



Iniciativa Brasil Saúde Amanhã

**FINANCIAMENTO E CONSUMO DE SAÚDE NO BRASIL:
CONCENTRADO E HETEROGÊNEO**

Relatório de Pesquisa

Lucas Di Candia
Fernando Gaiger Silveira

Reprodução permitida, citar fonte:
Projeto Brasil Saúde Amanhã /Fiocruz.
Disponível em saudeamanha.fiocruz.br

Junho 2023

Relatórios de pesquisa- Expediente

Fundação Oswaldo Cruz

Ministra da Saúde
Nísia Trindade Lima

Presidente
Mario Santos Moreira

Diretor Executivo
Juliano de Carvalho Lima

Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde
Hermano Albuquerque de Castro

Vice-presidente de Educação, Informação e Comunicação
Cristiani Vieira Machado

Vice-presidente de Pesquisa e Coleções Biológicas
Maria de Lourdes Aguiar Oliveira

Vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde
Marco Aurelio Krieger

Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030

Coordenador
Paulo Gadelha

Iniciativa Brasil Saúde Amanhã

Coordenador adjunto
José Carvalho de Noronha

Coordenador executivo
Leonardo Castro

Coordenadora editorial
Suelen Carlos de Oliveira

Revisão
Ingrid Basto Szklo
Vivian Barros Volotão Santos

Diagramação
Ronieri Gomes

Autores

Lucas Di Candia

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal Fluminense (2014), Mestre (2016) e Doutor (2021) em Economia pela Universidade Federal Fluminense. Atualmente é professor na pós-graduação em Direito Empresarial da UERJ e consultor socioeconômico no Núcleo de Políticas Públicas da Fundação Perseu Abramo.

Fernando Gaiger Silveira

Graduação em Engenharia Agrônoma pela Universidade de São Paulo (1986), Doutor em Economia pela Universidade Estadual de Campinas (2008). Atualmente é Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/RJ (IPEA) e Professor do Centro Universitário Unieuro/DF.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Gastos em saúde segundo regimes de financiamento – Brasil, 2015 a 2019.	15
Tabela 2- Participação dos regimes de financiamento (HF) nos gastos com funções de cuidados de saúde (HC) – Brasil, 2019.....	17
Tabela 3 - Rendas total e monetária, saldo orçamentário monetário e despesas monetárias com consumo, saúde, medicamentos e planos, segundo décimos de renda monetária familiar <i>per capita</i> . Brasil, 2017/18.....	21
Tabela 4 - Coeficientes de concentração e medidas de progressividade das rubricas de despesas com consumo. Brasil, 2017/18.....	26
Tabela 5 - Coeficientes de concentração e medidas de progressividade das rubricas de despesas com saúde. Brasil, 2017/18.....	28
Tabela 6 - Estrutura das receitas públicas empregadas em ASPS. Brasil, 2017.....	42
Tabela 7 – Renda total mensal familiar <i>per capita</i> e incidência dos tributos indiretos e diretos sobre a renda, segundo décimos de renda familiar <i>per capita</i> – Brasil, 2017/18.	44
Tabela 8 – Estrutura de distribuição dos tributos diretos e indiretos e estimativa de distribuição do ônus do financiamento de R\$ 100, por décimos de renda familiar <i>per capita</i> – Brasil, 2017/18.....	45
Tabela 9 – Categorias da conta SHA, número de atendimentos capturados pela PNS e valor médio por atendimento no SUS.....	48
Tabela 10 – Renda monetária e gasto SUS – total, ambulatorial e internações – mensais familiar <i>per capita</i> , por décimos de renda domiciliar <i>per capita</i> . Brasil, 2019.....	49
Tabela 11 – Comparação entre os valores mensais <i>per capita</i> estimados por meio POF e PNS e os da Conta SHA.....	51
Tabela 12 – Renda e gasto em saúde monetários (POF), valor estimado de financiamento do gasto público (POF) e renda monetária e gasto público (PNS e SHA) por décimos de renda familiar/domiciliar <i>per capita</i> . Brasil, 2017/18 e 2019.....	52
Tabela 13 – Participação na renda do gasto privado em saúde, do financiamento à saúde pública e do gasto público de saúde por décimos de renda domiciliar/familiar <i>per capita</i> . Brasil, 2017/18-2019.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação dos gastos monetários em saúde nas despesas monetárias de consumo e na renda monetária, segundo décimos de renda familiar <i>per capita</i> . Brasil, 2017/18.....	22
Gráfico 2 - Composição do gasto monetário em saúde, segundo as principais rubricas de despesa, por décimo de renda monetária familiar <i>per capita</i> . Brasil, 2017/18.....	23
Gráfico 3 - Estrutura de distribuição da renda, das despesas totais e em consumo e dos gastos com saúde, medicamentos e planos de saúde monetários, segundo estratos selecionados de renda familiar <i>per capita</i> . Brasil, 2017/18.....	24
Gráfico 4 – Estrutura de distribuição da renda inicial, final, do gasto SUS e das populações afiliadas à planos de saúde e, chefiadas por mulheres e negros, segundo quintos de renda domiciliar <i>per capita</i> . Brasil, 2019.....	50
Gráfico 5 – Participação da população afiliada a planos de saúde e do gasto SUS (imputado) na renda, segundos quintos de renda domiciliar <i>per capita</i> . Brasil, 2019....	54

LISTA DE SIGLAS

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

ASPS: Ações e Serviços Públicos de Saúde

CMAF: Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas

CSLL: Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

FPE: Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal

FPM: Fundo de Participação dos Municípios

ICMS: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

HSA: Health Satellite Accounts

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRPF: Imposto de Renda da Pessoa Física

IRPJ: Imposto de Renda da Pessoa Jurídica

MS: Ministério da Saúde

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PIS: Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público

COFINS: Contribuição para Financiamento da Seguridade Social

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

POF: Pesquisa de Orçamento Familiar

SECAP: Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria

SHA: System of Health Accounts

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais

SUS: Sistema Único de Saúde

SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

UNAFISCO: Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil

1. INTRODUÇÃO	9
2. O “SISTEMA” DE SAÚDE BRASILEIRO:	
FINANCIAMENTO E CONSUMO	13
2.1 GASTOS EM SAÚDE: PARTICIPAÇÃO NO PRODUTO TOTAL	16
2.2 REGIMES DE FINANCIAMENTO E TIPOS DE GASTOS	19
2.3 GASTO PRIVADO EM ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	24
2.3.1. PERFIL DOS GASTOS EM SAÚDE DAS FAMÍLIAS	24
2.3.2. CONCENTRAÇÃO DOS GASTOS EM SAÚDE DAS FAMÍLIAS	30
2.3.3. O GASTO COM MEDICAMENTOS E A IMPORTÂNCIA DO GASTO PÚBLICO	36
2.3.4 O GASTO COM PLANOS DA SAÚDE	38
2.4 GASTOS TRIBUTÁRIOS: APONTAMENTOS E SOLUÇÕES	40
2.5. GASTO PÚBLICO EM ATENÇÃO À SAÚDE: QUEM FINANCIA E QUEM CONSUME	45
2.5.1 FINANCIAMENTO	47
2.5.2 GASTO PÚBLICO EM SAÚDE: QUEM CONSUME	55
2.6 GASTO PRIVADO E PÚBLICO: COMO SE DISTRIBUI O GASTO E SEU FINANCIAMENTO	62
3 PÚBLICO E PRIVADO NA SAÚDE: PREFERÊNCIA, ESTÍMULO E DISPUTA POR RECURSOS	67
3.1 PREFERÊNCIA CRÔNICA (E FOMENTADA) POR SAÚDE PRIVADA	67
3.2 O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE BRASILEIRA: CONTRAPOSTOS OU INDISSOCIÁVEIS?	72
4 À GUIA DE CONCLUSÕES E ENCAMINHAMENTOS PARA DISCUSSÃO FUTURA	80
REFERÊNCIAS	88

1. INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira, de maneira geral, tem alçado uma busca mais assídua por atenção à saúde, em detrimento de só buscá-la em momentos agudos do adoecimento – que inescapavelmente ainda são o motivo mais comum de acesso aos hospitais/unidades de emergência. Deste modo, a “demanda por saúde” é um elemento crescente, representado em um forte e contínuo aumento na participação do consumo de saúde no produto total da economia nas últimas décadas, como detalhado mais adiante. Esse processo tem sido abrangente, englobando tanto a saúde pública, quanto a privada, de modo a exigir um exame mais acurado para a compreensão do atual estágio dos serviços de saúde no país, e para busca de formas plausíveis para dirimir a segmentação do setor, democratizando o acesso e o uso dos cuidados de saúde com o maior grau de qualidade possível para todos os brasileiros.

É nesse espaço de discussão analítica e propositiva que introduzimos esta pesquisa. A ideia, aqui, é contribuir para o debate sobre a demanda por assistência à saúde no país, com uma espécie de balanço ou inventário abrangente do acesso e do pagamento por ações e serviços no setor. Ou ainda, mais especificamente: quem ou quais grupos que mais pagam – via impostos ou privadamente – e qual grupo da população mais consome – pelo SUS ou por planos/desembolsos diretos – os atendimentos de emergência, as consultas, a aquisição de medicamentos, além das cirurgias e dos tratamentos gerais de saúde no Brasil? Mais do que isso, busca-se compreender de maneira geral com que disponibilidade e qualidade os serviços de saúde são consumidos pelos diferentes grupos ao longo da pirâmide de rendimentos e como esse quadro vem se alterando com o passar do tempo. Essas configuram, em síntese geral, as questões que nortearão boa parte deste trabalho, ainda que, ao final, saibamos não haver uma resposta pronta e definitiva para elas, dado o nível de profundidade e amplitude que detêm. Visa-se, então, trazer à tona e encorpar ainda mais o debate em torno dessas questões e suas naturais decorrências em proposição de políticas públicas (investimentos, tributação, regulação da saúde suplementar, melhoramentos no SUS e outros programas sociais da área etc.).

