regime Fiscal representa conforme Vieira e Benevides (2016a) uma ruptura dos acordos políticos e sociais relacionados ao crescimento do gasto público, especificamente, o que se trata do setor da saúde, quais sejam as conquistas e legislações vigentes relacionadas a garantia do financiamento do SUS.

Na verdade, sublinha-se ainda, Vieira e Benevides (2016a), que a EC 95/2016 promove a desvinculação das despesas primárias com relação às receitas, e estabelece o seu congelamento no valor de 2016 com correção pela inflação passada até 2036. Não obstante,

promove também a desobrigação do governo federal de alocar mais recursos em saúde em detrimento de crescimento econômico.

A regra proposta na referida Emenda Constitucional, é a seguinte:

- Aplicação mínima da União em ASPS em 2017= 13,2% (ou 15%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016.
- Aplicação mínima da União em ASPS em 2018 = 13,2% (ou 15,0%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016 e 2017;
- Aplicação mínima da União em ASPS em 2019 = 13,2% (ou 15,0%) da RCL de 2016 + correção pelo IPCA de 2016, 2017 e 2018, e assim sucessivamente.

Assim, neste cenário, em termos reais, a despesa primária não cresce, sendo congelada no valor monetário de 2016 (base fixa), por vinte anos, havendo a possibilidade de rediscussão deste mecanismo no 10º ano de sua vigência.

A proposta contida na EC 95/2016, traz como ‘consequências, impactos para o financiamento do SUS, dos quais, conforme Vieira e Benevides (2016b) elencam:

- Desvinculação das despesas com ASPS da receita corrente líquida;
- Perda de recursos em relação as regras de vinculação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 86;
- Redução do gasto público *per capita* com saúde;
 - Desobrigação de os governos alocarem mais recursos em saúde, em detrimento de crescimento econômico;
 - Provável aumento das iniquidades no acesso aos bens e serviços de saúde;
 - Dificuldades para a efetivação do direito a saúde no Brasil;

Conforme, bem observa Vieira e Benevides (2016b), a redução dos recursos garantidos para o sistema público de saúde ocasionará limitações maiores que os atualmente já enfrentados, no tocante a oferta de serviços e bens de saúde a população. A considerar ainda, o contexto de crescimento populacional e de envelhecimento da estrutura etária, o que certamente ocasiona a necessidade de aumento dos custos da assistência a saúde.

3.2. Renúncia de Receitas Públicas no Sistema Único de Saúde

O artigo 196 da CF/88 estabelece obrigações do Estado a serem cumpridas perante os cidadãos brasileiros, com intuito de promover, proteger e recuperar a saúde a partir da instituição do SUS. O referido sistema norteia-se por princípios constitucionais e garante a saúde, baseado nos preceitos da universalidade ao acesso, igualdade no tratamento e integralidade da assistência.

O pleno funcionamento do SUS demanda grandes esforços para seu fortalecimento e manutenção, haja vista, colocar em prática seus objetivos e execução de suas atividades conforme estabelecido. O sistema sujeita-se inteiramente de recursos advindos de impostos diretos e indiretos das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, bem como contribuições sociais. A CF/88 determinou que a iniciativa privada, participará de forma complementar do SUS. No entanto, o setor da saúde suplementar conta com expressivos incentivos fiscais governamentais que favorecem o consumo de bens e serviços privados, o que é incompatível com as propostas iniciais que motivaram o SUS. Ademais, em virtude das dissemelhanças ofertadas na saúde suplementar, acabam por gerar margem a uma ideia depreciativa do Sistema.

Considerando estes fatores, uma questão a ser levantada no contexto, em virtude de serem muitas as responsabilidades e as competências que tem o Estado a cumprir, e que é necessário promover meios que garantam certa regularidade de fluxo financeiro, para executar suas obrigações, é a renúncia fiscal em saúde, o que ressalta assertivamente Mendes e Weiller (2015), o tema não tem sido tratado com o destaque necessário no âmbito da discussão sobre a problemática do financiamento do SUS. Contudo, faz-se necessário ater-se a essa temática, a fim de revelar mecanismos reais, que possivelmente beneficiem o SUS.

As medidas de tributação amainada, são tomadas “em diversas ocasiões, por questões econômicas, políticas ou sociais, em que o Estado não exerce sua competência tributária à plenitude, de modo a conferir a determinados contribuintes uma oneração fiscal mais arrefecida” segundo Martins (2013, p. 2). Porém, a expectativa dos benefícios oferecidos em forma de menor tributação não é observada em benefícios para a sociedade, no qual almeja obter em contrapartida benefícios em montantes que sobressaiam o volume de recursos que poderiam ter sido arrecadados.

Renúncia tributária é matéria relevante para questões orçamentárias, de modo que a Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000 (LRF/2000) traz normas gerais de finanças públicas voltadas para a responsabilidade e a eficiência na gestão fiscal, e também estabelece, conforme descrevem Martins, Elali e Peixoto (2007, p. 21), limites à renúncia de receita “ante a presença de redução, eliminação ou tratamento diferenciado da imposição fiscal”. A LRF/2000, em seu Artigo 14, § 1º, trata do que se refere à renúncia de receitas⁷.

⁷Consoante a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar nº 101/2000, em seu Artigo 14, § 1º, a renúncia de receitas “compreende anistia, remissão, subsídio, crédito presumido, concessão de isenção em

Consoante a LRF/2000, destacam-se definições da literatura concernente às renúncias fiscais, Jesus (2014) descreve:

- Anistia: significa o perdão das infrações às normas tributárias cometidas pelo contribuinte, deixando a autoridade de aplicar-lhe a pena cabível;
- Remissão: traduz-se como uma das hipóteses de extinção da obrigação tributária porque compreende a dispensa legal do crédito já constituído (perdão da dívida).

Conforme definições de Catão (2004) subsídios podem ser considerados como incentivos fiscais destinados a promover determinada atividade econômica, com o fim de equalizar preços e permitir, durante o período transitório, o estímulo ou até mesmo a proteção de um setor produtivo.

Crédito presumido é definido, pelo mesmo autor, como uma técnica para a adequação do montante a ser tributado. De modo que o crédito presumido pode assumir natureza jurídica diversa, sendo, por vezes, um subsídio, uma subvenção ou mera redução da base de cálculo. Acrescenta ainda que, na prática, a concessão do crédito presumido pode encontrar-se nos tributos não cumulativos, como no caso do ICMS, ou, ainda, em casos típicos de previsão de crédito presumido, sendo de se destacar no âmbito do PIS/COFINS, na base de cálculo do IPI ou, ainda, no âmbito do Imposto de Renda.

Sobre a alteração de alíquota ou de base de cálculo que implique redução discriminada de tributos, Martins (2013, p. 8) explica:

Se a base de cálculo é a medida econômica da hipótese de incidência (coincide, em regra, com o valor econômico envolvido na operação tributada) e se a alíquota, por sua vez, normalmente é um percentual a ser aplicado sobre a base de cálculo, ambas encontram-se diretamente ligadas ao montante do tributo devido. Logo, a modificação, mesmo que mínima, seja na alíquota, seja na base de cálculo, acaba por refletir diretamente no valor devido pelo contribuinte. E quando essa modificação minorar a obrigação fiscal de certos e determinados contribuintes, haverá renúncia de receita encampada pelo Artigo 14 da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Os benefícios que correspondem ao tratamento diferenciado, por vezes excedem seus verdadeiros propósitos, conforme afirmativa de Martins (2013), trata-se de uma válvula de escape encontrada pelo legislador com a finalidade de dificultar eventual burla à maior rigidez imposta à renúncia de receita. Portanto, as hipóteses indicadas no Artigo 14 da LRF são meramente exemplificativas complementa o autor. Disto observa-se, que vários desses fatores que consistem no perdão de dívidas e também mecanismos econômicos, possivelmente

impactam na arrecadação de tributos dos quais dependem as ações e serviços públicos de saúde. Principalmente quando trata-se de impostos indiretos, e contribuições criadas especificamente para financiamento da seguridade social. Tendo em vista que os Estados e Municípios, conforme CF/88, têm sua participação em recursos do produto de arrecadação da União, de acordo com percentuais concernentes a cada imposto arrecadado, a ser determinadamente distribuído nas esferas mencionadas, depreende-se daí, valores de receitas importantes que deixam de compor o financiamento do SUS.

Nesta longa temática o Código Tributário Nacional (CTN), estatui a isenção fiscal ou tributária sendo uma das hipóteses de exclusão do crédito tributário, de modo que o CTN explicita duas modalidades de exclusão do crédito tributário nos termos do artigo 175, quais sejam: a isenção e a anistia mencionadas acima, e são disciplinadas nos artigos 176 a 179^{8, 9, 10, 11} do referido Código. No tocante à isenção fiscal, conforme Alexandre (2009) caracteriza-se por ser a dispensa legal do pagamento do tributo devido.

A matéria também é normatizada pela CF/88 no Artigo 165 § 6º¹² de modo que a referida Constituição acrescenta definições de benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia, consideradas importantes suas definições.

Os benefícios financeiros são desembolsos realizados por meio de equalizações de juros e preços, bem como assunção de dívidas decorrentes de saldos de obrigações de responsabilidade do Tesouro Nacional, cujos valores constam do Orçamento da União.

⁸Artigo 176. A isenção, ainda quando prevista em contrato, é sempre decorrente de lei que especifique as condições e requisitos exigidos para sua concessão, os tributos a que se aplica e, sendo o caso, o prazo de sua duração.

Parágrafo único. A isenção pode ser restrita a determinada região do território da entidade tributante, em função de condições a ela peculiares.

⁹ Artigo 177. Salvo disposição de lei em contrário, a isenção não é extensiva: i) às taxas e às contribuições de melhoria, e ii) aos tributos instituídos posteriormente à sua concessão.

¹⁰Artigo 178. A isenção, salvo se concedida por prazo certo e em função de determinadas condições, pode ser revogada ou modificada por lei, a qualquer tempo, observado o disposto no inciso III do Artigo 104.

¹¹Artigo 179. A isenção, quando não concedida em caráter geral, é efetivada, em cada caso, por despacho da autoridade administrativa, em requerimento com o qual o interessado faça prova do preenchimento das condições e do cumprimento dos requisitos previstos em lei ou contrato para sua concessão.

§1º Tratando-se de tributo lançado por período certo de tempo, o despacho referido neste artigo será renovado antes da expiração de cada período, cessando automaticamente os seus efeitos a partir do primeiro dia do período para o qual o interessado deixar de promover a continuidade do reconhecimento da isenção.

§2ºO despacho referido neste artigo não gera direito adquirido, aplicando-se, quando cabível, o disposto no Artigo 155.

¹² A Constituição Federal, no artigo 165, § 6º, estabelece que o “projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia”, expressando a aplicação do princípio da transparência das contas governamentais.

Os benefícios tributários referem-se aos gastos governamentais indiretos, decorrentes do sistema tributário, que visem a atender objetivos econômicos e sociais, constituindo-se a exceção ao sistema tributário de referência, e que alcancem, exclusivamente, determinado grupo de contribuintes, produzindo a redução da arrecadação potencial e aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte (§ 2º, Artigo 89, Lei nº 12.465/2011).

Por sua vez, os benefícios creditícios são gastos decorrentes de programas oficiais de crédito, operacionalizados por meio de fundos ou programas, à taxa de juros inferior ao custo de captação ou oportunidade do Governo Federal. De modo geral, esses recursos são destinados ao financiamento de atividades produtivas voltadas para o desenvolvimento regional e social, bem como para apoio a determinados setores da economia. (TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO, 2016).

Existe também na CF/88 dispositivos que fundamentam a concessão de benefícios fiscais, dentre os quais, cabe ressaltar as imunidades, dispostas no inciso VI do Artigo 150¹³. Além das imunidades citadas constam ainda, a Imunidade das Contribuições Sociais e de Intervenção no Domínio Econômico (CIDE) nas exportações, conforme o Artigo 149, §2º, inciso I da CF/88, bem como a imunidade do IPI na Exportação, nos termos do Artigo 153, IV, conjugado com o §3º, inciso III do mesmo artigo da Constituição. Nisto, pode-se acrescentar que, embora as medidas, consideradas de incentivo, sejam tomadas no intuito de garantir competitividade de produtos e serviços no mercado internacional, elas o são, conforme Harada (2011) a fim de amainar o elevado custo das mercadorias e serviços em função da incidência da elevada carga tributária e, sem as mesmas o mercado de exportação fica sem competitividade perante os negócios globalizados. Contudo, por outro lado, as Imunidades impactam nos recursos, por se tratar de imposto cujo recolhimento da União, tem a consequente distribuição do produto para os estados municípios e distrito federal e, as Contribuições sociais, devidamente designadas para custear a seguridade social, bem como as

¹³Artigo 150 inciso VI. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: vi) instituir impostos sobre: a) patrimônio, renda ou serviços, uns dos outros; b) templo de qualquer culto; c) patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais ou trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei; d) livros, jornais, periódicos e o papel destinado a sua impressão. e) fonogramas e videofonogramas musicais produzidos no Brasil contendo obras musicais ou litero musicais de autores brasileiros e/ ou obras em geral interpretadas por artistas brasileiros bem como os suportes materiais ou arquivos digitais que os contenham, salvo na etapa de replicação industrial de mídias ópticas de leitura a laser.

CIDE's, caracterizadas por contribuição especial, mas que anda ao lado das contribuições sociais, das quais dependem o sistema público de saúde.

Com vistas ao contexto, o Consultor Jurídico (2008) expõe o fato, dado tamanha relevância, ressaltando que ao fazer referência às contribuições sociais, esse dispositivo exige a sua interpretação conjunta com o artigo 195, da CF/88 onde tais tributos estão elencados como fontes de financiamento da Seguridade Social, fazendo-nos atentar às medidas que afetam o SUS.

Desse modo, é qualificado como renúncia de receita qualquer outro arrefecimento fiscal, além dos taxativamente nominados pelo Artigo 14 da LRF/2001, independentemente do nome utilizado pelo legislador desde que exista como consequência o benefício à contribuintes determinados.

Desde a institucionalização do SUS, na CF/88 e mesmo nos anos 2000, com o advento da EC 29/2000 notam-se constantes adversidades no que tange aos recursos para o setor da saúde. Contudo, neste período, conforme (MENDES; WEILLER, 2015), observa-se aumento da renúncia fiscal, em função da dedução dos gastos dos planos de saúde e símiles no Imposto de Renda, e das concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos e também, à indústria química farmacêutica, o que por conseguinte, complementam os referidos autores, enfraqueceu a capacidade de arrecadação da União. Com efeito, o contexto de renúncia fiscal na saúde é devidamente assegurado por dispositivo legal desenvolvido para assegurar renúncias fiscais no setor privado da saúde.