O momento atual atravessado pelo Brasil propicia ainda mais atenção ao exame da Saúde em sua discussão de acesso, segmentação e atuação do Estado. Isto porque

acabamos de passar, ainda não de forma definitiva, pela pandemia da Covid-19, que expôs a olho nu a acentuada desigualdade no acesso a tratamentos e recursos de qualidade dentre os diferentes grupos em nível de renda, e as diferentes regiões do país. Estudos como o da Oxfam (2022), Orellana *et al.* (2021) e Oliveira *et al.* (2020), dentre muitos outros, mostraram como a pandemia impactou de maneira desigual os diferentes grupos populacionais, sendo muito mais severa e letal para com os indivíduos (e as regiões) mais pobres, para as mulheres e os negros. A catástrofe pandêmica serviu para reafirmar que a saúde é um bem meritório e público por excelência, devendo ser tratado como tal, e nunca deixado integralmente ao bel prazer de interesses mercadológicos naturalmente concentradores.

Por outro lado, avizinha-se um momento de alguma esperança para a Saúde Pública brasileira, devido ao fim de um governo de caráter abertamente negacionista e privatizante, dando lugar ao retorno de uma gestão que, ao menos, representa a direção de um Estado mais forte, investidor e cuidadoso com a ‘coisa pública’ no aspecto discursivo-ideológico e, espera-se, também em ações práticas. Se ocorrerão os ganhos esperados no acesso à saúde, só o futuro poderá atestar, mas a indicação para os cargos de liderança do Ministério da Saúde, de profissionais técnicos e políticos com essa linha de pensamento e experiência de atuação pública, representa um indício inescapável de que o caminho volta a soar promissor.

Ao longo do texto, ressalta-se diversas vezes a importância e a pujança do Sistema Único de Saúde para o atendimento de saúde no Brasil. O SUS está consolidado como um dos maiores sistemas de saúde do mundo, sendo o único de caráter integral e universal, estrutura federativa e financiamento via tributação geral, que apresenta mais de 100 milhões de beneficiários recorrentes (Silveira & Gaiger, 2021). Ainda assim, com este sistema de saúde público pujante e formalmente calcado na universalidade, o caso brasileiro é *sui generis* por ter um setor privado de atenção à saúde historicamente expressivo, que não apenas suplementa a saúde pública, mas concorre com ela, tanto em termos de beneficiários, como de recursos financeiros – visto que o Estado destina ao setor privado parte dos recursos que poderiam ir para o sistema único, via subsídios, gastos tributários, organizações sociais, perdões e refinanciamentos de dívidas em impostos etc.

No decorrer da pesquisa, serão examinados de forma mais atenta os gastos do governo na área da saúde e principalmente as bases de financiamento desse gasto, avaliando criticamente sua dinâmica de distribuição e tendência. Nesta linha, mostraremos que o quadro crônico de subfinanciamento do SUS não só está consolidado como obstáculo decisivo à implementação da universalidade de fato na saúde, como se aprofunda cada vez mais, sobretudo após as mudanças no regramento fiscal entre 2015-2016 (Viacava *et al.*, 2018; (Rache *et al.*, 2021). Ainda com relação ao financiamento, terá exposição destacada a composição das bases de financiamento por tributos gerais, enfatizando as divisões por estratos de rendimento e a consequente progressividade/regressividade observada na estrutura de financiamento da saúde pública no Brasil – em contraponto à estrutura dos gastos estatais em saúde, estes sim, marcadamente progressivos (Silveira & Gaiger, 2021).

Discute-se também, ao longo do texto, a crescente participação privada no total dos gastos em saúde, em flagrante contraste com os principais países do mundo, onde o gasto público é dominante no setor. Em dados concretos, o Brasil apresenta um nível de gasto público *per capita* com saúde robusto, superior a quase todos os países latino-americanos e até a alguns países de renda média-alta que não possuem sistemas universais de Saúde – apesar de apresentar um patamar inferior a alguns países vizinhos, como Argentina e Chile. Os países que possuem sistema universal apresentam patamares bem superiores ao brasileiro nos gastos *per capita* em Saúde, como o Reino Unido (quase seis vezes mais alto); Espanha (quase quatro vezes mais alto) e Portugal (três vezes mais alto) (Vieira, Piola & Benevides, 2019). Com algumas idas e vindas, esse valor *per capita* tem crescido no Brasil sistematicamente desde 2000 (3% de crescimento médio/ano entre 2001-2019, segundo dados do SIOPS-Ministério da Saúde). Ainda assim, a participação desse dispêndio público diante do total despendido em saúde segue flutuando abaixo dos principais parâmetros internacionais – assemelhando-se aos índices dos países de renda média-baixa e baixa. (Mendes, 2017; IPEA, 2022; IBGE, 2022). Os recursos públicos destinados à saúde têm se mostrado, sobretudo, insuficientes para corresponder a um sistema que se propõe integral e universal, com significativas alterações de perfil demográfico e epidemiológico, além de uma expectativa de consumo de serviços médicos cada vez mais alta e da crise

econômica recente, que tende a aumentar a parcela da população dependente exclusivamente do SUS.

Ao longo da pesquisa, para além do total dos gastos privados e públicos em si, buscaremos destrinchar a sua composição e as consequências que dela decorrem. Nesse ponto, dar-se-á especial atenção aos ‘gastos tributários’ concernentes ao setor de saúde, principalmente as deduções médicas no imposto de renda, atentando para sua amplitude, sua distribuição, suas projeções e suas proposições para melhoria em termos de eficiência e equidade. A virtual dominância do gasto privado ante o público também se reflete na regressividade do gasto-saúde como um todo, visto que o gasto das famílias em saúde reproduz o caráter concentrador da renda geral, enquanto o gasto público em saúde se mostra levemente progressivo e logo com algum grau de redistribuição da renda. O perfil concentrador das renúncias fiscais por motivo saúde no Brasil, naturalmente, colabora para este quadro, conforme será visto adiante (Silveira & Gaiger, 2021; Ocké-Reis, 2019).

A despeito da criação de um robusto arcabouço institucional e legal, com uma ampla estrutura física de atendimento público em saúde, consubstanciados no SUS e em seus programas (Médicos da Família, Farmácia Popular etc.), e reconhecidos os inegáveis progressos trazidos por essa estrutura em termos de capilaridade no acesso à saúde no país, não ainda não se conseguiu alavancar de maneira permanente o gasto público a um patamar condizente com a manutenção dessa institucionalidade e os avanços que se mostram necessários. Ao longo do texto exploramos algumas das principais dificuldades para esse alcance, como o financiamento instável econômica e politicamente, o tratamento regulatório e fiscal “dócil” com os componentes privados do sistema (saúde suplementar; deduções médicas; escalada de importância das organizações sociais etc.); e no que talvez seja o ponto mais importante e difícil de lidar: valores alimentados pelas elites sobre o imaginário da sociedade média, de que a saúde pública é ruim e para pobres, de modo que acessar os serviços públicos mercantilizados – ou ter um emprego que lhe garanta esse benefício – tenha se constituído no grande objetivo ao se tratar de atenção à saúde, refletindo um sinal da mobilidade social desejada.

Traçado o contexto e os objetivos do trabalho, para cobri-los da melhor forma organizamos o desenvolvimento do texto em duas grandes seções – e várias subseções –

além desta, de caráter introdutório, e uma seção de considerações finais e apontamentos para discussão futura, ao fim da publicação. Na seção 2, será apresentado e discutido como se comporta o “mix público-privado” nos gastos e no financiamento da saúde no Brasil, destacando a composição dos gastos do governo e das famílias, os dispêndios crescentes em medicamentos e convênios, comparações com outros países etc., com a finalidade de captar o atual estágio da segmentação da cobertura e do acesso à saúde no país. Na seção 3 são trazidas informações e discussões sobre o crescente processo de mercantilização da saúde no país, abordando o papel das Organizações Sociais e a questão da “demonização” da saúde pública e da valorização dos serviços de saúde privada, estimulado pelas elites e pela grande mídia no imaginário da população. Por fim, são expostas algumas considerações de caráter conclusivo e a proposição sugestiva de alguns pontos para o debate e para políticas públicas vindouras.

2. O “SISTEMA” DE SAÚDE BRASILEIRO: FINANCIAMENTO E CONSUMO

O Brasil se caracteriza, em seu Sistema de Saúde, por um modelo dual, no qual coexistem, em magnitude praticamente semelhante, um sistema público e um sistema privado com características diferentes de acesso, financiamento e produção de serviços. Como indicativo deste fator, vemos que enquanto o orçamento autorizado para o SUS no ano de 2020 foi de R\$ 198 bilhões, a receita total de contraprestações das operadoras de saúde privada chegou a R\$ 208 bilhões no mesmo ano, evidenciando que os dois subsistemas tratam de valores muito próximos.¹

Essa formulação imbricada entre público e privado no consumo de saúde está presente desde a consolidação do atual sistema em fins de 1980/início de 1990, quando se dá a criação de um amplo aparato de cuidados à saúde fornecidos diretamente pelo Estado (SUS) e, em paralelo, mantém-se a iniciativa privada da área de saúde – à época já vigente e atuante – como um elemento forte do sistema, inclusive tendo o seu

¹ Valores extraídos do “Painel do Orçamento Federal (SIOP)” e do “Relatório Anual de Atividades: Exercício 2020 da Agência Nacional de Saúde Suplementar: Rio de Janeiro - Brasil, 2021”, respectivamente. Vale ressaltar ainda que o orçamento público da saúde em 2020 esteve “inchado” pelas políticas de combate ao Coronavírus, resultando em acréscimo de quase R\$ 64 bilhões sobre a dotação de R\$ 134 bilhões originalmente prevista na lei orçamentária. Logo, resta claro que em anos “normais” a diferença em valores *per capita* entre o sistema SUS e o sistema de Saúde Suplementar ainda é grande.

crescimento ainda mais estimulado, via incentivos, isenções e gastos tributários. Na prática, a universalização do acesso à saúde no Brasil veio em paralelo ao incremento no apoio estatal do consumo da saúde como um bem privado.

Algumas questões que afetam negativamente a oferta pública de saúde no país emergem dessa configuração. Uma delas, praticamente consensual entre estudos da área, é o subfinanciamento crônico do SUS² (Marques *et al.*, 2016; Monteiro, 2018; Piola *et al.*, 2013; Viacava *et al.*, 2018). O subfinanciamento da saúde pública no Brasil já é uma realidade aceita mesmo dentre os estudos econômicos alinhados à pauta neoliberal, como corroboram Rache *et al.* (2021, p.1), para os quais a pandemia encontrou no país, e especificamente no SUS, um cenário “caracterizado pelo baixo nível de recursos públicos investidos, o subfinanciamento do sistema público de saúde que se agravou a partir de 2016 pelo efeito de políticas de austeridade fiscal que restringiram o crescimento de receitas para o setor”.

Nos últimos anos, sobretudo a partir do golpe institucional de 2016 e em meio à escalada de austeridade fiscal consubstanciada na “Emenda do Teto de Gastos” e no ultraliberalismo emulado pelo ministro da economia Paulo Guedes, encaminhamo-nos para um quadro ainda mais perverso do que o subfinanciamento do SUS: o do “desfinanciamento” da nossa principal instituição de saúde pública, uma vez que a evolução dos valores repassados para o funcionamento do SUS sequer é capaz de cobrir os efeitos da inflação nos últimos anos, conforme mostraremos adiante em maior detalhamento de dados.

O quadro de financiamento insuficiente da saúde pública brasileira não se pode explicar apenas pelos desdobramentos do mencionado golpe em 2016, tampouco pela ofensiva conservadora da gestão bolsonarista, pois está presente há pelo menos três décadas, desde a consolidação do SUS – apesar de ser notória a intensificação nos tempos recentes. Explica-se, então, por uma fragilidade congênita do financiamento do sistema público de saúde: insuficiência de recursos destinados ao setor, disputa de

² Para uma ilustração deste subfinanciamento crônico: o art. 55 das *Disposições Constitucionais Transitórias* da Constituição garante 30% dos recursos da Seguridade Social para a área da saúde, mas isso não se verifica. Em 2019, o Orçamento da Seguridade Social era de R\$ 750,1 bilhões, de modo que os 30% à saúde corresponderiam à R\$ 225 bilhões, mas a dotação da pasta foi de R\$ 122,3 bilhões. Em média, de 2016 a 2020 as despesas empenhadas pelo Ministério da Saúde foram de apenas 16% do orçamento da Seguridade Social, contra os 30% constitucionalmente assegurados (dados do *Portal da Transparência* e de Funcia; Ocké-Reis e Benevides, 2020).

recursos públicos com o segmento privado e indefinição de fontes próprias de recursos para a área. Soma-se a isso o comportamento social e econômico da população perante a oferta privada, considerando-a, por um lado, sinônimo de mobilidade social e, por outro, um bem de luxo. Tal quadro é alimentado pelo discurso dominante de baixa qualidade da oferta pública, decorrente, especialmente, da ineficiência do setor público em atender a população. Há a noção de que o segmento privado oferta melhores serviços e que o caminho para o consumo de saúde satisfatório passa por se ter rendimentos suficientes para a aquisição de um seguro.

De uma forma geral, entende-se que há, no Brasil, devido ao modelo implementado, uma evasão muito grande de recursos públicos para o sistema privado, ensejando prejuízo direto à oferta pública de saúde. Outra questão seria a falta de um apoio socioinstitucional ao SUS, cujo atendimento é constantemente deteriorado via opinião pública, mídia, políticos etc., cristalizando um mote de superestimação da qualidade dos serviços privados de saúde. Dissecaremos um pouco dessas questões, tratando diretamente do financiamento e do consumo da saúde no Brasil (quem mais “paga” pelo serviço, quem mais consome, qual região ou estrato de renda mais se beneficia/consome). A identificação dos reais “beneficiários” e “pagadores” dos gastos e políticas públicas, principalmente na área social, vêm suscitando debates cada vez mais destacados como estratégia de atenuação da pobreza e combate à escalada de desigualdade. Os variados aspectos dessa discussão, no entanto, são polêmicos, e se potencializam quando o benefício recebido pela sociedade é um bem, um serviço ou uma isenção tributária, e não uma transferência monetária direta.

Nesse último caso (transferência monetária simples), quantifica-se o impacto distributivo de forma mais direta, dado que basta somar este benefício com os outros rendimentos e calcular uma “nova” distribuição da renda, além de mensurar o impacto direto sobre a quantidade de famílias pobres. No caso dos benefícios que não são transferências diretas, este cálculo é mais difícil (e discutível) pois é preciso envolver parâmetros diferentes como o custo da oferta, a qualidade do serviço, a distribuição das isenções, a disposição a pagar pelo beneficiário etc. E, neste ponto, encontra-se justamente a dificuldade a se enfrentar e discutir no caso da assistência à saúde.

Dado este contexto e o nosso objetivo central, que é chegar a um balanço de quem realmente “paga e consome” saúde no Brasil, vamos explorar o perfil distributivo

do gasto público, de seu financiamento e do gasto privado na área da saúde, considerando as variadas possibilidades oferecidas pelos dados da POF 2017-2018, PNS 2019, Conta SHA, Conta-Satélite da Saúde do IBGE e registros do Ministério da Saúde, dentre outros dados oficiais, análises e artigos produzidos por outros autores que têm se embrenhado nessa discussão, apresentando ao leitor múltiplas perspectivas de análise até chegarmos a um apontamento mais conclusivo no fim deste balanço.

2.1. Gastos em Saúde: participação no produto total

Observam-se dois fenômenos em paralelo nos gastos em saúde no Brasil: eles vêm crescendo ano a ano, tanto em valores absolutos, quanto em valores proporcionais ao produto total (PIB); e os gastos privados tomam cada vez mais o espaço dos gastos públicos em relação ao total despendido em cuidados com a saúde no país. Do total de despesas com o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil em 2019, equivalente a 9,6% do PIB, 5,7% eram gastos privados e 3,9% eram referentes a gastos públicos, segundo dados da Conta-Satélite de Saúde 2010-2019 (IBGE, 2022).

Para efeito de comparação, com dados de Mendes (2017), temos que estes valores eram de 2,8%/PIB (gasto público) e 1,4%/PIB (privado), em 1993, e, em 2015, saltaram para 5,2% (gasto privado/PIB) e um gasto público de 3,9% do produto total – o que mostra que este último índice vem se mantendo estável nas últimas décadas. Com estes dados, vemos que apenas 33,3% das despesas totais com bens e serviços de saúde eram de origem privada em 1993, com esse índice evoluindo para 57,1% em 2015 e chegando a 60,4% em 2019, com tendência de aumento para os anos seguintes³. Na esteira dessa discussão, cumpre lembrar que o Brasil é signatário de um acordo firmado junto à Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que designa que todos os países da região devem alcançar um investimento público em saúde equivalente a 6% do produto até 2027, fazendo com que o novo governo empossado em 2023 tenha de

³ Em 2020, a proporção do gasto público sobre o total das despesas em saúde reverteu a tendência de queda que vinha desde 2010, chegando ao patamar de 46%. Porém, este fato parece estar mais ligado aos gastos extraordinários do governo no combate à pandemia, do que propriamente a uma reversão do modelo.

umentar, em média, 1% ao ano nos gastos públicos em saúde para cumprir a meta estipulada no acordo⁴.

Numa breve comparação com a estrutura atual dos gastos em saúde de outros países, temos que, em 2019, considerando os países da OCDE, os gastos totais com saúde no Brasil como proporção do PIB são semelhantes à média daquele grupo (8,8%), ainda que estejam abaixo de alguns locais como Alemanha (11,7%), França (11,1%) e Reino Unido, com 10,2% (IBGE, 2022).

Em relação à composição, ainda considerando a média dentro da OCDE, os gastos públicos com assistência à saúde representaram 6,1% do PIB, enquanto os privados respondiam por valores na casa de 2,1% do produto total. Nos países de alta renda com sistemas universais e de tributação geral, como Suécia, Reino Unido, Espanha, Canadá e Austrália, o financiamento público responde por algo entre 70 e 85% do gasto em saúde, portanto, bem mais do que os atuais 40% aproximados do Brasil nesse quesito. Em nível semelhante, estão também aquelas nações cujo financiamento tem como principal pilar o seguro social, casos da Alemanha, do Japão e da França, com participação dos gastos públicos superior a 70% do total despendido em saúde. Nos Estados Unidos, onde a oferta de saúde privada é historicamente predominante em relação à pública, 50% da composição do financiamento dos gastos em saúde vêm de fontes públicas e os outros 50% de fontes privadas, em dados do ano de 2019 (IBGE, 2022).