Nesse contexto ao longo de todo o tempo, verifica-se a oferta de recursos escassos e fontes inseguras de financiamento, que se esperavam serem minimizadas com a edição da LC 141/2012. No entanto, a referida lei não assegurou novos recursos, principalmente por parte da União, e também não trouxe a determinação de uma redução de política de renúncia fiscal que impactam a saúde, ainda que gradativa, tendo em vista que hoje, tais políticas favorecem maciçamente o setor privado, qual seja, o setor de Saúde Suplementar (PIOLA, PORTO, UGÁ 2014).

3.2.1 Questões fiscais que impactam nas políticas públicas do SUS

O contexto que se verifica junto à saúde, no tocante às renúncias fiscais, torna-se relevante, à medida que em virtude das muitas medidas, resultaram na redução de receitas e representaram no comprometimento das ações do SUS, dada a evidente necessidade de

recursos para financiá-lo. O incentivo concedido pelo Governo à saúde privada cresce de forma considerável, tais benefícios tributários registraram patamar de R\$ 19,85 bilhões, em 2012; passando para R\$ 20,91 bilhões, em 2013; R\$ 23,72 bilhões, em 2014; e R\$ 25,10 bilhões em 2015¹⁴.

Verifica-se, também, certo benefício para pessoas físicas, no tocante às reduções quanto às despesas médicas privadas que, no Brasil, a legislação do Imposto de Renda permite abatimento junto à Declaração de Imposto de Renda Pessoa Física, sem determinação de limites no valor; é, portanto, um mecanismo de renúncia fiscal por parte da sociedade brasileira. Os recursos do IRPF são bastante significativos, sendo relevante pensar na possibilidade de estabelecimento de limites para a área da saúde, o que deve ser um foco de amplo debate nesse complexo tema de incentivos fiscais, benefícios tributários dentre outras medidas renunciativas de receitas para o subsistema privado de saúde do País (MENDES; WEILLER, 2015).

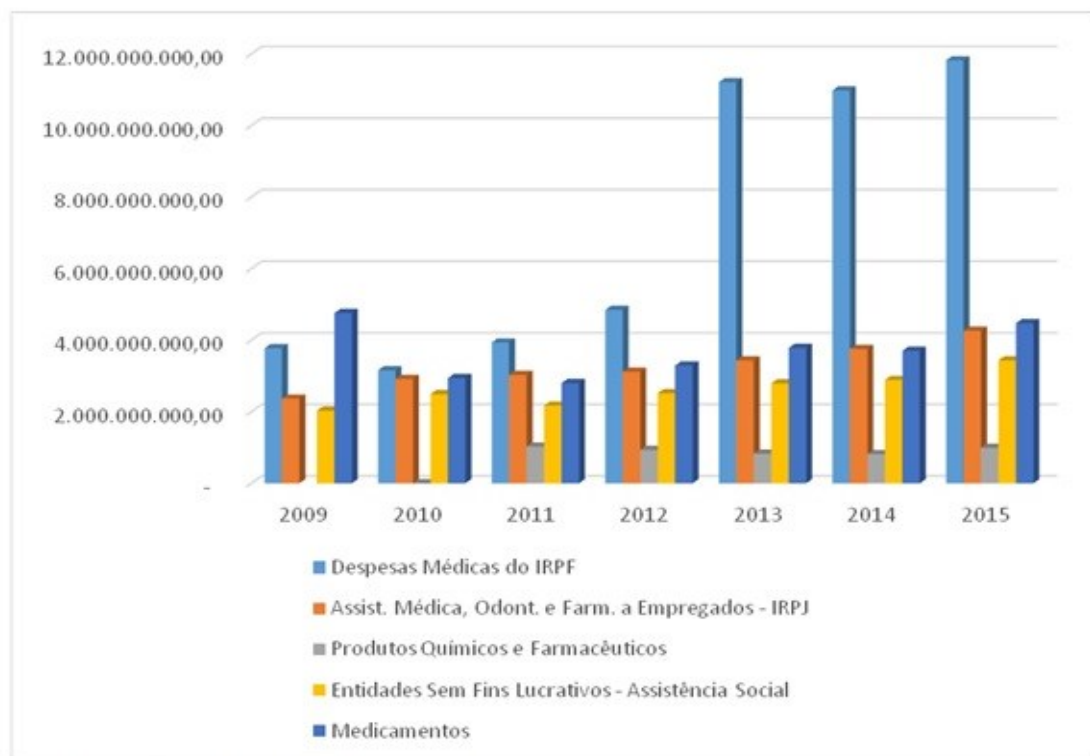
Disto posto, a reflexão, de Ocké-Reis e Santos (2011, p. 15) vem de encontro ao contexto, pois “[...] o aumento da participação do setor público no financiamento da saúde pública se contrapõe à subvenção estatal ao setor privado de saúde”, segundo o referido autor, fator gerador de iniquidades, resultando em um acesso fragmentado e desigual dos cidadãos brasileiros ao sistema de saúde.

Sendo assim, pode-se observar que o sistema de saúde brasileiro, de modo diversamente do sistema Beveridgiano o qual o Brasil inspirou-se e similar ao modelo privado estadunidense, passou a funcionar como sistema duplicado, paralelo e não suplementar como determina CF/88 – na esteira da privatização, como defendem Andrade e Salles Dias Filho (2009), do antigo seguro social.

No contexto de renúncia fiscal em saúde, com despesas médicas privadas, a legislação, expedida anualmente pela Secretaria da Receita Federal (SRF), conforme citado, não impõe limite para abatimento junto ao Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF). O gráfico demonstra que a renúncia do IRPF por despesas médicas evoluiu do patamar de R\$ 3,7 bilhões em 2009 e alcançou o patamar de R\$ 11,8 bilhões em 2015, conforme ilustrado pela figura apresentada a seguir:

¹⁴ Dados extraídos da SRF – Previsões PLOA – Relatório de renúncias que acompanharam os projetos de Lei Orçamentária Anual. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/Arrecadacao/BensTributarios/DemonstBenefTributario.htm>> Acesso em: 15 mar. 2016.

Figura 3 - Previsão dos Gastos Tributários por Função Orçamentária e por modalidade de Gasto/Orçamento Federal.



Fonte: Adaptado de Barbosa (2015) com base em informações do Ministério do Planejamento.

Mendes e Weiller (2015) ressaltam ainda que os incentivos fiscais às organizações privadas, representam diminuição nos recursos direcionados a saúde pública. O mecanismo financeiro do qual o Estado utiliza, que consiste na subtração dos gastos das pessoas físicas e jurídicas, resultam em menos contribuições ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) (IRPF, PIS, COFINS E CSLL). Contudo, as pessoas físicas que usufruem desse benefício, podem também depender do SUS.

Nesse sentido e com vistas num dos princípios do SUS, qual seja, a equidade, Thiede, Akweongo e Mcyntire (2013) acrescenta que o acesso aos serviços do Sistema acabam por oferecer outros tipos de assistência à saúde, os quais podem estar direcionados a extratos de famílias com maior poder aquisitivo, o que também pode revelar desigualdades nas ASPs. Depreende-se do exposto, que a constância dos incentivos fiscais ao setor privado da saúde, o que se traduz no subsídio implícito nas deduções do Imposto de Renda das despesas com Planos Privados de Saúde ou com despesas particulares com médicos, hospitais e exames, e também benefícios tributários concedidos à saúde privada, denominados renúncia fiscal em saúde, certamente, conforme a assertiva de Mendes e Weiller (2015) somaria um total que contribuiria para o SUS enfrentar subfinanciamento.

Ressalta-se, ainda, conforme o referido autor que a renúncia fiscal em saúde destinada às pessoas físicas e jurídicas, das quais podem ter parte de seus pagamentos de Imposto de Renda reduzidos, quando consomem sem nenhum limite os planos de saúde, ou quando custeiam suas consultas, que tais fatos ensejam o direito à saúde ser mercantilizada, dificultando sobremaneira a equidade um dos pilares do SUS.

Ademais, há medidas que refletem na perda de recursos do Orçamento da Seguridade Social, e conseqüentemente da saúde pública, conforme Anfip (2015) trata-se da desoneração dos tributos que são fontes de recursos para a Seguridade Social, especificamente para o Regime Geral da Previdência Social (RGPS). Não obstante, as referidas desonerações atingem também outros tributos que são fonte de financiamento da seguridade social. Conforme demonstrado na tabela apresentada a seguir:

Tabela 4 – Arrecadação, receitas de parcelamentos, juros, multas, dívida ativa e renúncias das contribuições sociais COFINS, PIS, CSLL de 2012 a 2015 – Em milhões de reais.

Fontes	2012	2013	2014	2015
Receita Principal	267.471	300.238	304.390	309.361
Parcelamentos	15.122	3.514	3.245	1.712
Juros e multas	2.423	2.142	1.915	1.760
Dívida Ativa	1.593	7.127	1.335	663
Total	286.609	313.020	310.884	313.495
% PIB	6,0	5,9	5,5	5,5
Renúncias	53.650	63.990	79.450	87.792
% Renúncias/Principal	20,01	21,3	26,1	28,0
Principal + Renúncias	321.121	364.228	383.840	397.153
% PIB	7,2	7,3	6,9	6,8

Fonte: Adaptada pela autora de Análise da Seguridade Social 2015. Disponível em: <https://www.anfip.org.br/doc/publicacoes/20161013104353_Analise-da-Seguridade-Social-2015_13-10-2016_Analise-Seguridade-2015.pdf>. Acesso em: 15Jun.2017.

A tabela demonstra o crescimento das renúncias fiscais durante o período analisado: de R\$ 53.650 bilhões em 2012 para R\$87.792 bilhões em 2015. Em termos percentuais passou de 20,1% para 28,0% da receita do principal dos tributos mencionados no período. Nota-se a evolução considerável das desonerações desde o período analisado, estas desonerações dentre outras, acabam por corroborar com desigualdades e certamente iniquidades à saúde.

A crescente complexidade do financiamento do SUS e a conseqüente intuição de subfinanciamento, desde sua existência, acentuam-se, conforme Mendes e Weiller (2015), com a necessidade constante que tem o governo federal de capturar os recursos do fundo público da seguridade social e da saúde para assegurar o capital financeiro, como, por exemplo, no ano de 2012, o gasto com juros e encargos da dívida pública representou R\$

126,3 bilhões, enquanto o gasto do Ministério da Saúde foi 37% menor (BACEN, 2017; MS, 2017).

Concernente ao contexto o crescimento da dívida pública mostra evolução nos anos de 2013, 2014 e 2015, respectivamente, as despesas com juros da dívida pública somaram R\$ 218 bilhões, R\$ 243 bilhões e R\$ 367 bilhões, segundo números oficiais (BACEN, 2017). Nas informações do Governo, consta em 2016, um resgate líquido de vencimentos de papéis maiores do que as emissões de novos títulos públicos, no valor de 10,79 bilhões de reais. Ainda assim, o crescimento da dívida que está relacionado principalmente com as despesas com juros, somou o valor de 330 bilhões de reais.

3.2.2 Fontes de ampliação de receitas sem novas imposições tributárias.

Em 10 de abril de 2000, foi instituído por meio da Lei nº 9.964o Programa de Recuperação Fiscal, o chamado REFIS, destinado a promover a recuperação de créditos da União, decorrentes de débitos de pessoas jurídicas, relativos a tributos e contribuições administrados pela SRF e pelo INSS, constituídos ou não, inscritos ou não em dívida ativa, ajuizados ou não, com exigibilidade suspensa ou não, inclusive os retidos e não recolhidos (SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL, 2016).

A SRF esclarece que o REFIS consiste em um regime especial de parcelamento de débitos fiscais, cujo ingresso dar-se-á por opção da pessoa jurídica, que fará jus ao regime especial de consolidação e parcelamento dos débitos fiscais.

Paes (2014) destaca que a partir do ano de 2000 os parcelamentos especiais representavam para o Governo a oportunidade de aumentar suas receitas e diminuir o imenso estoque de dívidas na carteira da Administração Tributária, ainda que com pouca perspectiva de recebimento num prazo razoável. As demandas de altas dívidas tributárias e propostas do Governo para o setor empresarial visa possibilitar negociações às partes. Assim, o Governo ofertou parcelamentos em condições bastante favoráveis aos devedores, a fim de receber uma parte do estoque da dívida de maneira consensual e de forma que permitisse às firmas resolver seus passivos tributários. Contudo, as medidas para recebimento acabaram por motivar mais parcelamentos, pois nos primeiros dez anos posteriores ao Programa, foram oferecidos ainda, mais quatro parcelamentos especiais federais. Após o primeiro REFIS em 2000, descreve Paes (2014), veio o PAES em 2003, em seguida o PAEX em 2006, e também o REFIS Crise 2009, e o REFIS da Copa/2014.

Morais, Macedo e Borges (2011) mostram a ineficiência arrecadatória dos parcelamentos tributários, nos quais segundo os autores 90% do estoque parcelado não foi pago. Cavalcante (2010) afirma que a influência dos parcelamentos tributários especiais sobre a arrecadação da União, configura uma relação negativa entre a arrecadação tributária federal convencional e àquela obtida pelos parcelamentos especiais. Não obstante, caso os parcelamentos concretizados fossem, conforme consta na tabela 4, em 2012, por exemplo, essas receitas relativas às políticas de recuperação de parcelas atrasadas e de parcelamentos a devedores e inadimplentes, mostram-se expressivas e certamente, podem fazer frente às muitas obrigações nas quais o Estado tende a cumprir, bem como poder-se-ia achar mecanismos que eventualmente poderiam ser fonte de receita para o setor da saúde.

O Refis, idealizado para ser instrumento de arrecadação, através de renegociação de dívidas de contribuintes com a União, visa reforçar o caixa federal, principalmente em tempos de crise econômica, porém, amarga suas intenções em declínio ao conferir recebimentos muito aquém daqueles projetados. Nesse sentido, o Ministro da Fazenda, Henrique Meireles, assevera críticas ao relatório do Refis. Segundo o Ministro, não alcançando a arrecadação prevista pelo programa, o projeto não atende as necessidades econômicas e sociais do país (ÉPOCA NEGÓCIOS, 2017).

Nessa temática, os estudos da Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de estudos da Seguridade Social e Tributário (2015) acrescentam que os chamados REFIS concederam condições muito generosas de refinanciamento do débito tributário, a constar em 2013 e 2014 a reabertura de prazos, novos parcelamentos e muitos perdões.

O que se observa é que esses sucessivos parcelamentos, segundo os estudos supramencionados, têm sido apontados como uma tolerância em relação à irregularidade fiscal das empresas. O REFIS da Crise, por exemplo, determinou facilidades que acabam por incentivar a sonegação: parcelamento em até 15 anos, redução de 100% sobre o valor do encargo legal e de 80% a 100% das multas de mora e de ofício; com a repactuação dos diversos parcelamentos anteriores, com redução integral dos valores de encargo legal, e de 40% a 80%, para as multas.

Através da Medida Provisória nº 766 de 04 de Janeiro deste ano (2017), instituída pelo Governo Federal, foi criado o chamado Programa de Regularização Tributária – PRT, este prevê condições especiais para pagamento e parcelamento de débitos com a Receita Federal e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN). O PRT considerado pelos contribuintes devedor, menos motivador que os REFIS citados, traz condições modestas de pagamentos e

parcelamentos em comparação a seus antecessores, com exceção ao aproveitamento de prejuízo fiscal, base de cálculo negativa de CSLL e outros créditos próprios relativos aos tributos administrados pela SRF.