Retomando ainda a comparação direta com o grupo de países da OCDE, apenas o México registra uma razão de gasto público/PIB inferior à brasileira (2,7% por lá, contra 3,9% aqui). Entre os países com característica de sistema de saúde universal, o Brasil é o único no qual os gastos privados superam proporcionalmente os gastos públicos com saúde – apesar de o SUS atender uma parte maior da população do que qualquer outro sistema análogo no mundo. Por fim, na comparação direta com países em desenvolvimento, latino-americanos e BRICs, o Brasil tem um patamar de gasto privado sobre o total da saúde inferior apenas ao da Índia, onde esse índice ultrapassa os 70%. Mesmo em países que visivelmente possuem estrutura e atendimento de saúde pública

⁴ O acordo mencionado está em um memorando de cooperação técnica firmado entre o Brasil e a OPAS em 2022, e intitulado: “Estratégia de Cooperação do País 2022-2027 – Brasil”. O documento completo está disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56315>.

incomparáveis com os brasileiros, como o Chile, a participação do financiamento público no total da saúde é superior à nossa, chegando a 60% naquele país, em 2018.⁵

Alguns elementos podem ajudar a explicar estas variações. Um deles, senão o principal, é o conjunto de regras fiscais rígidas que vêm se acumulando no Brasil desde o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). As regras que exigem elevados superávits primários, a Lei de Responsabilidade Fiscal, somadas à Regra de Ouro e à mais recente Emenda Constitucional 95 (EC 95) (“regra do teto de gastos”) produzem um forte impacto negativo sobre o SUS, restringindo seu financiamento aos níveis mínimos constitucionalmente inquiridos. Não à toa, o Executivo envia sistematicamente – pelo menos desde 2010 – a proposta orçamentária da saúde em torno do “piso constitucional”⁶. Dweck, Moretti & De Melo (2021) alertam que as regras fiscais vigentes têm efeitos estruturais sobre a economia e a sociedade, pois ignoram os impactos potenciais das despesas, não apenas em termos sociais, mas também econômicos (balança comercial, indução do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, geração de empregos, renda e tecnologia etc.), e acabam inviabilizando gastos que poderiam ter impacto positivo sobre a dinâmica econômica, gerando impostos e contribuindo no equilíbrio das contas públicas.

Outro elemento a ser ressaltado nessa preponderância cada vez maior do gasto privado sobre o público não é exatamente novo, mas também tem importância no contexto. Falamos da própria convivência do sistema de saúde brasileiro com um setor privado robusto e competitivo – que, como já citado, existia antes mesmo da Constituição Federal de 1988 (CF 88) e do SUS. Esta presença forte implicou sempre num baixo engajamento dos políticos e da sociedade em geral com a construção de um sistema de saúde público realmente universal no Brasil. Pairou, desde sempre, e se acentuou sobremaneira ao longo da escalada liberal-conservadora recente, a construção

⁵ Os dados desse trecho foram extraídos de “*WHO (World Health Organization) - Global Health Expenditure Database (GHED)*”, disponível em < <https://apps.who.int/nha/database> >; e, também, do portal “*OECD Stats*”, disponível em < stats.oecd.org >

⁶ Segundo dados do Tribunal de Contas da União (<https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html>), o valor mínimo constitucionalmente garantido para gastos em ações e serviços públicos de Saúde (ASPS) em 2020 era de R\$ 121,2 bilhões, e foram empenhados pelo governo R\$ 160,9 bilhões. No total, mesmo em contexto pandêmico, as despesas ficaram em R\$ 165 bilhões, valor não muito distante do mínimo garantido por lei. Entre 2010 e 2015, o mínimo constitucional em ASPS foi cumprido praticamente à risca com as despesas empenhadas superando muito ligeiramente este mínimo. A partir de 2016, na vigência das novas regras fiscais, se vê uma folga um pouco maior entre o mínimo e o realizado em assistência à saúde.

do ideal de que o “privado é melhor do que o público”, fortemente corroborado e veiculado em massa pela mídia tradicional, resultando num desejo cada vez maior da sociedade por obter cuidados de saúde privados.

No Brasil, governos incentivam o mercado privado da saúde pela via das renúncias fiscais e dos estímulos financeiros para a adesão do funcionalismo público aos seguros privados; sindicatos exigem das empresas garantia de planos de saúde aos funcionários; políticos das mais altas cortes ignoram o sistema público quando necessitam de atendimento para si ou seus familiares e a depreciação do SUS é constantemente encampada pela mídia hegemônica. Toda esta conjunção de fatores ocorre desde a consolidação do atual sistema público de saúde, na virada de 1980 para 1990, passando por governos de diferentes matizes, e pouco se alterando. Contudo, inegavelmente, no bojo dessa escalada conservadora recente, o quadro se acentua ainda mais e o SUS se vê cada vez mais subfinanciado, enquanto os gastos em saúde privada estão progressivamente mais carregados.

2.2. Regimes de financiamento e tipos de gastos

Em 2022, o Brasil publicou a primeira versão da sua conta de saúde mais completa, cobrindo gastos públicos, gastos privados intermediados por planos e desembolsos privados diretos do bolso, utilizando a metodologia do *System of Health Accounts* (SHA) da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e englobando dados do período 2015-2019. Antes disso, outras contas de saúde amplas também eram publicadas regularmente, as chamadas Contas-Satélites de Saúde do Brasil, adaptando metodologia da Organização das Nações Unidas (ONU) para as contas nacionais, e ainda uma Conta já utilizando a metodologia *SHA* – mas que até então cobria apenas o Sistema Único de Saúde, como o caso em Brasil (2018). Cumpre notar que não há aqui uma preponderância de determinada metodologia em relação à outra, do modelo da conta SHA sobre a Conta-Satélite, tampouco o contrário. O que há são metodologias que se complementam e possibilitam a apreensão de um quadro mais amplo e detalhado a respeito do gasto e do financiamento da saúde no Brasil.

Nos anos 1980/1990, portanto, antes da institucionalização dessas metodologias, era difícil obter dados mais detalhados ou sistemáticos sobre o consumo, o financiamento e a distribuição dos serviços de saúde públicos e privados no país, visto que não havia qualquer periodicidade ou consistência temporal nas publicações existentes, ou uma conta de saúde específica, tampouco um sistema ou base de dados de saúde mais abrangente. Para ilustrar esta dificuldade: duas fontes essenciais destes dados atualmente, que são a ANS e o SIOPS, foram criados apenas em 1998 e 2000, respectivamente.

Voltando a essa nova e mais ampla metodologia mencionada, *System of Health Accounts* ou Conta SHA (IPEA, 2022), temos que os regimes de financiamento “correspondem às modalidades de cobertura de saúde de distintos grupos populacionais e, em linhas gerais, incluem: regimes governamentais e contributivos públicos, ou HF 1; regimes baseados em pré-pagamentos voluntários privados (HF 2); e regimes de pagamento direto do bolso das famílias, HF 3. De outra parte, são apresentados também o consumo segundo funções de cuidado em saúde (HC), que são sintetizadas em nove grandes grupos de bens e serviços nos cuidados de saúde: i) Atenção curativa; ii) Atendimentos de reabilitação; iii) Cuidados de longo prazo; iv) Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento; v) Medicamentos e artigos médicos; vi) Atividades de vigilância, promoção e prevenção em saúde; vii) Gestão e regulação do sistema de saúde; viii) Outras atividades de saúde não classificadas.

Tabela 1- Gastos em saúde segundo regimes de financiamento – Brasil, 2015 a 2019

(R\$ milhões correntes)

	2015	2016	2017	2018	2019
HF 1 – Governamentais e de seguro social obrigatório	231.471	247.761	260.701	272.948	290.392
HF 2 – Planos, seguros e outros regimes privados voluntários	155.486	175.979	191.477	205.404	221.237
HF 3 – Pagamento direto do bolso das famílias	129.550	140.378	152.613	164.573	176.753

Não identificados (HF 0)	15.243	10.718	18.936	19.999	22.045
Gasto total em saúde	531.751	574.836	623.727	662.924	710.427

Fontes: Brasil. Ministério da Saúde Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019 / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: IPEA, 2022.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Na Tabela 1, podemos observar que o gasto total em saúde no Brasil avançou, na soma das três rubricas, R\$ 0,178 bilhões, o que representa um aumento de aproximadamente 30% (ou, 7,5% a.a., em média). O destaque principal é que as rubricas HF2 e HF3, que englobam o gasto privado em planos de saúde e o desembolso direto, respectivamente, avançaram significativamente mais do que os gastos públicos em saúde (HF1): enquanto os gastos governamentais e o seguro social obrigatório aumentaram 23,2% entre 2015-2019, os gastos com planos de saúde e seguros privados em geral se elevaram em quase 37%, e os desembolsos diretos das famílias, pouco mais de 32,4%, no mesmo período. Em relação ao total dos gastos em saúde, o HF1 (gastos públicos) representava 44,8% em 2015, baixando este índice para 42,2% em 2019. Já os gastos representados em HF2 e HF3 (privados) representavam somados 55,2% em 2015 e passam a somar 57,8% do total de gastos com saúde em 2019. Cumpre notar que essa menor participação do gasto público é um evento *sui generis* entre países que se propõem a praticar um sistema universal de saúde como o SUS. Além disso, essa diferença de percentuais, que não é tão grande absolutamente, torna-se uma discrepância bem significativa quando se leva em consideração que a quantidade total de indivíduos atendidos no SUS é bastante superior à quantidade de beneficiários cobertos por seguros e serviços privados de saúde.

Conforme destacamos anteriormente, o gasto total em saúde no Brasil vem crescendo desde a década de 1990, com maior acentuação para o gasto privado, que tem aumentado seu espaço em relação ao total. Esta percepção não implica que o financiamento público da saúde também não venha tendo crescimento, ainda que este seja proporcionalmente menor do que no subsetor privado. Entre 2008 e 2017, a despesa pública na saúde aumentou continuamente como proporção da Receita Corrente, saltando de 6,8% para 8,3% desta última. Em proporção ao PIB, essa participação

também apresentou crescimento, atingindo 1,8% em 2017, ante o 1,6% de 2008 (Tesouro Nacional, 2018).

Em termos nominais, a despesa do governo com assistência à saúde também avançou no período, acima da taxa de crescimento das receitas correntes da União: 9,7% contra 7,2%, estando o incremento desta última pouco acima da inflação verificada ao longo do período. Em consequência disso, o gasto com atenção à saúde apresenta um crescimento acumulado real de 31,9% (3,1% em média anual), enquanto no total da Receita Corrente houve crescimento real de 6,7% em termos reais, ou 0,7% ao ano, em média, com dados do Tesouro Nacional (2018).

Neste período citado (2008-2017), observou-se crescimento real do gasto público em todos os componentes da despesa de assistência à saúde, exceto nas despesas de investimentos. Os itens que contribuíram mais para este crescimento nos gastos foram a Assistência Farmacêutica e a Vigilância em Saúde (5,1% e 6,0% de crescimento real), o primeiro principalmente em decorrência da aquisição de medicamentos para o SUS ou programas como o Farmácia Popular, mas sobretudo em virtude do atendimento às decisões judiciais no já mencionado fenômeno crescente da “judicialização da saúde” no Brasil; o segundo, marcadamente em virtude do aumento das despesas com os programas de Medicina da Família. (IBGE, 2020; Tesouro Nacional, 2018).

O Brasil ainda preserva um modelo focado prioritariamente na atenção curativa, com volumes menores de financiamento voltados para os cuidados de longo prazo e reabilitação. A função de cuidados de saúde da ‘atenção curativa’ compreende atendimentos individuais pertinentes a agravos ou doenças com perspectiva de tratamento, sob aspecto de melhora ou cura total. Estão incluídos: procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, e serviços em obstetrícia, sempre com a finalidade primordial de reversão do processo da patologia, além da proteção contra piora/complicação das condições de vida. (BRASIL, 2018).

Na média, entre 2015-2019, a função curativa respondeu por metade das despesas totais em atenção à saúde (49,8%), contra 20,5% dos gastos em medicamentos e artigos médicos, e 11,3% em exames complementares, com essas três rubricas representando 81,5% do total dos gastos – e logo uma participação bem menor de prevenção; promoção e vigilância em saúde; cuidados de longo prazo e

reabilitação/gestão. As duas áreas compreendidas na atenção curativa (internações gerais e atenção curativa ambulatorial) já se encontravam sob alguma pressão demográfica devido ao envelhecimento da população no Brasil e a tendência é que sejam ainda mais demandadas com as potenciais e ainda desconhecidas necessidades de cuidados de longo prazo decorrentes da Covid-19.

Tabela 2- Participação dos regimes de financiamento (HF) nos gastos com funções de cuidados de saúde (HC) – Brasil, 2019.

(Em %)

Funções de cuidados de saúde	HF 1	HF 2	HF 3
HC 1 - Atenção curativa	52,5	36,9	10,7
HC 2 - atendimentos de reabilitação	41,4	40,7	18,0
HC 3 - Cuidados de longo prazo	30,6	50,7	18,7
HC 4 - Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	44,5	46,0	9,5
HC 5 - Medicamentos e artigos médicos	10,0	2,3	87,7
HC 6 - Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde	89,6	7,4	3,0
HC 7 - Gestão e regulação do sistema de saúde	35,6	64,4	-
HC 9 - Outras atividades de saúde não classificadas	32,5	67,5	-
Todas as funções	42,2	32,1	25,7

Fonte: IPEA, 2022.

Vê-se também que, para o ano de 2019, o financiamento da atenção curativa foi majoritariamente feito através de regimes públicos (52,5%), tendo em seguida o financiamento por pré-pagamento voluntário (36,9%). As despesas com prevenção, promoção e vigilância em saúde tiveram, em grande maioria, financiamento governamental, marcadamente pelo SUS, responsável direto por 89,6%. Em sentido oposto, observamos que os gastos com medicamentos e artigos médicos foram essencialmente financiados por desembolsos privados diretos (*out-of-pocket*) das famílias (87,7%).

No conjunto dos gastos em saúde no Brasil se reflete uma concentração marcante na atenção curativa (HC 1) – atenção hospitalar e ambulatorial geral (básica e especializada) – além de atividades complementares ao diagnóstico (HC 4, majoritariamente exames complementares e transporte de pacientes), mostrando prioridade ao atendimento curativo individual. Os elementos que mais afastam o SUS do padrão geral dos gastos em saúde são desembolsos expressivos com prevenção, promoção e vigilância em saúde (HC 6), cuja maior parte pertence ao atendimento de atenção primária, e menor participação de medicamentos e artigos médicos em comparação ao financiamento privado *out-of-pocket* (HC 5). Despesas com atividades de reabilitação (HC 2) e cuidados de longo prazo (HC 3) se mantêm pouco significativos – apesar de haver reconhecida dificuldade na identificação e no registro de gastos em cuidados de longo prazo (HC 3) e a possibilidade de as famílias assumirem diretamente essas funções, porque incluem cuidados paliativos, doenças psiquiátricas, terminais e características do envelhecimento.

2.3. Gasto privado em atenção à saúde no Brasil

Duas fontes emergem como as principais para se extrair o gasto privado em saúde no Brasil, quais sejam: a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e os registros administrativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que, por seu turno, são as fontes primordiais das estimativas dos gastos pelos regimes de financiamento HF2 (planos de saúde) e HF3 (desembolso direto das famílias).

2.3.1. Perfil dos gastos em saúde das famílias

Na primeira seção deste item vamos analisar em diferentes matizes a questão vinculada aos gastos das famílias com assistência à saúde, o perfil desses gastos segundo a posição socioeconômica e o seu peso dentro da estrutura orçamentária familiar. O gasto privado em consumo de bens finais e serviços de saúde no Brasil responde por quase 5,8% do PIB, ou 60,4% do gasto total nesta área (IBGE, 2019). O setor institucional que genericamente chamamos de “privado” engloba famílias e instituições

privadas sem fins lucrativos e comporta discrepâncias internas acentuadas, seja por estrato de renda, ou tipo de produto/serviço mais consumido. Quando observamos os gastos segundo a posição socioeconômica, a caracterização do perfil deste gasto fica imediata: quanto mais elevada a posição do indivíduo na distribuição, mais altos os seus gastos em saúde.

O IBGE, quando da divulgação dos primeiros resultados da POF 2017-2018, mostrou que a renda é determinante no nível e na composição dos gastos em saúde, identificando, também, o elemento demográfico relacionado à composição familiar. Observam-se maiores gastos nos lares com idosos e com crianças, o que parece intuitivo. A diferença é que as famílias com idosos dispõem mais recursos em medicamentos e produtos farmacêuticos, enquanto as famílias com crianças gastam mais em serviços médicos, principalmente consultas e exames (IBGE, 2020). Cumpre lembrar que o número de domicílios com pelo menos um idoso no Brasil vem aumentando consideravelmente, atingindo o patamar de 35% em 2019. Além disso, estima-se que estes idosos, em geral através da renda de aposentadorias e pensões, contribuem com pouco mais de 70% do rendimento geral do domicílio em que vivem (PNAD, 2019).

Considerando agora os gastos monetários e não-monetários, e ainda utilizando da POF 2017-2018, temos uma diferenciação relevante no consumo de saúde entre os possuidores de planos e os não possuidores. Indivíduos com posse de algum tipo de plano de saúde têm uma despesa média *per capita* monetária e não monetária⁷ quase três vezes maior do que os que não têm plano: 259,73 contra 88,84. Em termos de proporção da cesta total de consumo, a diferença do consumo de saúde também é elevada, sendo 9,1% para as pessoas sem plano e 10,4% para aquelas com plano. E a distância ainda se amplia se levarmos em conta a faixa de idade: jovens até 29 anos sem plano de saúde dispõem em média 7,6% do seu consumo total com a saúde; enquanto idosos de 60 anos ou mais com plano de saúde chegam à proporção de 15,9% de consumo de saúde sobre o total (IBGE, 2020).

⁷ A Pesquisa de Orçamentos Familiares investiga os gastos realizados sem dispêndios monetários, consumo realizado por meio de doação (seja privada, seja a oferta pública), a retirada do próprio negócio e a produção própria. E, a mais importante rubrica, o aluguel imputado àqueles que residem em imóvel próprio, cedido ou doado. Na POF 2017-2018, buscou-se, pela primeira vez, coletar o consumo de serviços não monetários, onde tem destaque os de saúde e educação, justamente pela importância da oferta pública.

Os gastos totais com saúde no Brasil vêm crescendo sistematicamente ao longo das últimas décadas, como proporção do consumo das famílias. No Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF 1974/1975), eles representavam 4,2% do consumo, passando para 6,5% na POF 2002/2003, e 7,2% na POF 2008/2009. No estudo mais recente, a POF 2017-2018, o valor do gasto com saúde em proporção ao consumo total bateu a média de 8%. No conjunto, ao longo destes quase 50 anos, houve um expressivo aumento de 90,5% na participação da saúde sobre o total do consumo. Este aumento tem se dado pelo crescimento do gasto privado em saúde, especialmente via gastos em convênios – visto que os desembolsos diretos (*out-of-pocket*) não vêm alterando significativamente o seu peso no gasto total.

A utilização dos microdados da Pesquisa de Orçamentos Familiares permite apresentar melhor as informações sobre os gastos em saúde, pois, de uma parte, se pode empregar décimos de renda na análise da alocação, permitindo cotejar com outros estudos que assim procedem. O emprego de estratos de renda familiar, como faz o IBGE em seu plano tabular, não permite boas comparações, pois o uso de faixas de salário mínimo leva a grupos populacionais distintos entre POFs e o tamanho da família tem se modificado de forma significativa. Ademais, a melhor forma de captar a desigualdade e o bem-estar são indicadores *per capita*, no caso, indicador familiar *per capita*. De outra parte, permite analisar somente os chamados gastos monetários, uma vez que nos gastos não monetários se encontra a provisão pública, cuja análise será feita com base na associação entre a Conta SHA-SUS e a PNS 2019. Com isso, não se incorre em dupla contagem, a despeito de se perder gastos não monetários relacionados a doações interfamiliares, filantrópicas e do setor privado (amostras grátis e afiliação a plano da empresa, por exemplo).