Como se pode observar, tantos benefícios certamente não incentivam o pagamento espontâneo das obrigações tributárias e a regularização fiscal das empresas, ANFIP acrescenta ainda nesse sentido, conjugados sucessivos parcelamentos, com perdão de encargos legais, juros e multas, e uma prescrição quinquenal, a inação do contribuinte pode passar a ser avaliada como um crime que compensa.

Em meio às renúncias fiscais, benefícios concedidos ao setor privado, dívidas ativas que o Governo através de tantos Refis empenha-se para receber créditos, soma-se também, oportuna e especificamente as dívidas junto ao INSS.

Os chamados Devedores do INSS, conforme a SRF, é a relação dos contribuintes (pessoas jurídicas) que possuem débitos com a Fazenda Nacional, previdenciários e não previdenciários inscritos em dívida ativa da União. A administração de recuperação fiscal é presidida pelo titular da SRF e composto pelos titulares da PGFN e do INSS.

A Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN) fez um levantamento que aponta grandes devedores da Previdência, o qual evidencia histórias de falências, fraudes milionárias e acirradas divergências de entendimento e/ ou interpretação entre a SRF e os respectivos departamentos de contabilidade das empresas. Disto, conforme a PGFN culminam situações em que o desfecho é definido judicialmente, em geral anos depois de constituído o débito.

Não é um crime dever, mas grandes grupos empresariais se beneficiam disso, questionam valores na justiça e ficam protelando a vida inteira. Argumenta Sônia Fleury (2017), acrescentando que é preciso fazer uma varredura para ver como as empresas utilizam esse mecanismo protelatório na Justiça e tomar decisões no nível mais alto para impedir esse jogo, que só favorece as grandes empresas. E o que se observa complementa ainda, é que perde o governo e o trabalhador, certamente maior prejudicado por estar sujeito às demandas de provisões sociais emanadas do Governo, os quais ficam restritos a recursos escassos.

Sabe-se que das obrigações das atividades públicas de prestação de serviços, surge a necessidade de financiamento das mesmas, dessa forma, segundo a PGFN (2017) a arrecadação dos créditos públicos vencidos e não pagos espontaneamente é de grande importância, uma vez que esses créditos integram o orçamento do Estado e tem a finalidade de financiar, além da estrutura da administração pública a proteção dos direitos individuais e coletivos de toda sociedade. No entanto, de acordo com a Procuradoria o estoque da dívida

ativa previdenciária chegou a R\$ 426,07 bilhões no fim de 2016(PGFN, 2017), montante que pode comprometer, dentre outros, os benefícios assegurados ao trabalhador.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2011 executou um projeto de pesquisa (CUNHA, 2011), com a finalidade de determinar qual o tempo e o custo de tramitação das ações de execução fiscal na Justiça Federal. O estudo aponta ações de execução fiscal, cuja finalidade precípua do procedimento de execução fiscal é a cobrança de tributos que estão a cargo da PGFN e Procuradoria Geral Federal (PGF).

O observado, não é muito diferente do que já foi relatado concernente a programas para reestruturar dívidas e dar condições para que endividados cumpram com as obrigações, e por conseguinte, transforma-se num verdadeiro viabilizador na geração de receitas, a partir do cumprimento das negociações, e não somente isso, contribui com ações de crescimento que favorecem as ações em benefício da igualdade entre os cidadãos do país.

No entanto, segundo os dados do IPEA, os impostos federais, são o principal objeto da ação de execução fiscal promovido pela PGFN, cerca de 52,1%, seguidos pelas contribuições sociais federais, num total de 37,5% e de outras verbas destinadas à União, como multas, aforamentos, laudêmios e obrigações contratuais diversas equivalente a 9,9%.

Há ainda, alguns obstáculos nas grandes rotinas que compõem o processo de execução fiscal promovido pela PGFN, que não contribuem para o andamento diligente dos processos, pois o cumprimento da etapa de citação constitui um imenso entrave inicial, haja vista, segundo o estudo poucos dos executados apresentam-se voluntariamente ao juízo.

Ressalte-se, caso a Justiça Federal logre penhorar bens do devedor, a probabilidade destes satisfazerem integralmente os interesses da União tende ao irrisório. Ademais, o tempo médio total de tramitação da ação de cobrança é de pelo menos nove anos, o que segundo o estudo mencionado, há que se levar em conta o custo total da ação de execução fiscal, e probabilidades de obter-se êxito na recuperação do crédito, em virtude do elevado custo do processamento judicial.

Depreende-se, portanto, disto posto, grandes impactos que refletem sobremaneira no financiamento das ações e serviços públicos, bem como, complexidades que limitam receitas efetivas a caminho do SUS e eventualmente inferem no avanço do SUS, quanto aos seus objetivos e execução de serviços distribuídos através dos níveis de atenção à saúde, bem como, ao conjunto de políticas sociais, idealizado pela CF/88, para oferecer meios adequados de saúde para todos os brasileiros de forma integral e universal.

O modelo do sistema de saúde do Brasil, considerado há muito, como um sistema subfinanciado, merece considerações a esse respeito, haja vista, evidência de mecanismos

reais, capazes de inferir maior estabilidade financeira a fim de garantir recursos para o setor, sem, contudo, onerar ainda mais a carga tributária brasileira.

3.2.3 Federalismo fiscal, sustentabilidade e gasto público em saúde.

Dentre as formas de Estado existentes, tem-se o Estado unitário e o Estado Federal, pontua-se neste caso que o Brasil é um Estado federal (Federação). Segundo Lovato (2006) as responsabilidades entre os integrantes dos Estados-membros são compartilhadas, e nenhum deles possui soberania em relação aos outros de maneira que existe um poder central que pode exercer esta função de modo que são compartilhadas as responsabilidades entre os integrantes dos Estados-membros, ou Estado.

A condição brasileira de Federação tem pontos positivos, entretanto, há a crítica de que essa forma de Estado dificulta uma atuação uniforme dentro do território nacional, uma vez considerado os vários partidos, ideologias, estilos diferentes, o que por muitas vezes impossibilita a ação conjunta e mais assertiva em prol de objetivos comuns (CONTI, 2010).

As características que traçam o Estado federal, das quais serão discutidas no presente texto, concernentes à distribuição de competências e rendas de cada esfera, verifica-se o que descreve Oliveira (2005), quanto ao Estado Federal que constitui-se em três principais aspectos, quais sejam: a repartição de competência tributária, a repartição de arrecadação tributária e a limitação ao poder de tributar, os quais são aspectos amparados nos artigos da CF/88¹⁵.

A CF/88 é a Carta Magna, reguladora da federação e das competências de seus entes é o texto legal que determina de que maneira funciona o pacto federativo em função de uma ordem jurídica estabelecida. O Pacto federativo, conforme menciona Lovato (2006) está disposto na distribuição das competências político-administrativas da República Federativa do Brasil e compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos da CF/88.

¹⁵ Artigo 153 Compete a União instituir impostos sobre: [...]; Artigo 156 Compete aos Municípios instituir impostos sobre:[...]; Artigo 157 – Pertencem aos Estados e ao Distrito Federal [...]; Artigo 162 – A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios divulgarão, até o último dia do mês subsequente ao da arrecadação, os montantes de cada um dos tributos arrecadados, os recursos recebidos, os valores de origem tributária entregues e a entregar e a expressão numérica dos critérios de rateio.

Conforme Barbosa et al. (1988), Federalismo Fiscal é um dos objetivos do sistema tributário moderno, que tem como escopo o financiamento das despesas do governo, bem como atender aos vários objetivos, a fim de contribuir para o desenvolvimento econômico e social. Assim, a repartição de competências e de metas pela Constituição visa a garantir maior eficiência na administração pública, uma vez que o ente federado local tem maior conhecimento da necessidade de sua população em relação ao ente central, tornando possível a execução das metas por meio de recursos próprios.

A organização federalista de governo é, em geral, defendida a partir de, pelo menos, um dos três princípios: i) alocação eficiente dos recursos nacionais; ii) aumento da participação política da sociedade; e iii) proteção das liberdades básicas e dos direitos individuais dos cidadãos (BARBOSA et al., 1988).

No que tange ao Sistema Tributário, conforme Barbosa et al (1988) a norma foi marcada pela falta de equilíbrio no trato da questão Federativa, pois aumentou a transferência de recursos para os Estados e Municípios, sem contrapartida na diminuição dos gastos da União¹⁶, porque não se transferiram os encargos, contribuindo para agravar o problema do déficit público. No entanto, há que se registrar o lado positivo da CF/88, na reforma do sistema tributário, que foi a descentralização do federalismo fiscal brasileiro o que conferiu competências aos entes federados para arrecadação de impostos, como demonstrado no quadro a seguir, e também maior poder decisório a fim de alcançar a coletividade local nas suas necessidades.

¹⁶**União:** O montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (Artigo 5º, LC 141/2012).

Quadro 4 – Distribuição de Competência de Impostos para cada Ente Federativo.

Receitas Tributárias				
Imposto	União	Estados	Municípios	Seguridade Social
Consumo	IPi	ICMS	ISS, ICMS	2.2.5
Renda	IRPF	IRFPE ITCMD	IRFPM	2.2.6
Propriedade	ITR IGF	IPVA	IPTU ITR IPVA	2.2.7
Faturamento	PIS	-----	-----	COFINS
Capital	IRPJ	AIRPJ	-----	CSLL
Mão de Obra	-----	-----	-----	CINSS
Política Econômica	IOF IE II	-----	-----	2.2.8

Fonte: Sistema Tributário Nacional conforme a Constituição Federal 1988 -Fonte: CF/88 no Título VI Da Tributação e do Orçamento. Cap. I – Do Sist. Trib. Artigo 145-162.

A promulgação da CF/88 reestruturou o federalismo fiscal brasileiro e criou o SUS. O intuito da CF/88 foi o de compartilhar competências e responsabilidades entre as esferas de governo, conferindo autonomia financeira e poder decisório.

A mesma Constituição determina ser necessário que haja normas centrais e locais sobre a saúde pública, dessa forma é necessário que haja também as determinações para o financiamento desse setor, que está disposto no Artigo 24 inciso II.

Segundo Santos (2016) compreende-se que a União pode e deve legislar sobre o orçamento federal da saúde, e os Estados legislarem sobre o seu orçamento para a saúde, igualmente ocorre nos municípios, conforme Artigo 30 incisos I e II (3) da CF/88 - podem estatuir sobre saúde pública para atender ao interesse local, administrando o setor no que for necessário.

Diante do contexto, certamente cabe a todos os entes federados a obrigação de executar as ações e serviços de saúde, haja vista estabelecido pela Constituição, um direito social e constituir-se em serviço público. Isto posto, era ainda necessário um detalhamento sobre as atribuições de cada uma das esferas que veio com as leis orgânicas 8.080/1990 que estabelecem o que cabe a cada esfera de governo consoante ao SUS e a lei 8.142/1990 que

dentre outras atribuições concernentes ao Sistema regulam todas as ações e serviços realizados por qualquer agente.

A Norma Operacional Básica (NOB)nº01/1996, veiculada através da Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, ao Ministério da Saúde, trouxe uma redefinição das responsabilidades dos Estado, Distrito Federal e União. A norma visa avançar na consolidação dos princípios do SUS, conferindo ao exercício dos gestores municipais e do Distrito Federal plena capacidade de gerir, de acordo com sua responsabilidade e respectiva população em nível de atenção básica.

Com base no exposto, em termos gerais, assenta-se dessa forma, a distribuição de competências na área de saúde entre as esferas de Governo, a responsabilidade de cada ente daquilo que este deve realizar no âmbito do SUS, inferido no pacto federativo no que diz respeito à saúde pública, para melhor entendimento da repartição dos recursos destinados para o setor.

Dentro da federação, conforme descreve Santos (2016) existe uma verdadeira assimetria, o que há de se notar em virtude da diversidade, entre Estados-membros com características sociais, culturais, econômicas e geográficas distintas. Nesse contexto a CF/88 no Artigo 3º, III, estatui como um dos objetivos da República Federativa do Brasil justamente o de reduzir as desigualdades sociais e regionais, além de erradicar a pobreza e a marginalização.

A fim de que essas providências sejam efetivadas, encontra-se um caminho através das Transferências Intergovernamentais, que tem como objetivo a progressiva redução das disparidades regionais¹⁷, a LC 141/2012, define os devidos critérios a serem observados sobre o tema, conforme preconizado no Artigo 198, § 3º, II da CF/88 e também nos regramentos infraconstitucionais do SUS.

No entanto, de acordo com Vianna et al., (2005), o termo (redução das disparidades regionais), também compreendido como equidade de alocação de recursos não alcançou a mesma ressonância que os princípios de acesso universal, de descentralização, de atenção integral, de regionalização e de participação social.

Piola (2017) acrescenta uma assertiva relevante, concernente a não concretização das demandas em questão, quer seja por dificuldades operacionais, ou por falta de priorização ou

¹⁷ (BRASIL, 2012, ARTIGO 1º, III) A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III-a dignidade da pessoa humana.

de vontade política, a ordem dos regramentos legais não foi implementada, e a alocação da maior parte dos recursos destinados pela União aos Estados e Municípios seguiu, e ainda segue critérios de rateio que não privilegiam de forma mais direta o problema da redução das disparidades entre as regiões.

O não cumprimento do texto constitucional acarreta sérias complicações, considerando-se a evidente necessidade que se tem em dissipar ou, ainda que seja reduzir, as desigualdades regionais vivenciadas por brasileiros em lugares mais remotos.

Cabe ressaltar, que já houve, nesse sentido, uma expectativa pertinente a fim de superar essas desigualdades, a qual poderia ser efetivada com a LC 141/2012, que apresenta modelo de distribuição de recursos, que privilegia a equidade, o que de fato impulsiona a redução das desigualdades nas regiões brasileiras, mas a implementação encontra-se pendente, pela necessidade da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), apresentar ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a proposta de metodologia estabelecida na referida lei complementar (PIOLA, 2017).

Há que se considerar complexidades que dificultam a efetivação dessas medidas, ainda que concentrem finalidades de trazer melhoramento em algum aspecto para vida de uma determinada população, Carvalho (2010) acentua no que concerne às estruturas federativas existentes, que as mesmas apresentam diferenças entre si e vários são os elementos que contribuem para essa ocorrência, dessa forma, não se pode conceber um só modelo de federação imune às deficiências e problemas.

Relevante é a assertiva, pois eventualmente não é o Brasil exceção, haja vista também ter que superar seus problemas quanto Federação. No contexto brasileiro, muito embora o ordenamento jurídico trace os caminhos para melhor conduzir às competências inferidas para tributação e arrecadação, ainda assim, conforme observa Conti, Scaff e Braga (2010), tal atribuição de competência para cobrar tributos não é capaz de, isoladamente, assegurar a suficiência de recursos, pilar no qual se sustenta a autonomia financeira. Visto que, na hipótese de recursos suficientes, isto também requer atenção e diligência.