Pode-se, ademais, isolar o gasto com planos, com o intuito de verificar sua importância diante do aportado pela conta SHA-SUS, onde constam os gastos totais com planos e não somente os diretamente pagos ou copagos pelas famílias.

A tabela 3, em que se encontram dados de rendas, de consumo e de gastos em saúde, por décimos de renda monetária familiar *per capita*, exhibe duas marcas do gasto em saúde: a desigualdade no gasto e na sua composição. A desigualdade no gasto fica patente ao se observar que os 10% mais ricos despendem monetariamente 13,0 vezes o que os 40% mais pobres em saúde, uma concentração superior a das despesas

monetárias em consumo (8,7 vezes) e bem inferior à observada na renda monetária – 17,9 vezes.

A outra marca é a diferença de composição dos gastos, com os mais pobres despendendo a maior parte em medicamentos e os mais ricos em planos de saúde. Concretamente, enquanto nos quatro primeiros décimos, a média é de 58% dos gastos em saúde com medicamentos, nos 20% mais ricos os planos é que se destacam, representando 47% dos gastos, em média.

Tabela 3 - Rendas total e monetária, saldo orçamentário monetário e despesas monetárias com consumo, saúde, medicamentos e planos, segundo décimos de renda monetária familiar *per capita*. Brasil, 2017/18

R\$ mensais familiar per capita

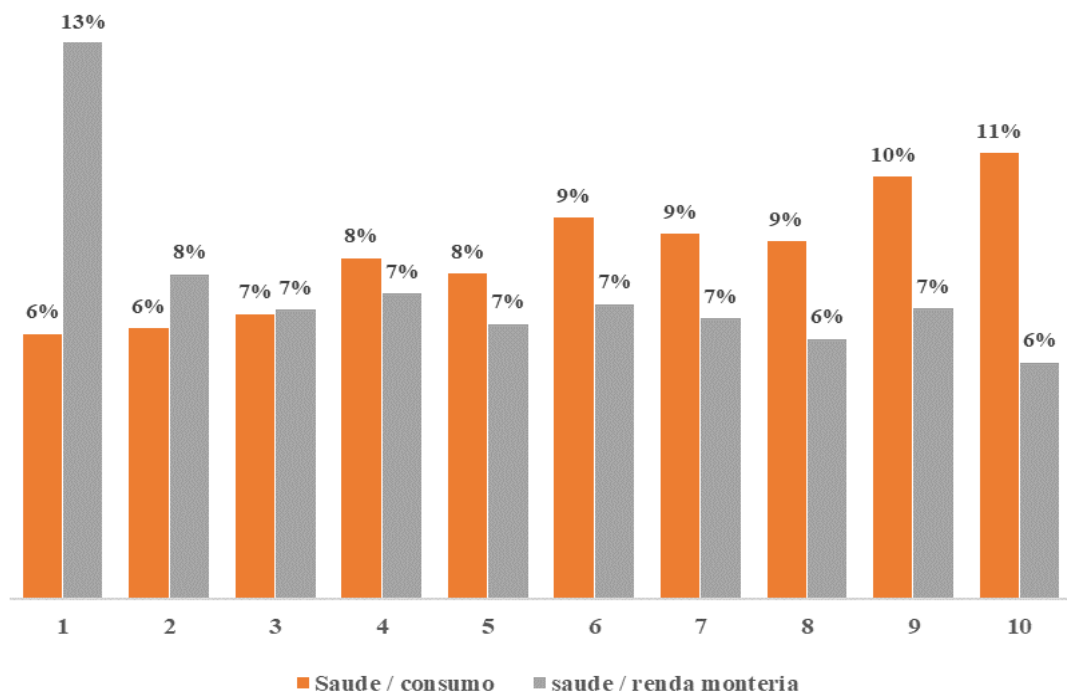
décimos renda monetária familiar <i>per capita</i>	renda total	renda monetária	consumo monetário	saldo monetário	saúde	medicamentos	planos
1	262,00	118,98	250,58	-131,60	15,82	9,92	1,65
2	447,05	281,52	337,34	-55,82	21,78	12,60	2,15
3	608,86	422,74	429,17	-6,43	29,16	17,62	2,75
4	778,57	571,45	512,31	59,14	41,65	22,90	5,65
5	976,97	738,33	624,69	113,64	48,46	25,49	7,99
6	1.254,21	950,05	734,31	215,74	66,76	35,78	12,18
7	1.513,55	1.165,15	894,71	270,44	77,92	37,36	18,82
8	1.911,44	1.542,06	1.119,94	422,12	95,60	40,31	28,00
9	2.841,21	2.288,38	1.573,79	714,60	158,63	57,76	60,15
10	7.488,93	6.255,65	3.318,80	2.936,85	352,86	97,89	178,54
Total	1.808,46	1.433,58	979,64	453,94	90,87	35,77	31,79

Fonte: Microdados da POF 2017-2018.

Os gastos monetários nos primeiros 3 décimos não ultrapassam a R\$ 30, respondendo, em média, por 6,5% da cesta de consumo monetária e 8,1 % da renda monetária. Tal diferença decorre do saldo entre renda e consumo monetários negativos nesses décimos, o que implica em uma maior regressividade frente à renda. De outra

parte, os saldos monetários expressivos presentes nos décimos mais ricos tornam a incidência desses gastos na renda menos expressivos que no consumo. O gráfico 1 apresenta as incidências dos gastos monetários em saúde na renda e nas despesas de consumo monetárias segundo décimos de renda monetária familiar *per capita*, explicitando as mudanças que se observam entre as incidências. Enquanto o peso dos gastos em saúde sobre a renda – monetária – é claramente regressivo, chegando a representar 13% no 1º décimo, situando-se ao redor de 7% nos décimos seguintes e chegando a 6% no décimo mais rico, a importância das despesas em saúde na cesta de consumo aumenta conforme cresce a renda de forma monotônica e crescente. Concretamente, nos dois primeiros décimos responde por 6% das despesas de consumo, passando a 9% nos décimos intermediários superiores (6º a 8º) e alcançando 11% no décimo mais rico. E, como vimos, essa maior participação dos gastos em saúde no consumo dos mais ricos é decorrente dos destinados a planos de saúde.

Gráfico 1 - Participação dos gastos monetários em saúde nas despesas monetárias de consumo e na renda monetária, segundo décimos de renda familiar *per capita*. Brasil, 2017/18

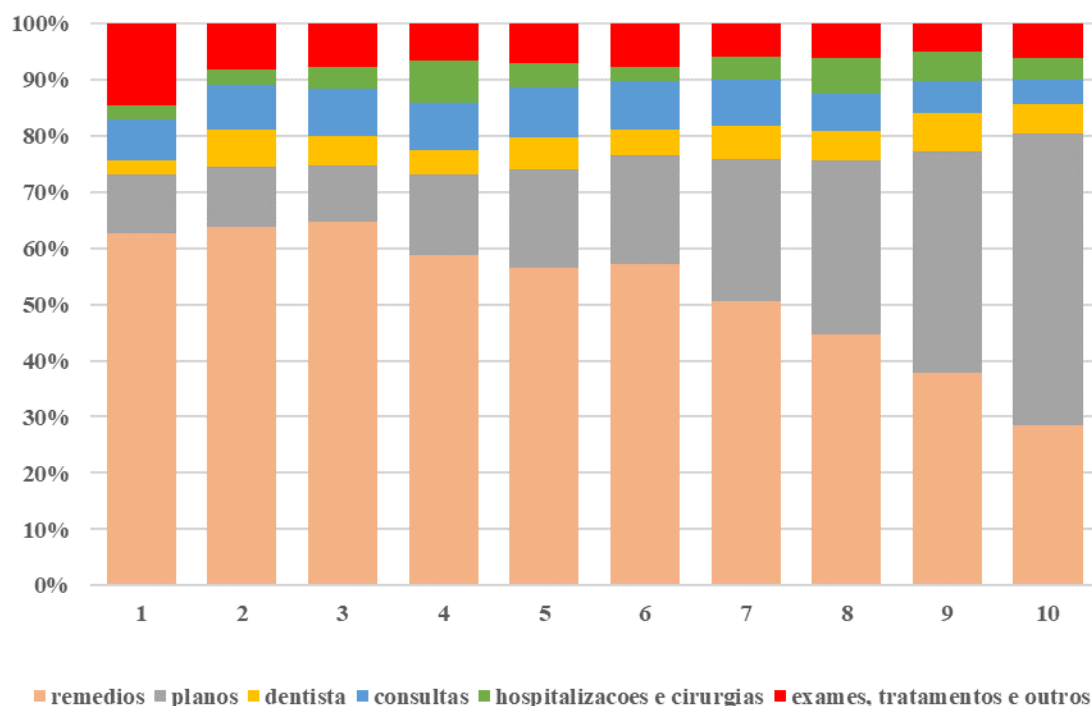


Fonte: Microdados da POF 2017-2018.

O gráfico 2 ilustra de forma mais clara a diferença de composição dos gastos em saúde, já apontado na análise do IBGE para a POF 2017-2018. Verifica-se, destarte, que

o gasto monetário com hospitalizações, consultas, cirurgias, tratamentos e dentistas não apresenta um padrão crescente ou decrescente mais firme, ficando numa faixa de tamanho parecido ao longo dos décimos de renda, excluídas algumas variações pouco abruptas. Uma vez mais, as rubricas que guardam comportamento mais diferenciado ao longo das faixas de renda são planos de saúde e medicamentos. Os gastos com convênio se iniciam em menos de 10% do total da renda despendida em saúde no décimo mais pobre e se expandem gradativamente até o último, mais rico, quando respondem por 52% do total do gasto monetário em saúde. Já o gasto em medicamentos faz o movimento frontalmente oposto: inicia tomando uma margem maior dos gastos em saúde, quase 60% nos primeiros décimos, até chegar no décimo mais rico da população, quando engloba 28% do total gasto em saúde.

Gráfico 2 - Composição do gasto monetário em saúde, segundo as principais rubricas de despesa, por décimo de renda monetária familiar *per capita*. Brasil, 2017/18.



Fonte: Microdados da POF 2017-2018.

2.3.2. Concentração dos gastos em saúde das famílias

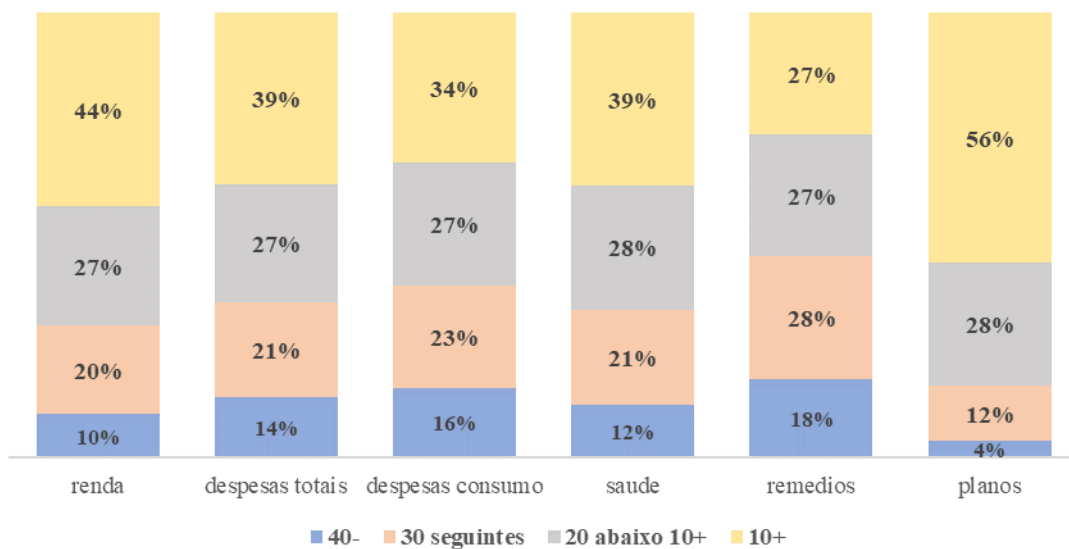
A análise do quão concentrados os gastos em saúde se apresentam é necessariamente realizada cotejando-a com a concentração da renda ou das despesas de consumo. Como se apontou na análise dos dados da tabela 1, a razão entre os gastos em saúde dos 10% mais ricos e dos 40% mais pobres se situa em patamar inferior ao da renda e superior ao das despesas de consumo – considerando os valores monetários. O Gráfico 3 apresenta as participações dos 40% mais pobres, dos 30% seguintes, dos 20% abaixo dos 10% mais ricos e dos 10% mais ricos na renda monetária e nas despesas monetárias totais, de consumo, em saúde, com medicamentos e com planos, o que permite verificar o perfil distributivo das despesas em saúde ante o consumo e a renda.

Como se pode notar a desigualdade nas despesas monetárias – totais e em consumo – é inferior à da renda, com as voltadas ao consumo menos concentradas que o orçamento global. Isto é, os mais ricos têm maior participação nas despesas com tributos e aumento do ativo. As despesas monetárias no consumo se mostram bastante concentradas, visto que os 40% mais pobres respondem por somente 16% dessas despesas, ao passo que os 30% mais ricos são responsáveis por 61%. E, as despesas monetárias em saúde se mostram mais concentradas inclusive que as despesas totais, com os 40% mais pobres se apropriando de tão somente 12% dos gastos em saúde, enquanto os 10% mais ricos respondem por 39% dos gastos. A distribuição dos seus gastos se mostra mais próxima da observada para a renda do que para as despesas de consumo.

Dentre as principais rubricas de gastos em saúde, as despesas com planos são muito mais concentradas do que as despesas com medicamentos. Enquanto na primeira despesa, referente aos planos de saúde, 84% dos gastos estão concentrados nos 30% mais ricos da população, em relação ao gasto com medicamentos esse índice é de 54% para o mesmo grupo (30+). É importante notar que a distribuição dos gastos com planos de saúde se mostra inclusive muito mais concentrada do que a renda do país como um todo, onde os 30% mais ricos respondem por 61% da renda total – contra os 84% já citados para os gastos com planos de saúde dentro deste mesmo estrato populacional. As despesas com medicamentos, por sua vez, se mostram as menos concentradas, até mesmo que as despesas de consumo. No caso, os 40% mais pobres arcam com 18% dos

gastos monetários com medicamentos, com os 10% mais ricos sendo responsáveis por 27% desses dispêndios.

Gráfico 3 - Estrutura de distribuição da renda, das despesas totais e em consumo e dos gastos com saúde, medicamentos e planos de saúde monetários, segundo estratos selecionados de renda familiar *per capita*. Brasil, 2017/18.



Fonte: Microdados da POF 2017-2018.

Silveira & Gaiger (2021), analisando distribuições similares, com base na POF 2008/09 e considerando todos os rendimentos e despesas, inclusive as não monetárias, apontam que os cinco décimos de renda inferiores respondem por apenas 18% do gasto total com saúde, enquanto os 20% de renda superior são responsáveis por quase 55% deste montante – evidenciando que o gasto privado é bastante concentrado e tem um viés regressivo ou “pró-rico”, mesmo quando se incorporam gastos não monetários, dentre os quais os oriundo da oferta pública.

Para uma melhor apreensão da concentração das despesas de consumo e do papel das voltadas à saúde, empregou-se a decomposição do índice de Gini do consumo. O índice de Gini é a média ponderada dos coeficientes de concentração das parcelas que compõem a variável de interesse – renda, consumo, volume produzido – com o ponderador sendo a participação de cada parcela na variável. No caso das despesas monetárias de consumo, as parcelas são os dispêndios com as principais rubricas de

consumo, estando presentes na tabela 4 os coeficientes de concentração e a participação nas despesas de consumo das rubricas que as compõem. São apresentados, ainda, a contribuição de cada parcela ao Gini, o índice de progressividade e a contribuição marginal ao Gini.

As rubricas de consumo estão ordenadas segundo a participação nas despesas de consumo, com a saúde respondendo por 9,3% da despesa total, apresentando-se, assim, como o 4º grupo de despesa mais importante no orçamento da família média. As rubricas podem apresentar coeficientes de concentração superiores ao Gini da renda e, nesse caso, seu aumento tem efeito concentrador, podendo denominá-las, como faz Lustig (2016), de regressivas. Este é o caso da Saúde, cujo coeficiente de concentração se mostra pouco superior ao Gini, implicando que sua contribuição ao Gini (10,1%) seja pouco superior à sua participação no total das despesas (9,3%).

De outra parte, há parcelas com coeficientes próximos do Gini e pode-se dizer que neutras quanto à distribuição, tendo ainda aquelas com coeficientes inferiores ao Gini, que são chamadas progressivas. Dado que os coeficientes de concentração podem assumir valores entre -1 e 1, pode haver parcela com coeficientes negativos, o que implica que os mais pobres respondem por parcelas maiores do consumo deste item, do que o fazem em relação à renda total. Assim sendo, elas recebem o nome de parcelas progressivas ou pró-pobres (casos de higiene e cuidados pessoais, alimentação, vestuário e habitação, na tabela).

Tabela 4 - Coeficientes de concentração e medidas de progressividade das rubricas de despesas com consumo. Brasil, 2017/18

Rubricas de despesa	coeficiente de concentração	participação desp consumo	coef conc x % consumo	participação Gini	índice de progressividade	contribuição marginal
<i>Habitação</i>	0,4627	25,5%	0,1178	22,4%	-0,0624	-0,0159
<i>Transporte</i>	0,6351	21,9%	0,1393	26,5%	0,1100	0,0241
<i>Alimentação</i>	0,4531	19,4%	0,0878	16,7%	-0,0720	-0,0139
<i>Saúde</i>	0,5702	9,3%	0,0529	10,1%	0,0451	0,0042
<i>Educação</i>	0,6588	5,7%	0,0375	7,1%	0,1336	0,0076
<i>Vestuário</i>	0,4600	4,8%	0,0223	4,2%	-0,0652	-0,0032
<i>Higiene e cuidados pessoais</i>	0,3136	4,3%	0,0136	2,6%	-0,2115	-0,0091
<i>Desp. diversas</i>	0,6767	3,8%	0,0257	4,9%	0,1516	0,0058
<i>Cultura</i>	0,6042	3,1%	0,0186	3,5%	0,0791	0,0024
<i>Serv. pessoais</i>	0,4890	1,7%	0,0081	1,5%	-0,0361	-0,0006
<i>Fumo</i>	0,2879	0,6%	0,0017	0,3%	-0,2372	-0,0014
<i>Despesas de Consumo</i>	0,5251	100%		100%		

Fonte: Microdados da POF 2017-2018.

Verzola & Hoffmann (2021), considerando despesas totais de consumo, isto é, as não monetárias inclusive, apuraram o coeficiente de concentração das despesas de saúde pela POF 2017-2018 de 0,540, valor que supera o registrado para o Gini das despesas de consumo de 0,487. Nesse caso, os gastos em saúde representam 8,0% das despesas de consumo, quer dizer, a saúde tem sua participação reduzida quando se inserem os gastos não monetários. Em realidade, a única rubrica que tem majorada sua participação na renda total perante a monetária é a habitação, dado que o chamado aluguel imputado responde por cerca de $\frac{3}{4}$ dos gastos não monetários. De toda sorte, os resultados de Verzola e Hoffmann (2021) apontam para conclusões similares de que a saúde é um

pouco mais concentrada que as despesas de consumo, , de modo que sua contribuição à desigualdade é pouco expressiva.