As competências político-administrativas, definidas pela CF/88 também ensejam metas, ou seja, atribuições de que deve cuidar, a serem cumpridas pelos entes da federação, daí, podem-se inferir as necessidades que requerem a obtenção de recursos para as atividades, neste caso especificamente, para as ações e serviços de saúde (SANTOS 2016). E nesse particular, conforme o referido autor, é necessário ter equilíbrio entre despesas e receitas, visto que a CF/88 confere competência comum aos entes federativos para a execução de ações

e serviços de saúde, independentemente das assimetrias socioeconômicas e demográficas dos entes.

O SUS é orientado, dentre as diretrizes, pela descentralização, a qual é característica do federalismo brasileiro instituído pela CF/88. Mendes (2005) acrescenta que embora o ente federado tenha o “poder”, ele por si só não constitui receita, haja vista, alguns municípios terem reduzida arrecadação para execução das obrigações que resultem em serviços para população, dentre os quais a saúde.

A fim de assegurar a quantia de recursos para cada esfera, de modo que obtenha a força financeira para execução de atividades e serviços, o constituinte superou a expectativa de arrecadação tributária própria e propôs a técnica da repartição das receitas tributárias de um ente para com outras esferas (SANTOS, 2016).

Por essa razão, a CF/88 estabelece nos Artigo 157 a 159 as formas de participação direta ou indireta que são mecanismos que o constituinte prevê receitas da União que devem ser partilhadas com os Estados e os Municípios. Os entes federados podem contar ainda com recursos para atender certa finalidade específica, as chamadas transferências voluntárias, que consistem na entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao SUS.

Nesse contexto, o financiamento direcionado ao SUS, é analisado também e de muito perto pelo Supremo Tribunal Federal (2015), o qual assevera que o SUS está baseado no financiamento público e na cobertura universal das ações de saúde. Dessa forma, para que o Estado possa garantir a manutenção do sistema, é necessário que se atente para a estabilidade dos gastos e consequentemente para captação de recursos.

A manutenção das funcionalidades do SUS exige, além da estrutura organizacional e normas regimentais, sustentabilidade financeira do sistema e aplicação dos princípios da economia da saúde que, conforme define Del Nero, (1995) é o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta, meios e recursos limitados.

Nesse sentido, no que se refere à saúde, seu financiamento e recursos, é uma conjuntura que se esbarra no ambiente econômico que se desenvolve, e do qual Bonacim e Araújo (2010) descrevem que economia em saúde vem ganhando papel extremamente relevante em todo o mundo. Os recursos utilizados na prestação da assistência médica, por um lado, apresentam demanda crescente em função das novas opções que a tecnologia oferece e,

por outro, a insuficiência de recursos do setor público e da população justifica a necessidade de estudos e práticas na área.

Acrescenta-se no contexto, uma vez assentadas de modo geral, a correlação entre as atribuições legais de cada esfera no tocante ao SUS, e alguma condição no tocante a economia que visa a garantir a continuidade do Sistema, retoma-se nessa composição, as atribuições legais quanto a União. Segundo Santos (2016) os investimentos no setor da saúde, pela esfera Federal, vem decrescendo desde a EC 29/2000. O referido autor descreve que a União utilizou-se da *dominação* que exerce sobre parte do Congresso Nacional para esgueirar-se da fixação de um percentual de gastos em relação a si desde a EC 29/2000, passando o ente nacional a ter um tratamento diferenciado em relação aos demais.

O IPEA demonstra em pesquisa, sobre financiamento público da saúde (IPEA, 2013) que desde a EC29/2000 a União tem feito o menor sacrifício para financiar o setor da saúde. Em 2011, por exemplo, a participação do governo federal correspondeu à somente 44,7% do total, enquanto que a participação dos Estados passou de 18,5% para 25,7% entre os anos de 2000 e 2011. Os Municípios tiveram sua participação aumentada de 21,7% para 29,6% no mesmo período.

A EC29/2000 possibilitou um aumento no volume de gastos esperados dos Estados e Municípios no período. No entanto, conforme escreve Santos (2016) a falta de uma exigência constitucional de um maior esforço federal levou a uma “acomodação” da União na sua tarefa de custeio da saúde pública.

É necessário que hajam mudanças quanto à conduta da União em relação a saúde, assim, houveram várias tentativas através de Projetos de Lei a fim de acrescentar recursos da União ao setor. No entanto, por meio da Emenda Constitucional nº 68, de 21 de dezembro de 2011 (EC 68/2011), através da aprovação do Congresso Nacional, permitiu-se a desvinculação de 20% do total da arrecadação pela União referente a impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico de qualquer órgão, fundo ou despesa. Estão abrangidos os tributos já instituídos, seus adicionais e respectivos acréscimos legais¹⁸, conforme discutido por Santos (2016):

¹⁸ Artigo 76. São desvinculados de órgão, fundo ou despesa, até 31 de dezembro de 2015, 20% (vinte por cento) da arrecadação da União de impostos, contribuições sociais e de intervenção no domínio econômico, já instituídos ou que vierem a ser criados até a referida data, seus adicionais e respectivos acréscimos legais. § I O disposto no caput não reduzirá a base de cálculo das transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma do §5º do Artigo 153, do inciso I do Artigo 157, dos incisos I e II do Artigo 158 e das alíneas a, b e d do

Ao incluir as receitas das contribuições sociais dentre aquelas que podem ser desvinculadas, a Desvinculação da Receita da União (DRU) permite que 20% dos recursos que deveriam ser destinados à seguridade social possam ser utilizados livremente pelo Poder Executivo.

Observa-se dessa forma, complementa o autor, que há um aumento da discricionariedade orçamentária federal, esse contexto pode encontrar alguma explicação, em virtude da conduta econômica, uma vez que o Brasil prioriza o pagamento da dívida pública. Disto, depreende-se possivelmente, de forma simples, como a economia do setor público (União, Estados e Municípios) procede para pagamento dos juros da dívida pública. Scaff (2015) afirma, é fato que os recursos decorrentes da DRU têm sido empregados especialmente para alcançar o superávit primário e colaborar no esforço para o pagamento dos serviços da dívida. Como consequência, há uma perda significativa de recursos do orçamento da seguridade social operacionalizada por meio da DRU conforme tabela apresentada a seguir:

Tabela 5 – Receitas de Contribuições Sociais selecionadas e os efeitos da desvinculação promovidos pela DRU – Exercícios de 2005, 2008, 2010, 2012 e 2014.

Contribuições	2005	2008	2010	2012	2013	2014
COFINS	17.919	24.019	28.005	36.311	39.882	39.183
CSLL	5.246	8.500	9.151	11.463	12.509	12.639
PIS/PASEP	4.417	6.166	8.074	9.548	10.213	10.384
Outras Contribuições	6.246	410	630	753	811	955
Receitas desvinculadas pela DRU	33.829	39.095	45.860	58.075	63.415	63.161

Fonte: Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil. Fundação Anfp de Estudos da Seguridade Social. Análise da Seguridade Social 2015. Disponível em:

<https://www.anfp.org.br/doc/publicacoes/20161013104353_Analise-da-Seguridade-Social-2015_13-10-2016_Analise-Seguridade-2015.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2017.

De acordo com a tabela, o volume de recursos retirados da seguridade social pela DRU é bastante expressivo. Observa-se que considerando os exercícios de 2013 e 2014, as desvinculações chegaram a R\$ 63 bilhões em cada um deles. De modo que em todo período demonstrado evidencia-se a evolução crescente de perda de recursos da Seguridade Social. São medidas que acabam por inviabilizar o SUS, mas que se fossem evitadas, certamente possibilitariam recursos adequados a Seguridade Social.

Segundo Pinto (2017) a DRU prevista no Artigo 176 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) mitiga, parcialmente, as fontes vinculadas de receitas

inciso I e do inciso II do Artigo 159 da Constituição Federal, nem a base de cálculo das destinações a que se refere a alínea c do I do Artigo 159 da Constituição Federal. §2º Excetua-se da desvinculação de que trata o caput a arrecadação da contribuição social do salário-educação a que se refere o §5º do Artigo 212 da Constituição Federal. §3º Para efeito do cálculo dos recursos para manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o Artigo 212 da Constituição Federal, o percentual referido no caput será nulo.

que poderiam suportar a execução dos gastos autorizados na lei orçamentária da saúde. No que se relaciona à desvinculação de receitas, para Pinto (2017) nada justifica tratar o déficit do sistema solidário que congrega previdência, assistência e saúde pública, de forma dissociada dos severos impasses causados. Por exemplo, pela DRU, bem como pelo expressivo volume de renúncias fiscais incidentes sobre contribuições sociais e pelo elevado estoque de dívida ativa e de sonegação que afeta o equilíbrio fiscal do OSS.

Diante da necessidade de aumento do investimento público federal em saúde, houveram diversas propostas em busca de recursos da União para o setor. Dentre as propostas apresentadas por projetos de Movimentos ligados à saúde, que poderiam acrescentar recursos para o setor, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86 em 2015 (BRASIL, 2015).

A referida EC 86/2015 estabeleceu o valor mínimo dos gastos da União com ASPS em 15% da receita corrente líquida federal (RCLF), a partir de 2020. A EC nº 86/2015 fixou, ainda, uma regra de transição para os gastos mínimos da União, que deverão passar de 13,2% da RCLF em 2016 para 13,7% em 2017, 14,1% em 2018 e 14,5% em 2019 até atingirem os 15% da RCLF em 2020. Todavia, nas palavras de Pinto (2017), o percentual previsto na EC 86/2015, é histórica e proporcionalmente inferior a valores da RCL federal que eram gastos em 2000, antes da EC/29.

No contexto Torres (2014) acrescenta que federalismo fiscal é um dos temas de maior expressão do nosso constitucionalismo e que dominará a pauta política e jurídica dos próximos anos, haja vista, grande clamor por reforma tributária. Contudo, para reformar o sistema tributário na sua integridade, será necessário reordenar os mecanismos de gastos públicos de repartições de receitas no federalismo cooperativo brasileiro.

Por conseguinte, acrescenta o referido autor, coube ao poder constituinte, e cabe a política, no exercício democrático do poder, o desafio de decidir sobre os meios de financiar o Estado. A escolha da Constituição do Estado Democrático de 1988 foi a adoção de um federalismo cooperativo equilibrado, com distribuição vertical e horizontal de recursos do pacto federativo.

3.3 Universalidade e Integralidade: interpretação jurisdicional vigente e limites de financiamento público

A CF/88 determinou ao Estado brasileiro a responsabilidade de garantir o acesso universal à saúde; corrobora a determinação da Constituição, a Lei nº 8.080/90, que dispõe

sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Universalidade é um dos princípios fundamentais do SUS e determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e aos serviços de saúde.

A promoção e proteção da saúde são essenciais para o homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável. É o que foi reconhecido pela Declaração de Alma-Ata, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978, cujos signatários assinalaram ainda que a saúde para todos contribuiria tanto para melhor qualidade de vida como também para paz e segurança globais.

O Relatório Mundial da Saúde de 2010 (OMS, 2010) descreve problemas fundamentais que interligados limitam a aproximação dos países à cobertura universal. Dentre as barreiras para a cobertura universal, descreve-se, a dependência excessiva dos pagamentos diretos no momento em que as pessoas necessitam de cuidados. Incluem-se nesses casos os pagamentos por medicamentos “ao balcão” e taxas por consultas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Mesmo quando as pessoas dispõem de alguma forma de seguro de saúde elas podem ter de contribuir sob a forma de co-pagamentos, co-seguros ou franquias.

A obrigação de pagar diretamente pelos serviços no momento da necessidade, seja o pagamento feito de modo formal ou informal (ilegal), impede milhões de pessoas de receber cuidados de saúde quando o necessitam. Para aqueles que procuram tratamentos, pode resultar em sacrifícios financeiros, ou mesmo empobrecimento (OMS, 2010).

Outro obstáculo à cobertura universal destaca-se o uso ineficiente e desigual de recursos, cujo agravante, chama-se desperdício, pois numa estimativa conservadora segundo o referido relatório, de 20 a 40% dos recursos de saúde são gastos sem proveito. No outro extremo, nos países mais pobres, poucos serviços estão disponíveis para todos.

O Relatório da OMS/2010 ressalta em primeira escala os principais obstáculos à universalidade relacionam-se à disponibilidade de recursos, pois nenhum país, independentemente do grau de riqueza, foi capaz de assegurar que toda a população tenha acesso imediato a todas as tecnologias e intervenções que podem melhorar a sua saúde ou prolongar a sua vida.

A CF/88 promoveu considerável avanço no tocante aos direitos sociais, conforme consta no Artigo 6º que estabelece que devem ser obrigatoriamente garantidos a todos os cidadãos “A educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988). Especificamente, no que se refere ao direito fundamental à saúde, o artigo 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Para prover a garantia a esta política pública, a CF/88 (BRASIL, 1988) estabeleceu em seu artigo 198 a criação do chamado Sistema Único de Saúde, conforme exposto no tocante às ações e serviços públicos de saúde.

O SUS passou a ser organizado, com amparo de princípios fundamentais e organizativos da universalidade de acesso aos serviços de saúde, da integralidade e da assistência e da equidade no atendimento. Nesse contexto, observa-se o que esclarece Machado et. al. (2015), de que acesso universal é a expressão de que todos têm o mesmo direito de obter as ações e serviços de que necessitam independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. É a mudança no que concerne ao modelo contributivo de seguro social, que era excludente e vigorou por um longo período e condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social. Com a universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos de serviços.

O Brasil é um país, segundo IBGE (2017), com uma área geográfica de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e uma população de aproximadamente 208 milhões de habitantes. Segundo pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil, 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5%, são usuários não exclusivos, e apenas 8,7% não são usuários deste sistema.

No entanto, ressalte-se, 100% dos cidadãos brasileiros são potenciais usuários do SUS de uma forma direta ou indireta, visto que este Sistema abrange todas as ações de saúde existentes, da assistência básica às ações de vigilância em saúde, de modo que se pode depreender, que de alguma forma o sistema acaba por atender a todos, sem distinção.

Como pode ser observado nos artigos citados da CF/88, bem como nas LOS, a integralidade aparece como uma diretriz para a organização do SUS, a Constituição incorporou esse princípio: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Segundo Paim e Teixeira (1992), no processo político e técnico-assistencial, distintas propostas alternativas de modelos de atenção valorizaram o princípio da integralidade buscando formas de operacionalização. Assim, acrescentam Mattos e Pinheiro (2001) diferentes sentidos e significados passaram a ser atribuídos a este princípio. Constata-se na

literatura recente, um esforço de reflexão teórica, bem como pesquisas empíricas voltadas para o estabelecimento de critérios que contemplem a integralidade da atenção.

A construção e a implementação da integralidade, representam talvez o maior desafio da saúde no Brasil, de modo que esse princípio implica dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção a saúde, ao processo de cuidar, ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes. Indivíduos e coletividades devem dispor de um atendimento organizado, diversificado e humano. Campos (2003) afirma ainda que a integralidade refere-se a não excluir nenhuma possibilidade de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar o indivíduo.

Como se pode observar, existem na literatura sentidos e significados sobre universalidade e integralidade que expressam e corroboram com o que a CF/88 almeja oferecer aos cidadãos. Com efeito, é fundamental, diante da amplitude e variação conceitual dos princípios, maior clareza sobre os mesmos.

Bliacheriene, Rubim e Santos (2016) apresentam uma interpretação possível para a delimitação do sentido normativo dos princípios da universalidade, integralidade, e equidade do direito à saúde, a fim de mitigar os efeitos negativos da judicialização da saúde, fenômeno a ser explorado em maior profundidade na seção seguinte.

Na abordagem, segundo os autores, o significado dos princípios sofreu influências interpretativas que permeavam o ambiente pelo qual o Brasil vivenciava, dentro da estrutura do regime militar graças à atuação técnica, resistente e persistente dos sanitaristas brasileiros.

Nessa linha, o estudo de Fortes (2010) buscou encontrar significado sobre equidade no sistema de saúde por bioeticistas brasileiros, dos quais revelaram pelo menos cinco ideias centrais para o princípio em questão. Por conseguinte, o autor relata que o sentido de equidade encontrou grande visibilidade nos anos de 1990 por conta da instrumentalização do SUS e pela influência do Banco Mundial que centrava seus ideais de atender ao público mais desassistido, em contraponto ao princípio constitucional da universalidade, ou seja, acesso de todos ao sistema.

Os princípios doutrinários do SUS, quais sejam, universalidade e integralidade conforme Teixeira (2011) versa sobre o sentido de universalidade relativa a todos, que impõe que a saúde é um direito fundamental de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar este direito. Não obstante está ligada umbilicalmente ao acesso universal e, por muitas vezes é confundido como acesso a tudo.

Conforme Bliacheriene, Rubim e Santos (2016), o sistema brasileiro universalista se alimenta de diversas fontes de receitas, isto é, o financiamento da saúde no Brasil é

fortemente suportado pela tributação e pelo subsídio a agentes econômicos privados da área da saúde, tratam-se de receitas públicas e, como tal, devem ser despendidas a partir de planejamento, lei orçamentária previamente aprovada e devem atender aos critérios da responsabilidade social amplamente acolhidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal 101/2000. Conforme os autores, o acesso às ações e serviços de saúde, por várias causas apontadas, são objeto de judicialização. Notadamente as demandas judiciais em busca dos bens de saúde representam um avanço em relação ao efetivo exercício da cidadania por parte da população, mas por outro lado, significam um ponto de tensão perante os elaboradores e executores da política pública e o poder judiciário, que passam a receber um número cada vez maior de ordens judiciais, garantidoras das mais diversas prestações que representam gastos públicos não previstos nos orçamentos e a desorganização as políticas públicas vigentes.

Dessa forma, conforme Gandini, Barione e Souza (2008), é necessário uma sintonia entre os anseios dos usuários, do legislador e dos prestadores públicos e privados de bens de saúde, o que inclui a indústria farmacêutica, de órteses, próteses, dentre outras, com as políticas públicas de saúde pré-estabelecidas pelos gestores que têm o dever de investir naquilo que de fato está previsto na legislação.

Considerando, pois, o que escrevem Gandini, Barione e Souza (2008) os direitos sociais são ao mesmo tempo individuais e coletivos, não podendo o individualismo ferir a coletividade e vice-versa. Nesse sentido, o trabalho de Bliacheriene, Rubim e Santos (2016) acrescenta a necessidade de priorizar e fazer escolhas e para isso a interpretação constitucional da universalidade, integralidade e equidade não poderá ser “tudo devido a todos que peçam” essa opção simplesmente não existe no modelo constitucional brasileiro.

Diante de recursos limitados a priorização deve basear-se em aspectos, tais como: i) uma rigorosa avaliação de tecnologias em saúde nos aspectos assistenciais, éticos e sociais, ii) definir, a partir de acordos sociais e fundamentos filosóficos, as tecnologias a serem incluídas e as que serão excluídas da oferta no sistema público de saúde, e iii) resguardar os princípios da igualdade, transparência e participação, sob supervisão judicial.

Nesse contexto, possivelmente surgem mecanismos que asseguram a ordem da Constituição brasileira e também elucidam meios para que de fato efetivem-se os princípios do SUS devidamente. Nesse sentido, com vistas a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito e para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo assistência à saúde, o Conselho Nacional de Justiça, através da Recomendação nº 31, recomendou aos Tribunais Regionais Federais a celebração de convênios para criação de grupos de apoio técnico compostos, por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados

na elaboração de seu convencimento para apreciação das questões clínicas trazidas pelas partes nas ações relativas a saúde. Há também recomendações às corregedorias quanto à prestação de orientações aos magistrados.

Segundo Johnson (1997) um fator importante a se considerar relativamente a universalidade e integralidade, passa pelo conceito de coesão social, que representa política de cooperação, que reúne e analisa as ações nas áreas social, econômica e territorial impostas sob regulamento comum. Por conseguinte, crescimento econômico, conforme acrescenta Frenk (2014), é o vento necessário para garantir os recursos, advindos da sociedade e do Estado, para o financiamento da universalização de cobertura de saúde, pois permite que aqueles que podem financiar sua saúde, ao mesmo tempo em que geram os recursos solidários para financiar a saúde dos que não têm recursos pessoais.

Frenk (2014), ex-ministro da saúde do México, país em desenvolvimento, destaca princípios em prol da Universalidade de Cobertura da Saúde (UCS). Contudo, muitas das ações propostas não vêm sendo seguidas, acarretando dificuldades de natureza técnica e política para alcançara Universalidade.

Frenk (2014) considera que a cobertura de saúde universal é acessível, objetiva e o tempo para alcançá-la é agora, descreve as ações específicas assim elencadas:

Ação 1) Evite o estabelecimento de cobertura separada esquemas para diferentes grupos de populações e, se já existem, projetar iniciativas para reduzir a segmentação.

Ação 2) Continuar a implementar esquemas de proteção social que reduzam o ônus dos pagamentos de bolso (*out-of-pocket*).

Ação 3) Aumentar o financiamento para a saúde e, ao longo do tempo, aumentar a proporção do financiamento universal da cobertura de saúde das receitas das administrações públicas.

Ação 4) Projetar intervenções a direcionadas para abordar os determinantes da saúde e as iniciativas para lidar, tanto com a agenda quanto com as emergências. Desafios relacionados a doenças não transmissíveis, lesões e doenças mentais.

Ação 5) Estabeleça mecanismos eficazes para monitorar e garantir a qualidade dos cuidados, tanto nas suas dimensões técnicas quanto interpessoais.

Ação 6) Melhorar o treinamento, disponibilidade e distribuição de recursos humanos para a saúde.

Ação 7) Fortalecer as principais funções do sistema de saúde (administração, financiamento e entrega) para expandir a escolha, aumentar a eficiência e a eficiência, promover a equidade e melhorar a responsabilização pelos resultados.

Ação 8) Projetar políticas para fortalecer o papel do Estado como o principal administrador do sistema nacional de saúde.

Ação 9) Investir em sistemas de informação, pesquisa em sistemas de saúde e avaliação rigorosa.

Ação 10) Promover a introdução de procedimentos de transparência e responsabilização e estimular a participação das organizações da sociedade civil na concepção, implementação e monitoramento da saúde universal para iniciativas de cobertura.

A UCS segundo o referido autor, necessita da definição de novos arranjos financeiros e da transformação em larga escala da organização dos sistemas de saúde, especialmente nos

países em desenvolvimento. Não obstante, questões como a falta de processos que identifiquem as reais necessidades em saúde e as compatibilizem com as disponibilidades para o financiamento da saúde e também a falta de transparência e prestação de contas, bem como a existência de esquemas de cobertura fragmentados para diferentes grupos populacionais, são questões impeditivas do avanço para o objetivo de universalidade.

A “Constituição Cidadã, conforme descrito anteriormente, determina que a saúde é direito de todos e dever do estado, o texto portanto, não delimita o acesso aos serviços de saúde a um grupo específico. No entanto, o direito a todos os cidadãos que dos serviços necessitem, deve ser considerado num contexto de escassez de recursos, como ressalta Medrado, Cruz, Moraes e Rocha (2013), no tocante a complexidade do financiamento da saúde, avanços da medicina, bem como a limitação de recursos e o aumento crescente das necessidades dos cidadãos.

Oportunamente nessa questão, Haber Neto (2012) destaca os conceitos que devem ser considerados, quais sejam, os custos do direito, escassez de recursos e, notadamente a questão tributária e orçamentária devem ser analisadas, haja vista, a necessidade da exigência de tributos e outras fontes de receitas, a fim de viabilizar os direitos sociais previstos na CF/88 no que se refere à saúde pública, que devido à abrangência universal exige montante significativo do orçamento público.

Mendes (2013) escreve que a generosidade do mandamento jurídico da saúde como direito de todos e dever do Estado não foi sustentada na Constituição, por uma base material que garantisse um financiamento público compatível com a universalidade. Isto porque, embora dados da OMS (2013), demonstrem que o Brasil gasta 9,0 % do PIB em saúde, e esse gasto é considerado um gasto total adequado, bem próximo à média dos gastos em saúde dos países desenvolvidos, quando se examina o percentual de gasto público em saúde, verifica-se que ele é muito baixo e incapaz de garantir que a CF/88 efetive-se, a fim de garantir a universalidade do SUS;

Numa análise dos sistemas de saúde, Piola, Porto e Ugá (2014) traz uma composição percentual do gasto em saúde de alguns países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). São sistemas de saúde do tipo beveridgiano, conforme exposto, que consistem em acesso universal e são predominantemente financiados por impostos gerais de preferência por impostos diretos.

A tabela que segue, evidencia que os gastos públicos em saúde representam mais de 70% do total, (e, em geral mais de 80%), sendo que desse volume a grande maioria é

realizada pelo setor público com base nos modelos em serviços nacionais ou em seguros sociais, com exceção dos EUA:

Tabela 6 – Gasto em Saúde em alguns países da OCDE.

Gasto Público – País	Impostos Gerais
Canadá	68,6 %
Inglaterra	81,7 %
Espanha	66,8 %
Dinamarca	84,5 %
Suécia	81,7 %
França	5,2 %
Alemanha	9,0 %
EUA	32,8 %

Fonte: Adaptada de Piola, Porto e Ugá et al. (2014, p.400). Base em dados da OMS, 2010.

O sistema de saúde, instituído pela CF/88, conforme descrito, é definido como de acesso universal e integral. No entanto, verifica-se no tocante aos gastos públicos que não se assemelha aos sistemas de saúde da mesma natureza. Conforme evidencia-se na tabela, os gastos em saúde da Inglaterra, Dinamarca e Suécia são, respectivamente, 82%, 84,5% e 82% público e financiado predominantemente por impostos gerais. No Brasil, segundo o estudo em referência a participação do setor público no gasto em saúde é de cerca de 42%.

Retomando o Relatório da OMS (2010), dentre outras coisas, é possível constatar que angariar financiamento suficiente é imperativo, mas ter o dinheiro não assegura a cobertura universal. Há que se pensar em alternativas para se fazer mais com os mesmos recursos, nesse caso o referido relatório, lista alternativas como: utilização de medicamentos caros que são frequentemente usados, quando existem opções mais baratas e igualmente eficazes; atenção ao abuso de antibióticos e injetáveis, haja vista haver desperdícios e mau armazenamento, bem como variações de preços negociados com fornecedores; melhorar eficiência nos modos como se pagam os prestadores de serviços e também pode-se encontrar abordagens mais eficientes para compra de serviços, frequentemente descritas como estratégicas.

Ademais, Médici (2012), ainda que gastar mais em saúde seja uma prioridade, há evidências que não é por falta de recursos que o SUS tem falhado em seus compromissos de garantir assistência de saúde pública de qualidade aos mais pobres em todo o território, mas sim por não colocar a equidade e a eficiência no topo de suas prioridades.

Nesse sentido, Santos (2016) acrescenta uma análise, no que diz respeito aos investimentos do Brasil no setor da saúde, no sentido de que, estes encontram-se distantes do patamar considerado ideal, haja vista, estabelecer comparação com outros países. Contudo, observa-se que o volume de recursos destinados pelo setor público brasileiro é bastante expressivo. Analisando-se os orçamentos dos Ministérios para o ano de 2016, por exemplo, tem-se que o Ministério da Saúde é o segundo maior entre as pastas, com previsão de aproximadamente R\$ 119 milhões, de acordo com a Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada para o ano de 2016.

Tabela 7 – Cinco Ministérios com maior Orçamento Previsto para o exercício de 2016 – Em Reais.

Ranking de Orçamento Previsto – Exercício de 2016 – em Reais		
5º	75.333.550.547,00	Desenvolvimento Social e Combate à Fome
4º	81.574.316.460,00	Defesa
3º	103.363.287.099,00	Educação
2º	118.472.839.832,00	Saúde
1º	586.980.348.250,00	Previdência Social

Fonte: Lei nº 13.255/2016 – Anexo – Despesa dos orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, por órgão orçamentário.

Não obstante, pode parecer baixa a participação do gasto público no SUS, isto quando se mantém em mente os princípios da universalidade e da integralidade do acesso à atenção à saúde. Contudo, nesse sentido, Santos (2016) alerta que o SUS deve ser valorizado e fortalecido, pois representa uma verdadeira democratização do acesso à saúde pública. Portanto, antes do brasileiro cair no lugar-comum de criticar a sua existência, deve-se recordar do passado no qual não havia tal sistema, para ver-se que o fato de o SUS existir representa uma vitória de todo o povo brasileiro.

3.4 Judicialização de Políticas Públicas de Saúde e Financiamento do SUS

Sabe-se que, antes da CF/88, a saúde pouco constava na agenda da gestão governamental. Sarlet e Figueiredo (2008) discorrem que a proteção do direito à saúde ficava restrita a algumas normas esparsas, tais como a garantia de “socorros públicos” (Constituição de 1824, Artigo 179, XXXI), ou a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência (Constituição de 1934, Artigo 113, caput). Disso, observa-se que a responsabilidade por zelar da saúde, acrescentam os referidos autores, dava-se de modo indireto, no âmbito tanto das normas de definição de competências entre os entes da Federação, em termos legislativos e

executivos [...], quanto das normas sobre a proteção à saúde do trabalhador e das disposições, versando sobre a garantia de assistência social.

O direito fundamental à saúde integrou-se à CF/88, em virtude da evolução dos sistemas de proteção, que eram instituídos em nível ordinário (do Sistema Nacional de Saúde, Lei nº 6.229/1975) e também atendendo às reivindicações do Movimento de Reforma Sanitária que influenciou positivamente a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Segundo Sarlet e Figueiredo (2008), algumas das principais características do regime jurídico-constitucional do direito à saúde também são reflexos deste processo, tais como: a) a conformação do conceito constitucional de saúde à concepção internacional estabelecida pela OMS, sendo a saúde compreendida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social; b) o alargamento do âmbito de proteção constitucional outorgado ao direito à saúde, ultrapassando a noção meramente curativa, para abranger os aspectos protetivo e promocional da tutela devida; c) a institucionalização de um sistema único, simultaneamente marcado pela descentralização e pela regionalização das ações e dos serviços de saúde; d) a garantia de universalidade das ações e dos serviços de saúde, alargando o acesso até então assegurado somente aos trabalhadores com vínculo formal e aos respectivos beneficiários; e) a explicitação da relevância pública das ações e dos serviços de saúde.

As determinações constitucionais conferem ao Estado o principal destinatário dos deveres fundamentais, de modo que considerações acerca da função protetiva do direito, conforme registra Sarlet e Figueiredo (2008) tornam-se mais densas de modo especial e relevante coma institucionalização constitucional do SUS, que assume a condição, na ordem jurídico-constitucional brasileira, de autêntica garantia institucional fundamental.

O SUS propicia a execução do direito a saúde, com suas diretrizes orientadas nos artigos 198 a 200 da CF/88, bem como nas LOS. A unidade, descentralização e hierarquização, a integralidade e a participação da comunidade são princípios que norteiam as ações e os serviços do SUS; de modo que em cada princípio expressa-se a devida organização, a fim de alcançar o cidadão brasileiro, e prover suas necessidades de saúde.

No entanto, nem sempre o direito é efetivado de forma planejada, conforme pressupõe em toda organização de atendimento e os objetivos do Sistema. O que se observa, continuamente, é o direito à saúde voltar-se para um indivíduo apenas, pois a Constituição Cidadã não estipulou limites e possibilidades de exigibilidade do direito oferecido. É preciso observar, conforme acentuam Sarlet e Figueiredo (2008), a relevância pública dos serviços e das ações de saúde a qual autorizam a interpretação extensiva que vem dando jurisprudência,

no sentido da afirmação da legitimidade do Ministério Público para a intervenção na defesa do direito à saúde, inclusive quanto à medidas ajuizadas em prol de um único beneficiário.

Sarlet e Figueiredo (2008) discorrem que o reconhecimento da existência de uma dimensão economicamente relevante dos direitos fundamentais, que se evidencia mais fortemente nos direitos sociais intensificados quando pleiteados sob a forma de direitos a prestações materiais, impõe a discussão (dos critérios) das decisões sobre a alocação dos recursos públicos, seja porque são diversos os direitos, interesses e bens a serem tutelados, seja por razões que impactam princípios constitucionais, resultando em discussões dos limites e das restrições do direito à saúde.

Isto posto, o Judiciário é solicitado a arbitrar, a fim de encontrar soluções sobre conflitos efetivos do direito à saúde, sendo necessário expressar decisões que nem sempre detêm o conhecimento específico e, por essa razão, é necessária a busca de critérios práticos para a aferição das pretensões formuladas.

A prática de obtenção de medicamentos por via judicial, conforme descreve Bliacheriene (2014), pode prestigiar interesses individuais, corporativos e da indústria farmacêutica.

No Fórum sobre Judicialização da Saúde (2014), foram apresentados alguns argumentos referente judicialização, nos quais constam fundamentações consideradas equívocas, quanto ao entendimento do Direito à saúde, e também a observação de certa fragilidade do Judiciário, em alguns pontos registrados com expressões tais como: “Juiz acaba prescrevendo”, ou ainda “O poder judiciário quebra o planejamento dos órgãos de saúde”, “Os magistrados não entendem o sistema”. Os argumentos sugerem o fato de o Juiz não conhecer o sistema que planeja e orçamenta despesas e receitas do setor saúde (Bliacheriene, 2014).

A indústria farmacêutica foi também objeto de argumentos levantados, visto ser considerado um setor economicamente organizado, capaz de atrair agentes e profissionais de áreas envolvidas, aliando fragilidades dos sistemas e fatores que contribuem para a Judicialização da saúde.

Neste ano (2017)¹⁹ o Superior Tribunal de Justiça (STJ), no exercício de suas competências, determinou a suspensão da tramitação dos processos em que é postulado judicialmente o fornecimento de medicamento não contemplados na Portaria nº 2.982/2009 do Ministério da Saúde, incorporados ao SUS.

A referida Portaria contempla além de outras questões alista de referência nacional do componente básico e do componente especializado da assistência farmacêutica (relação de Medicamentos, de fitoterápicos e de homeopáticos com aquisição pelos Municípios, Distrito Federal e/ou Estados) e a relação de Medicamentos e insumos com financiamento, aquisição e distribuição pelo Ministério da Saúde. Trata-se, portanto, de ato normativo que fixa os limites de atuação administrativa do SUS no âmbito do fornecimento de medicamentos.

Destarte, exceto casos urgentes dos quais o Código de Processo Civil (CPC) prevê que os magistrados devem liberar nos termos de artigos 314²⁰ e 300²¹ do CPC, cabendo a parte autora, comprovar documentalmente a urgência da imediata intervenção judicial especificamente quanto a eficácia, a efetividade, a acurácia e a segurança do medicamento postulado.

A judicialização, eventualmente é um caminho para o cidadão verificar possibilidades junto ao Estado, como provedor do direito, de ser atendido naquilo de que necessita e o que o Estado deve fazer. Contudo, conforme Bliacheriene (2014) as ações judiciais, além de instrumentos para o exercício da cidadania e de mobilização da sociedade, revelam ainda as deficiências da administração pública [...]. Todavia, os resultados permitem concluir que é preciso melhorar a compreensão para melhor intervir nos fatores que têm contribuído para os crescentes números de ações judiciais. Tendo em vista, que demandas judiciais, envolvendo prestações na saúde, comprometem o orçamento público, destinado ao custeio da saúde pública, tornando-o cada vez mais pressionado, uma vez que os recursos são finitos, de forma que o magistrado pode privar outros tantos de medicamentos e ações igualmente necessárias à coletividade.

¹⁹ STS – determina suspensão de processos sobre medicamentos. E agora?. Disponível em: <<http://emporiiodireito.com.br/stj-determina-suspensao-de-processos-sobre-medicamentos-e-agora-por-clenio-jair-schulze/>> Acesso em: Julho 2017.

²⁰ Artigo 314. Durante a suspensão é vedado praticar qualquer ato processual, podendo o juiz, todavia, determinar a realização de atos urgentes a fim de evitar dano irreparável, salvo no caso de arguição de impedimento e de suspeição.

²¹ Artigo 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

No contexto abordado, é relevante a assertiva de Pereira Junior (2005), em que pese as obrigações do Estado perante o cidadão, que não se está a defender os poderes públicos de furtar-se do cumprimento dessas obrigações, sempre que houver deficiência ou falta de recursos disponíveis, definitivamente não. Mas sustenta-se que há limites para a implementação das prestações oriundas dos direitos sociais, ou seja, o ideal disciplinado pelas normas constitucionais, sobretudo das programáticas, embora dotadas de um conteúdo mínimo de eficácia, não podem conduzir ao cumprimento de uma pretensão do que seja ideal, sem a presença da condição material para sua realização.

Assenta-se nessa temática e cabe ressaltar diante do exposto, a teoria da reserva do possível, conforme Santos (2016), trata diretamente do sistema financeiro, pois refere-se a necessidade de limitação do Estado de um determinado direito, judicialmente pleiteado em face de um determinado orçamento público.

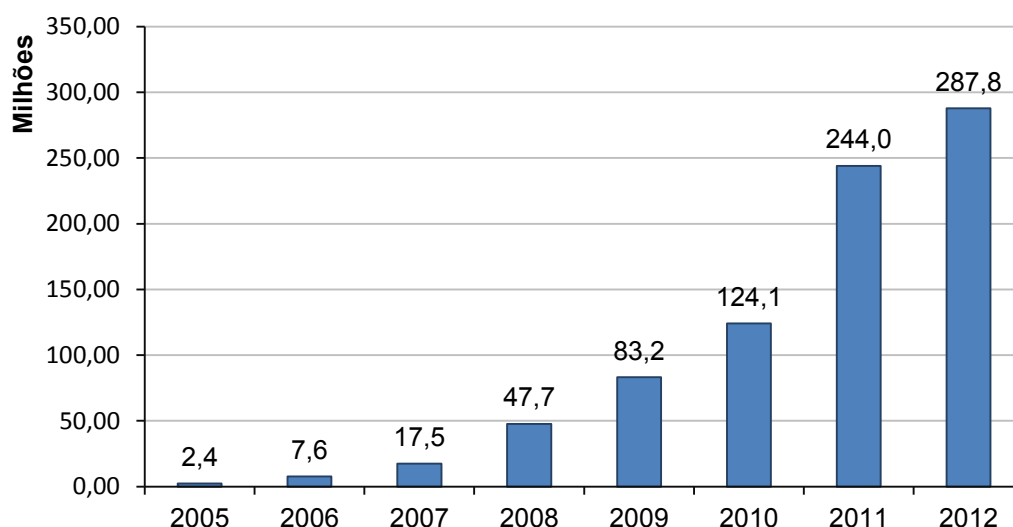
A afirmação do referido autor busca contribuir com o judiciário, na medida em que o magistrado, na apreciação de um determinado caso em suas mãos, tenha por base conhecimentos que o auxiliem a considerar às exatas consequências de sua decisão em uma perspectiva ampla, propondo reflexões tais como: Quais serão os reflexos para o orçamento da pasta da saúde? Qual ente deve melhor cumprir a decisão? O conjunto das decisões judiciais tem impacto significativo no orçamento destinado à política pública de saúde de forma ampla? Quais os problemas orçamentários que podem advir da concessão de certo medicamento ou tratamento médico? Certamente são reflexões a considerar, pois acredita-se que o perfeito conhecimento do financiamento da saúde e esforços a fim de evitar entraves, cujos resultados favorecem minoria, possivelmente compõem o conjunto de condições essenciais para promover o avanço do SUS.

A Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (CONJUR/MS-2013), órgão da Advocacia-Geral da União (AGU), responsável pelo assessoramento jurídico da referida pasta, relata que o impacto judicial vem tendo influência cada vez maior no financiamento da saúde pública, conseqüentemente há um expressivo aumento no número de aquisições realizadas diretamente pelo MS. Concernente a isto, recobra-se o exposto neste estudo, do qual recentemente assenta Santos (2016), que praticamente todas as decisões judiciais concessivas de medicamentos e/ou tratamentos de saúde são atendidas com a utilização de recursos dos fundos de saúde, haja vista, ser por meio deste, conforme determinação da LC 141/2012, que devem ser realizadas as despesas em saúde pública, incluindo a aquisição de remédios e demais procedimentos, inclusive os decorrentes de determinações judiciais.

As ações judiciais, segundo o CONJUR (2013), sobre as propostas em face do poder público, com a finalidade de garantir o fornecimento de medicamentos, realização de cirurgias e procedimentos, e também, a incorporação de novas tecnologias no âmbito do SUS, são divididas entre a Justiça Federal e a Justiça de cada Estado da Federação, de modo que cada uma destas é um espaço autônomo de decisão.

Nesse contexto, o referido órgão apresenta um cenário das ações judiciais em todo país, a fim de apontar a evolução dos gastos, o crescimento das ações judiciais e consequências das ações proferidas, conforme ilustrados pelas figuras apresentadas a seguir:

Figura 4 - Valores dispendidos pelo Ministério da Saúde, ano a ano, com aquisição direta de medicamentos, equipamentos e insumos concedidos em decisões judiciais.

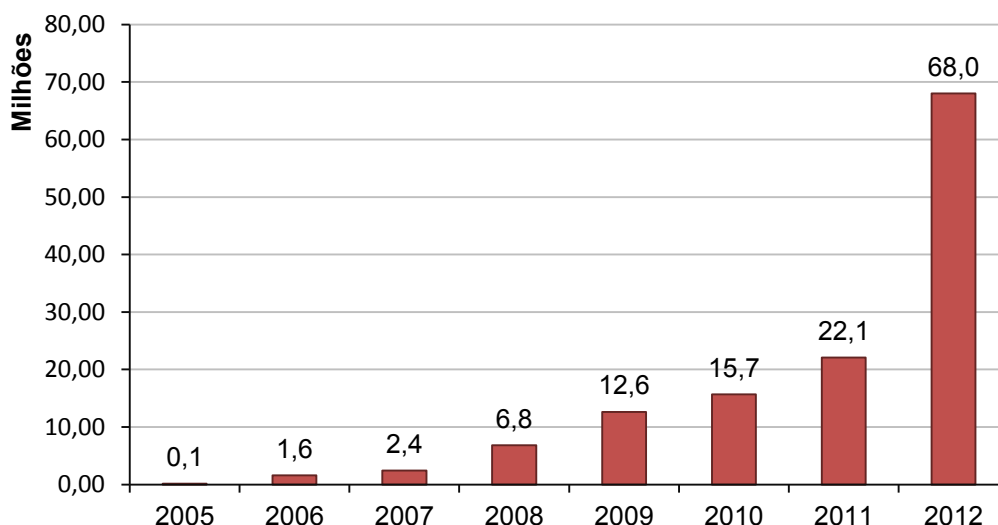


Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde(2013). Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa---o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Conforme exposto acima, o volume de recursos públicos destinados ao atendimento de decisões judiciais no ano de 2005 era de R\$ 2,4 milhões, e chegou à cifra de aproximadamente R\$ 244 milhões em 2011, denota-se no exposto alto crescimento no período de seis anos. O gráfico apresenta ainda que dentro do total gasto pelo MS, no ano de 2011 com aquisição direta de remédios, cerca de 190 milhões foram destinados ao atendimento de apenas 632 indivíduos. A figura a seguir, evidencia o volume de recursos destinados ao depósito judicial, entre os anos de 2005 e 2012, para cumprimento das decisões de ações judiciais para que o Estado e/ou município cumpram a decisão devida.

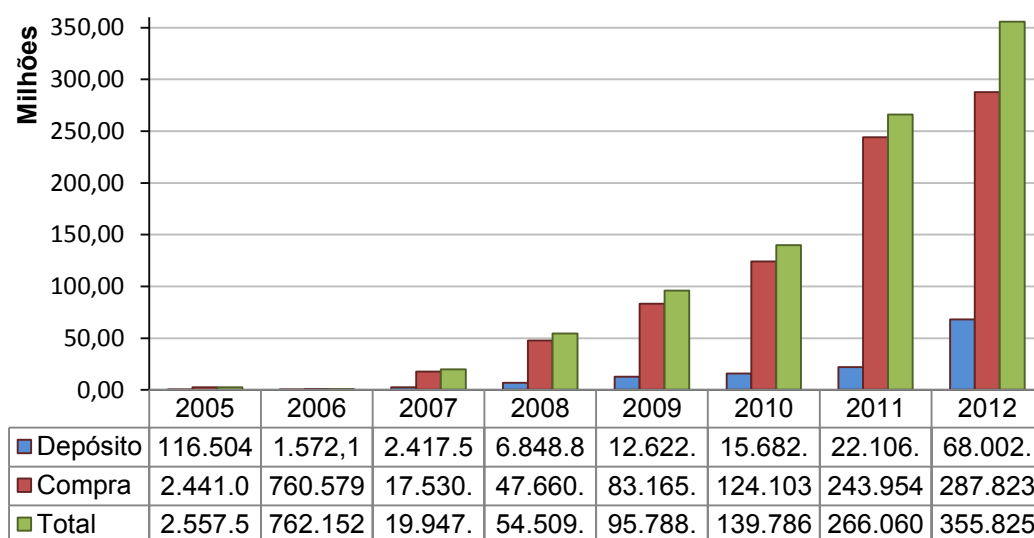
Figura 5– Valores gastos pelo Ministério da Saúde para atendimento das decisões judiciais por meio de depósito judicial, através de repasse a Estados e Municípios.



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2013. Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

Conforme apresenta o CONJUR (2013), ainda que não se tenha informações precisas acerca da intervenção judicial em saúde no âmbito estadual e municipal, afirma-se que a situação é semelhante à observada na esfera federal.

Figura 6 - Gastos Totais referentes aos valores despendidos com aquisições e depósitos para cumprimento das demandas judiciais.



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Intervenção Judicial na saúde pública: Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na seara das Justiças Estaduais. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>. Acesso em: 15Jun. 2017.

Assim, decorre o cumprimento das ordens judiciais pelo MS, uma vez que há uma decisão judicial impondo obrigação a União, são tomadas as devidas providências das seguintes formas: a) aquisição pelo próprio MS do medicamento/insumo pleiteado; b) depósito do valor necessário à aquisição, pelo próprio paciente; c) repasse aos Estados ou Municípios de parcela do valor do medicamento/tratamento, quando o paciente é por eles atendido e/ou quando a decisão assim determina.

Acrescenta-se no contexto, a experiência da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo no ano de 2013, num estudo levantado por Siqueira (2015), o qual aponta que o ente federado despendeu cerca de R\$ 1 bilhão para atender a aproximadamente 7,2 milhões de pacientes, dentro do atendimento de rotina do SUS, isso corresponde a um custo anual de R\$ 138,00 por paciente. Entretanto acentuam-se os gastos de cerca de R\$ 400 milhões para atender a 38.578 demandas judiciais com fornecimento de medicamentos, produtos médico-hospitalares e nutrição, não computados os contratos de serviços, de modo que o custo anual por paciente atendido por meio da judicialização é de R\$ 10.368,00, ou seja, 75 vezes superior ao paciente tratado rotineiramente pelo SUS.

O judiciário no desempenho de suas funções, traz resoluções conforme a lei e também cidadania. Por outro lado, devido o resultado das ações e suas consequências, pode-se por vezes confundi-lo como um impedimento de avanços do SUS. Conforme exposto no estudo, há que se analisar possibilidades, como por exemplo, o efetivo funcionamento de grupos de apoio técnico, conforme a Recomendação nº 31 dos Tribunais Regionais, a qual apresentou-se no tópico anterior, que visa auxiliar o magistrado, a fim de viabilizar melhor entendimento e compreensão das alternativas das quais o sistema de saúde dispõe, para atender a demanda de saúde a qual o indivíduo busca. Possivelmente surgiriam resultados positivos, para o SUS, cujas ações refletem em questões financeiras e organizativas sob os quais opera-se o Sistema. Nesse sentido, conforme Santos (2016), a imprevisibilidade sobre a quantidade e o valor das condenações do Poder Público nas demandas judiciais sobre saúde pública é uma inimiga do planejamento do setor, uma vez que ocorre uma desprogramação orçamentária, com aumento da necessidade de remanejamento de verbas e abertura de créditos adicionais, especialmente suplementares, para fazer ao atendimento das liminares e sentenças judiciais.

Observa-se no contexto, a garantia da saúde de forma ampla e eventualmente irrestrita para atender alguns cidadãos via judicial. Cumpra-se o Estado às determinações da CF/88, referindo-se ao direito a saúde. No entanto, há que mencionar que esse mesmo direito o é coletivo. É preciso ater-se ao fato de que o SUS é mantido por recursos públicos, regido pela

Constituição e os fins que constituem os meios para provê-lo e direcioná-lo para toda população, comumente está contido nos planejamentos e orçamentos dos entes federados.

4 CONCLUSÃO

Esta pesquisa dispôs-se a discutir sobre o financiamento da saúde no Brasil, tendo em vista as obrigações do Estado em executar o que preconiza a Constituição Federal de 1988, quanto à provisão de estrutura e serviços de saúde para todo cidadão brasileiro. Considerando que o SUS é mantido prioritariamente por impostos gerais e contribuições, é pertinente analisá-lo em termos de desempenho, no sentido de melhorar o sistema de saúde brasileiro e visualizar mecanismos a fim de otimizar o uso dos recursos.

Os questionamentos levantados nesta pesquisa consideram conforme apontado na literatura estudada, que o SUS foi estabelecido com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o sistema brasileiro de saúde é considerado o maior sistema de saúde do mundo. Entretanto, existem diversas referências de que este sistema é subfinanciado e apresenta desempenho inferior ao esperado, sendo necessários mais recursos financeiros para o pleno cumprimento do seu propósito.

Neste contexto, esta pesquisa objetiva abordar a conjuntura do provimento do financiamento público da saúde, discutindo o financiamento e os fatores que eventualmente interferem nas ações e serviços do SUS, bem como os mecanismos que poderiam ser fonte de receita para o Sistema, sem que haja maior tributação.

Assim, de acordo com a proposta desta pesquisa e considerando a evidente alta carga tributária imposta a todos os brasileiros, faz-se necessário apontar as perspectivas existentes para a ampliação de recursos para a área da saúde, bem como levantar os aspectos relevantes orçamentários quanto às demandas de Judicialização e Universalidade.

Como principais achados deste estudo, constatou-se que o SUS, ainda carece de soluções relacionadas à gestão e a organização da sua estrutura de financiamento. Embora o Brasil apresente gastos expressivos em saúde, aproximadamente 111 bilhões de reais em 2016, esse valor ainda é inferior àquele destinado pelos países ricos, o que verifica a necessidade de expansão do financiamento no setor. Ressalte-se ainda, a premente necessidade de se extinguir as disparidades de atendimento público/privado.

Uma das ponderações no tocante ao financiamento do SUS e a evidência de mecanismos possíveis de fontes de receitas, podem ser encontradas nas renúncias fiscais, destinadas a pessoas físicas e jurídicas, que reduzem recursos na área da saúde, como por exemplo, a União registrou em 2015, renúncias fiscais na soma de 87,79 bilhões de reais. Na prática a atribuição destes benefícios na forma atual alcança apenas, uma camada da

população, o que corrobora para o aumento da desigualdade no atendimento e também diminui os recursos disponíveis para a saúde pública.

Junto às citadas renúncias fiscais, encontram-se os Programas de Recuperação Fiscal (REFIS), cujo objetivo implícito é o de recuperar créditos da União. Entretanto, este objetivo é frustrado frente a negociações favoráveis para os devedores tributários que arrastam montantes de dívidas ano após ano, diminuindo, assim, possíveis mecanismos de obtenção de receita. Cabe destacar as dívidas junto ao INSS, cujos débitos com a Fazenda Nacional necessitam ser executados judicialmente. A literatura levantada neste estudo comprova que a tramitação desses processos ocorre no longo prazo. O estoque de dívida pública previdenciária cujos maiores devedores constam às Pessoas Jurídicas, chegou a 426,07 bilhões de reais ao final de 2016. Não obstante, ao longo de processos judiciais deste tipo, é muito improvável a penhora de bens dos devedores a fim de quitar as dívidas e, consequentemente, aumentar os recursos da Seguridade Social.

Notadamente, se estes recursos e as dívidas tributárias fossem reintegrados ao orçamento da União, poderiam suportar a prestação de ações e serviços públicos. Nesse sentido, o não recebimento das citadas dívidas corrobora com a má gestão das ações e serviços públicos de saúde.

No contexto que visa agregar os recursos para as ASPS, paralelamente há que mencionar as medidas da EC 95/2016, a qual estabelece teto para os gastos com as despesas primárias. Especificamente no tocante aos dispêndios com o setor da saúde, implica no congelamento dos gastos até então estabelecidos em legislações anteriores, das quais garantiram aumento dos gastos e também execução das políticas sociais, bem como, a proteção do direito a saúde. No entanto, o Novo Regime Fiscal, implementado pela referida Emenda, efetiva-se na perda de recursos já consolidados nas últimas décadas e consequentemente impactos negativos para a saúde da população brasileira, em detrimento de expectativas positivas nos agentes econômicos.

No que se refere ao Federalismo brasileiro, a divisão de responsabilidades dos entes federativos não foi associada adequadamente à distribuição dos recursos. Este fato ocorre, pois o poder executivo estabeleceu obrigações de financiamento mais onerosas para os entes subnacionais, fazendo com que surja a necessidade de a União se encarregar mais das obrigações para o setor da saúde. Apesar dessa necessidade, o que se observa é que as medidas de Desvinculação de Receitas (DRU) tendem a bloquear cada vez mais as expectativas de expansão de recursos advindos da União o que interfere substancialmente no

financiamento da saúde pública provocando diminuição de recursos que seriam utilizados no Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Finalmente, nos processos de judicialização, as decisões judiciais são atendidas com recursos previamente destinados a determinado orçamento. Esses provimentos acarretam desprogramação orçamentária, e causam a necessidade de remanejamento de verbas para atender as liminares e condenações judiciais. As consequências incorridas deste fato resultam na concentração de recursos públicos apropriados por somente uma parcela da população. Não obstante, grande parte das ações judiciais são promovidas por indivíduos que dispõe de recursos financeiros mais favoráveis.

Conforme explanado, o Sistema Único de Saúde é uma conquista do povo brasileiro, mas demanda uma melhor gestão dos recursos financeiros envolvidos, a fim de alcançar a universalidade e integralidade. Há ainda a necessidade da inserção neste sistema, de estruturas organizacionais, recursos adequados, regulamentação efetiva de renúncias fiscais, bem como uma maior participação da União. A garantia da saúde de forma ampla para atender poucos cidadãos via judicial, salvo exceções pertinentes, das quais a lei deve alcançar, requer acolhimento técnico no auxílio ao magistrado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), registra a afirmação da qual compartilha-se ao final desta pesquisa, de que “Enquanto a falta de recursos para a saúde é um limitador sempre presente, todos os países podem fazer mais com os recursos existentes. As ineficiências podem ser encontradas em muitas áreas (...)”. A maneira pela qual o financiamento da saúde está organizado pode também ser uma fonte de ineficiência. Assim, estudar mecanismos que possam oferecer soluções para o financiamento da saúde pública, de forma que evidencie possibilidades de se fazer mais com os recursos existentes, certamente contribuirá para o fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Beneficiários, Operadoras e Planos. Rio de Janeiro, Ano 1, Junho, 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Sistema de Informações de Beneficiário ANS/MS. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>, 2017.

AITH. F. O Dever do Estado Brasileiro para Efetivação do Direito a Saúde e ao Saneamento Básico. Núcleo de Pesquisa em Direito Sanitário da USP.NAP-DISA/USP.2007, 2007.

ALEXANDRE, R. Direito Tributário Esquematizado. Editora Método. 3ª ed. São Paulo. 2009.

ANDRADE, E. I. G.; SALLES DIAS FILHO, P. P. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L. V.; FLEURY, S. (Orgs.). Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, p. 160-172. (Coleção Pensar em Saúde), 2009.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO (ALESP). Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)Versão 2014. Disponível em: <<http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/index.php?prodCod=1>>, 2014.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL- FUNDAÇÃO ANFIP DE ESTUDOS DA SEGURIDADE SOCIAL. 2015. Disponível em: https://www.anfip.org.br/doc/publicacoes/20161013104353_Analise-da-Seguridade-Social-2015_13-10-2016_Analise-Seguridade-2015.pdf, 2015.

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.

BANCO CENTRAL DO BRASIL (BACEN). Dívida Pública. 2017. Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/pt-br/#!/n/DIVPUB>, 2017.

BAPTISTA, T. W. F.; VIANA, A. L. A. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

BARBOSA, F. H. (Coord.) et al. Federalismo fiscal, eficiência e equidade: Uma proposta de Reforma Tributária. Brasília: Fundação Getúlio Vargas, 1988.

BARBOSA, R. M. R. D. Os Tribunais de Contas e a moralidade administrativa. 1ª Ed. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2010.

BARBOSA, R. S. Desoneração tributária, renúncia fiscal e a saúde pública. 2015 Brasil Debate. [online] Disponível em: <http://brasildebate.com.br/desoneracao-tributaria-renuncia-fiscal-e-a-saude-publica/>, 2015.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Política de saúde pública no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, Texto para Discussão n. 401, 1996.

BEZZERRA FILHO, J. E. Orçamento Aplicado ao Setor Público – Abordagem Simples e Objetiva. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2013.

BLIACHERIENE, A. C. Análise do discurso do sujeito coletivo no caso da Judicialização da saúde. In: Seminário Unidas, 5, Brasília-DF, Anais do 5º Seminário Unidas – Autogestão em saúde, 2014.

BLIACHERIENE, A. C. Controle da eficiência do gasto orçamentário. 1ª Ed. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2016.

BLIACHERIENE, A. C.; RUBIM, T. F.; SANTOS, J. S. Delimitação do sentido normativo dos princípios doutrinários do direito à saúde como parâmetro mitigador da judicialização das políticas públicas de saúde. Fórum Municipal & Gestão das Cidades, v. 16, p. 5-17, 2016.

BONACIM, C. A. G.; ARAÚJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

da USP. Revista de Administração Pública – RAP, Rio de Janeiro, n. 44, v. 4, p. 903-931, Jul./Ago., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde com Transparência- Repasses Financeiros. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf> ,2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. (Lei Eloy Chaves). Coleção das Leis do Brasil, Rio de Janeiro, v. 1, p. 126, 1923.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 14.9.2000, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. EC/86 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, 17.03.2015, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.255, de 14 de Janeiro de 2016. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, 14.01.2016, 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.229, de 17 de Julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 17.07.1975, 1975.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 101, de 04 de Maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5.5.2000, 2000.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16.1.2012, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.465, de 12 de agosto de 2011. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2012 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15.8.2011, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20.9.1990, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31.12.1990, 1990.

BUCCI, M. P. D. Políticas Públicas e Direito Administrativo. Revista de informação legislativa, v. 34, n. 133, p. 89-98, jan./mar. 1997 | Revista Trimestral de Direito Público, n. 13, p. 134-144, 1996.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CANADA. Canada Health Act. Minister of Justice; 1985. Disponível em: <<http://laws.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>>, 1985.

CARVALHO, A. C. Vinculação de receitas públicas. São Paulo: QuartierLatin, 2010.

CATÃO, M. A. V. Regime Jurídico dos Incentivos Fiscais. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2004.

CAVALCANTE, R. Estudo Exploratório Acerca da Influência do Parcelamento de Débitos sobre a Arrecadação Tributária da União. Monografia Especialização em orçamento Público do Instituto Serzedello Corrêa – ISC/TCU, 2010.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do direito humano à saúde. Passo Fundo: CEAP, 2005.

COHEN, E.; FRANCO R. Avaliação de Projetos Sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993. ISBN 978-85-326-1057-7. 1993.

CONJUR. ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO CONSULTORIA JURÍDICA/MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2013. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Panorama-da-judicializa----o---2012---modificado-em-junho-de-2013.pdf>, 2013.

CONJUR. A Imunidade da CSLL Sobre as Receitas da Exportação. Março. 2008. PROCHALSKI, D. Disponível em: < https://www.conjur.com.br/2008-mar-04/imunidade_csll_receitas_exportacao >.

CONTI, J. M.; SCAFF, F. F.; BRAGA, C. E. F. (Coord.). Federalismo fiscal: questões contemporâneas. Florianópolis: Conceito Editorial, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2011 (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf>, 2011.

CONTI, J. M. Consultor Jurídico. Saúde não precisa só de dinheiro, mas de boa gestão. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2013-out-22/contas-vista-saude-nao-dinheiro-boaa-gestao>, 2013.

CUNHA, A. S. et al. Custo unitário do processo de execução fiscal na Justiça Federal. Brasília: Ipea; CNJ, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120103_comunicadoipea127.pdf>, 2011.

DEEPASK. Dados Informações-Para visualizar o ranking dos países pelo gasto público. 2017. Disponível em: <<http://www.deepask.com.br/goes?page=Veja-ranking-de-paises-pelo-gasto-per-capita-com-saude>>, 2017.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, S. M. (Orgs.). Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, Capítulo I, p. 5 – 23. 294 p, n. 149, 1995.

ÉPOCA NEGÓCIOS. Doutor Consulta – Disponível em: <<http://epocanegocios.globo.com/Caminhos-para-o-futuro/Saude/noticia/2016/09/drconsulta-uma-revolucao-no-setor-da-saude.html>>, 2016.

ERIKSON, R. Descripciones de la desigualdad: El enfoque sueco de la investigación sobre el bien estar. In: NUSSBAUN, M.; SEN, A. (Comp.) La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica: The United Nations University, 1998.

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.

FIGUEIREDO, M.; FIGUEIREDO, A. C. Avaliação Política e Avaliação de Políticas: Um quadro de referência teórica. Revista Fundação João Pinheiro: 108-129.1986. 1986.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: giovanella, L. et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 25-58. (PARTE I – Proteção Social, Políticas e Determinantes de Saúde), 2014.

FLEURY, S. Reforma da Previdência ignora 426 bilhões devidos por empresas ao INSS. Direito Tributário, [online], março 2017. Disponível em: <http://direitotributariodefensivo.blogspot.com.br/2017/03/empresas-brasileiras-devem-426-bilhoes.html>, 2017.

FORTES, P. A. C. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n. 1, p. 47-50, 2010.

FRENK, J. Leading the way towards universal health coverage: A call to action. The Lancet, New York, USA, October 16, 2014.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. (FUNASA). Cronologia Histórica da Saúde Pública. Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>, 2017.

GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. BDJur, Brasília, 24 mar. 2008. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=4182&n_link=revista_artigos_leitura, 2008.

GARRAFA, V.; FORTES, P. A. de C.; CARVALHO, R. R. P. A saúde suplementar em perspectiva bioética. Rev. Assoc. Med. Bras. [conectados]. 2013, vol.59, n.6, pp.600-606. ISSN 0104-4230 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.017>, 2013.

GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2014.

GUIMARÃES, R. P. Aterrizando uma Cometa: indicadores territoriales de sustentabilidad. Santiago do Chile: CEPAL/ILPES. Serie Investigación, Documento 18/98, LC/IP/G. 120, 1998.

HABER NETO, M. A tributação e o financiamento do direito à saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

HARADA, K. Incentivos a Exportação. RevistaFiscosoft.OnLine.Thomson Reuters. 2011. Artigo Federal 3051/2011. Disponível em: http://www.fiscosoft.com.br/main_online_frame.php?page=/index.php?PID=253105&key=UjVNVFE1T1RVeE5EVTJNVGsxTURZeE9UVXdoOakU1TIRBMU1BPT1INw, 2011.

ÍNDICE PAULISTA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL – IPRS 2014. O Estado dos Municípios. Disponível em: http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/iprs/primeiros_resultados.pdf >, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas de População. 2017. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=16985&t=destaques> >, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2017. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>., 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLIADA (IPEA). O financiamento do SUS: principais dilemas. 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>>, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Texto para discussão: financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/financiamento-publico-da-saude-uma-historia-a-procura-de-rumo.pdf>, 2013.

JESUS, I. B. Manual de direito tributário. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

JOHNSON, A. G. Dicionário de sociologia: guia prático da linguagem sociológica. Trad. Ruy Jungmannn. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: giovanella, Lígia et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 89-120. (PARTE I – Proteção Social, Políticas e Determinantes de Saúde), 2014.

LOVATO, L. G. Federalismo e federalismo fiscal: controvérsias sobre o sistema brasileiro de desenvolvimento regional. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1003, Março, 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8179/federalismo-e-federalismo-fiscal>, 2006.

MARTINS, I. G. S.; ELALI, A.; PEIXOTO, M. M. (Coords.). Incentivos fiscais, questões pontuais nas esferas federal, estadual e municipal. São Paulo: MP Ed., 2007.

MARTINS, M. G. Renúncia de receita como gasto tributário e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Revista Fórum de Direito Financeiro e Econômico – RFDFFE, Belo Horizonte, ano 2, n. 2, set. 2012/fev., 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MATUS, C. Política, planejamento, governo, 3ª. Edição. Brasília: IPEA, 1997

MEDRADO, R. G.; CRUZ, M. V. G.; MORAES, L. R., ROCHA, H. H. N. SOS SUS: Muita Justiça, pouca gestão? Estudo sobre a judicialização da Saúde. XXXVII Encontro da Anpad, Rio de Janeiro, 2013.

MEDICI, A. Comparações Internacionais sobre o Gasto em Saúde no Brasil. **Blog Monitor de Saúde**, 08 junho 2012. Disponível em: <<http://monitordesau.de.blogspot.com.br/2012/06/comparacoes-internacionais-sobre-o.html>>.

MENDES, A. Acesso a saúde pública sem financiamento. O Estado de São Paulo, São Paulo, 26 junho 2015. Disponível em: <http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,acesso-a-saude-publica-sem-financiamento--imp-,1713941>, 2015.

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

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Revista de Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017. Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>, 2017.

MORAIS, C.; MACEDO L.; BORGES R. O Resultado Arrecadatório do REFIS, do PAES e do PAEX e seu Impacto na Sensação de Risco Subjetivo pelos Devedores. Monografia do Curso de Administração Tributária da Escola de Administração Fazendária – ESAF, 2011.

MOURA, M. C. Mudanças na gestão dos sistemas de saúde – o modelo canadiano. J. Port. Gastreenterol., v. 13, p. 105-110, 2006.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 365-393. (PARTE II – Sistema de Saúde Brasileiro: História e Configuração Atual), 2014.

OCKÉ-REIS, C. O.; SANTOS, F. P. Mensuração dos gastos tributários em saúde – 2003-2006. Brasília: Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Texto para discussão Nº 1637, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS. Relatório Mundial da Saúde. 2010. Disponível em: < <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>>. 2011.

OLIVEIRA, R. F. Federalismo fiscal e pacto federativo. **Revista Tributária e de Finanças Públicas**, São Paulo, v. 61, p. 179-192, mar./abr., 2005.

PAES, N. L. Os Efeitos dos Parcelamentos sobre a Arrecadação Tributária -Estud. Econ., São Paulo, vol. 44, n.2, p. 323-350, abr.-jun., 2014.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, LÍGIA et al. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 459-492. (PARTE IV – Sistema Único de Saúde: Setores de atenção), 2014.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. L. C. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do SUS. Informe Epidemiológico do SUS, v. 5, p. 27-57, 1992.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, North American edition, v. 377, p. 11-31, 2011.

PEREIRA JÚNIOR, A. Evolução histórica da Previdência Social e os direitos fundamentais. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 707, 12 jun, 2005.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do Setor. Physis vol.18 no.4 Rio de Janeiro 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010373312008000400009>, 2008.

PINTO, E. G. 2017 Conjur. Inconstitucionalização do réquiem para o Orçamento da SeguridadeSocial. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2017-mar-28/contas-vista-inconstitucionalizacao-requiem-despesas-seguridade-social>, 2017.

PIOLA, S. F. Os gastos do sistema de saúde. Desafios do Desenvolvimento, IPEA, Ano 2, Edição 7, 1/2/2005. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=729:os-gastos-do-sistema-de-saude&catid=29:artigos-materias&Itemid=34, 2005.

PIOLA, S. F. Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para os Estados, Distrito Federal e Municípios: Os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012. Texto para discussão IPEA nº 2298, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7777/1/td_2298.pdf>, 2012.

PIOLA, S. F.; PAIVA, A. B.; SÁ, E. B.; SERVO, L. M. S. Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão IPEA nº 1846, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>, 2013.

PIOLA, S.F.; PORTO, S. M.; UGÁ, M. A. D. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FIORUZ, 2014.

PORTAL BRASIL. Saúde. SUS. 2009. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2009/12/sus>, 2009.

PORTAL DO GOVERNO. Relatório Resumido da Execução Orçamentária – Demonstrativo de aplicação de recursos na saúde. Disponível em: <https://portal.fazenda.sp.gov.br/acessoinformacao/Paginas/Relat%C3%B3rio-Resumido-da-Execu%C3%A7%C3%A3o-Or%C3%A7ament%C3%A1ria.aspx>, 2017.

PRAZERES, P. M. Dicionário de Termos de Qualidade. 1ª Ed. São Paulo: Atlas, 1996.

PROCURADORIA-GERAL DA FAZENDA NACIONAL (PGFN). PGFN em Números. Dados De 2016. 2017. Disponível em: <http://www.pgfn.fazenda.gov.br/arquivos-de-noticias/SUPLEMENTO%20DO%20BS%2033%20DE%2016%2008%202016.pdf>, 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO GLOBAL (PNUD). 2017a Abordagem de desenvolvimento humano olha para as oportunidades e

capacidades das pessoas. 2017a. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-desenvolvimento-humano.html>, 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO GLOBAL (PNUD). 2017b. Desenvolvimento Humano e IDH. <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>, 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO GLOBAL (PNUD). 2017c. O que é Desenvolvimento Humano. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-desenvolvimento-humano.html>, 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO GLOBAL (PNUD). 2017d. O que é IDH. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>, 2017.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira, A. C. (Org.). Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, p. 28-49, 2003.

SANTOS, A. O.; DELDUQUE, M. C.; ALVES, S. M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 32, v. 1, 2016.

SANTOS, C. H. M.; SCHETTINI, B. P.; VASCONCELOS, L.; AMBROSIO, E. L. A dinâmica dos Gastos com saúde e Educação Públicas no Brasil (2006-2015): impacto dos mínimos constitucionais e relação com a arrecadação tributária. Texto para discussão IPEA nº 2289, 2017.

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, R. C. C. Financiamento da Saúde Pública no Brasil. Belo Horizonte: Fórum, 2016. 206 p, 2016.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito do Consumidor**, n. 67, p. 125-172.2008, 2008. Disponível em: www.stf.jus.br/.../processoAudienciaPublicaSaude/.../O_direito_a_saude_, 2008.

SCAFF, F. F., Conjur, [online]. Dívida Pública atrasa ampliação de Direitos fundamentais e Investimento Público. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-jul-14/contas-vista-dru-direitos-sociais-pagamento-juros-divida>, 2015.

SCARPIN, J. E.; SARPIN, M. R. S. Relação entre Investimentos e Políticas Educacionais e a Renda per capita dos municípios dos Estados da Região Sul do Brasil: um estudo empírico. Enanpd 2006. Disponível em: < <http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsb-0572.pdf> >, 2006.

SEN, Amartya. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. p, 29, 2000.

SIQUEIRA, P. S. F. Judicialização em Saúde no estado de São Paulo. In Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção para Entender a Gestão do SUS 2015. Brasília, 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_29.pdf, 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS/ANS/MS – 2016 e População – IBGE/DATASUS/2012. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais> >, 2012.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL – STS – determina suspensão de processos sobre medicamentos. E agora?. Disponível em: <http://emporiododireito.com.br/stj-determina-suspensao-de-processos-sobre-medicamentos-e-agora-por-clenio-jair-schulze/>, 2017.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. 2015 Suspensão de Tutela Antecipada – STA 175. <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf>, 2015.

TCU. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Macroavaliação Governamental. Renúncia Fiscal. Brasília, [s/d]. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/comunidades/macroavaliacao-governamental/areas-de-atuacao/renuncia-de-receita/>, 2017.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf, 2011.

TEIXEIRA, J. M. de C.; et. al. Planejamento estratégico e operacional em saúde. In: GONÇALVES, Ernesto Lima. Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

THE WORLD BANK. Cobertura de Saúde Universal para inclusão e desenvolvimento sustentável. 2015. [online]. Disponível em: www.worldbank.org/, 2015.

THE WORLD WE WANT. A Million Voices: The world we want. 2017. Disponível em: <https://www.worldwewant2030.org/>, 2017.

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, 2014.

TOKARNIA, M. Planos de saúde perderam 766 mil usuários em 2015, diz instituto. EBC, 2016. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-03/planos-de-saude-perderam-766-mil-beneficiarios-em-2015-diz-instituto,2016>.

TORRES, H. G.; FERREIRA, M. P.; DINI, N. P. Indicadores sociais: por que construir indicadores como o IPRS. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 17, n. 3-

4, p. 80-90, jul.-dez., 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000300009>, 2003.

TORRES, H. T. 2014 Conjur. Federalismo cooperativo exige reformas políticae tributária no país. Disponível em <http://www.conjur.com.br/2014-ago-27/consultor-tributario-receita-promover-politicas-coerentes-economia>, 2014.

TORRES, M. D. F. Estado, democracia e administração pública no Brasil. 1ª Ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO(TCU). Manual de Auditoria Operacional. 3ª Ed, Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog), 2010.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. Relatório de Pesquisa – Projeto Economia da Saúde de Cooperação Técnica Brasil – Reino Unido, Rio de Janeiro, 2005.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. (a) Os Impactos do Novo Regime Fiscal Para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e Para Efetivação do Direito a Saúde no Brasil. Nota Técnica IPEA nº 28, p. 1 – 25, 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. (b) O Direito a Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas Sobre as Américas, v. 10, n. 3, p. 1- 28, 2016.

VIANNA, S. M. A seguridade Social, o Sistema Único de Saúde e a partilha dos recursos. Saúde e Sociedade, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992.

VIANA, S.M. et al. Projeto de Economia da Saúde – Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília: MS; Ipea, 2005. Mimeografado. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea_alta_complexidade.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).The Ottawa charter for health promotion.
Geneve: WHO, 1946. Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/>, 1946.