A Contribuição Marginal busca capturar o efeito na desigualdade de um crescimento infinitesimal no gasto das rubricas, pois, assim, se anulam possíveis efeitos de reordenamento das pessoas (famílias) decorrente de alterações mais expressivas nos gastos das rubricas. As rubricas de consumo cujas contribuições marginais tenham sinal negativo são redistributivas, com os valores absolutos indicando a magnitude dos impactos de cada uma na estrutura de distribuição das despesas de consumo. A saúde, como citado acima, apresenta contribuição marginal positiva, logo, o incremento de seu consumo implica em aumento da concentração do consumo, tendo um impacto relativamente baixo diante das restantes rubricas concentradoras ou redistributivas. Efetivamente, sua contribuição marginal em valores absolutos é reduzida, tendo em vista sua importância na renda, superando tão somente rubricas de importância marginal no consumo. A rubrica “despesas diversas”, para efeito de comparação, tem menos de metade da relevância da saúde perante o consumo total, e, no entanto, apresenta uma contribuição marginal bem superior.

Nesse íterim, a tabela 5 apresenta os dados da decomposição do Gini das despesas de consumo, agora desagregando os gastos em saúde em categorias que contemplam seus principais bens e serviços: medicamentos; planos; consultas médicas; tratamentos; cirurgias; consultas e tratamentos dentários; exames; hospitalizações; e materiais. Confirma-se que os gastos com cirurgias, tratamentos e planos de saúde são destacadamente os mais concentrados, com seus coeficientes de concentração bem maiores que o Gini das despesas de consumo, - 0,79, 0,76 e 0,74, respectivamente.

É o crescimento dos gastos com planos que apresentam os efeitos concentradores mais expressivos, como se vê pela contribuição marginal de 0,0071. Por outro lado, três rubricas de gasto em saúde apresentam coeficientes de concentração inferiores ao Gini: medicamentos, consultas e exames, com os dois últimos respondendo por 0,5% do consumo, ao passo que os medicamentos respondem por 3,7%. Assim, fica explícita a divisão dos gastos em saúde entre duas categorias, cuja expansão tem efeitos mais expressivos sobre a desigualdade das despesas de consumo e em saúde, sendo novamente elas, medicamentos e planos de saúde.

Tabela 5 - Coeficientes de concentração e medidas de progressividade das rubricas de despesas com saúde. Brasil, 2017/18

Rubricas de despesa	coeficiente de concentração	participação desp consumo	coef conc x % consumo	participação Gini	índice de progressividade	contribuição marginal
Medicamentos	0,4109	3,7%	0,0150	2,9%	-0,1142	-0,0042
Planos	0,7428	3,2%	0,0241	4,6%	0,2177	0,0071
Dentista	0,6450	0,5%	0,0032	0,6%	0,1199	0,0006
Consulta	0,4574	0,5%	0,0025	0,5%	-0,0677	-0,0004
Tratamento	0,7675	0,2%	0,0012	0,2%	0,2424	0,0004
Cirurgia	0,7973	0,4%	0,0028	0,5%	0,2722	0,0010
Hospitalização	0,6828	0,0%	0,0003	0,1%	0,1577	0,0001
Exames	0,3878	0,3%	0,0012	0,2%	-0,1373	-0,0004
Material	0,5254	0,4%	0,0021	0,4%	0,0003	0,0000
Outras	0,6098	0,1%	0,0006	0,1%	0,0847	0,0001
Despesas saúde	0,5702	9%	0,0529		0,7757	0,0042
Gini Consumo	0,5251					

Fonte: Microdados da POF 2017-2018.

Como já citamos anteriormente, confirmado também na tabela acima, evidencia-se que medicamentos e planos de saúde são, destacadamente, os responsáveis pela maior parte dos gastos privados em saúde: somados, representam 5,9 dentre os 9% da despesa de saúde sobre a despesa total, ou 65% do que se gasta privadamente em saúde (IBGE, 2020). Dada a relevância dessas duas rubricas dentro do gasto privado em saúde no Brasil, destacamos abaixo uma seção para dissecar cada uma delas e alguns detalhes do comportamento recente desses gastos.

2.3.3. O gasto com medicamentos e a importância do gasto público

Um ponto importante a se ressaltar logo de início sobre o gasto privado com medicamentos é que se trata do responsável pela maior parte dos dispêndios em assistência à saúde das famílias do país, principalmente as mais pobres. Em 2018, quase 40% do gasto total em saúde era com medicamentos, sendo que para os dois décimos de menor renda, os medicamentos representavam 60% desse gasto – e para os dois décimos de maior renda, apenas 30% (IBGE, 2020). Nessa linha de raciocínio, há uma estimativa realizada por Boing *et al.* (2014), apontando que em torno de metade das famílias brasileiras que se encontravam abaixo da linha da pobreza no início da década de 2000 estavam nessa condição devido aos desembolsos diretos com medicamentos. Este apontamento tem uma interpretação bastante intuitiva: em função da essencialidade dos medicamentos, usuários se veem compelidos a acessá-los, mesmo quando os preços são elevados, o que pode levar ao comprometimento de grande parcela do rendimento domiciliar, fazendo as famílias incorrerem em dívidas ou mesmo indispor de demais bens necessários para adquirir medicamentos – um fenômeno costumeiramente chamado de “gasto catastrófico em medicamentos”⁸.

A partir de 2004 se observa uma leve inflexão nesse quadro com a introdução do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), no âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Esta relativa inflexão é corroborada por alguns dados, como a tendência de queda do percentual da renda comprometido com medicamentos na maior parte dos domicílios – sendo mais acentuada dentre aqueles situados nos 20% mais pobres da população, onde a despesa caiu de 7,6% do rendimento domiciliar médio em 2003 para 5,6% em 2018 (CMAP, 2021). Pode-se afirmar que, no decorrer do tempo de ação do PFPB, houve ampliação do acesso a medicamentos pelas classes de renda mais baixa e consequente redução da mortalidade (principalmente infantil), além de queda nas internações por doenças crônicas não transmissíveis (sobretudo, hipertensão e diabetes), com efeito mais concentrado nos estratos de

⁸ Apesar de não haver uma conceituação fechada, costumam, pela literatura, ser consideradas como famílias com gastos catastróficos aquelas que não adquiriram medicamentos necessários por falta de recursos monetários, ou aquelas cuja despesa com medicamentos ultrapassa os 15% das receitas monetárias totais do domicílio. Utilizando esta metodologia, 13,9% dos domicílios brasileiros incorrem em gastos catastróficos com medicamentos segundo a POF 2017-2018, sendo que esse índice sobe a 29,2% se considerarmos apenas o quinto mais baixo de renda. (IBGE, 2020; CMAP, 2021)

rendimento inferior. Apenas em relação ao diabetes tipo 2, evitou-se cerca de 17% de internações ao longo dos primeiros seis anos de execução do programa, sendo 240 mil casos aproximadamente (De Almeida, 2017; Rocha, 2017). A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apontava ainda que 22% de todos os indivíduos que receberam prescrição de um ou mais medicamentos conseguiram obter ao menos um deles no programa Farmácia Popular – com este índice aumentando para 57% considerando-se apenas os idosos.

Contudo, é importante registrar que o SUS ainda é a fonte prioritária de obtenção de medicamentos pela população. Estudos contidos em Matta *et al.* (2018); Espin *et al.* (2018), e Vieira (2020), utilizando-se dos dados da POF 2017-2018 e das Pesquisas Nacionais de Saúde, apontam que pouco mais de 39% dos brasileiros são “SUS-exclusivos” na consecução de medicamentos para tratamento de doenças crônicas. Também ressaltam que os gastos privados com medicamentos – sobretudo anti-hipertensivos e antidiabéticos – seguiram registrando tendência de alta entre 2002 e 2017, apesar de o período de 2010 para frente apresentar uma estabilidade média no índice. Os estudos mostram ainda que os gastos, mesmo crescentes, são menores, proporcionalmente, do que em países que não possuem um sistema de saúde público consolidado ou programas como o Farmácia Popular.

Como não seria diferente, a onda austericida que tem dominado a questão fiscal brasileira, pelo menos nos últimos sete anos, também atingiu diretamente o programa Farmácia Popular. O ano de 2017 marca um grande retrocesso das políticas sociais no governo Michel Temer, quando diversas medidas afetam diretamente o PFPB, como a redução do elenco de medicamentos contemplados, além da introdução de critérios mais restritivos no acesso aos medicamentos, em relação à idade e a patologias. Naquele mesmo ano e governo, foi interrompido o fluxo de financiamento para a rede própria de farmácias do programa, com as quase 400 unidades sendo extintas gradualmente até agosto de 2017.

Ainda assim, em 2017 o valor nominal despendido em gratuidade de medicamentos foi o mais alto da série histórica do Farmácia Popular, sendo R\$ 2,8 bilhões apenas para o fornecimento de medicamentos 100% gratuitos à população. Este valor vem sendo reduzido desde então, chegando a R\$ 2,3 bilhões em 2019, R\$ 2,04 bilhões em 2022, e, segundo o projeto de lei orçamentária para 2023, a quantia será de R\$ 804 milhões para

gratuidade de medicamentos – representando uma queda de 59% em relação ao orçamento atual (2022) do programa para esse fim e totalizando 67% de redução ao longo dos quatro anos da gestão Bolsonaro (IBGE, 2019; Costa *et al.*, 2022; De Almeida; Vieira, 2020).⁹

Estes cortes, se não revertidos, podem ameaçar a sequência natural do programa, dificultando principalmente o acesso das camadas mais vulneráveis aos medicamentos e contribuindo para ampliar ainda mais os gastos diretos com esses itens, que já têm um peso relevante no consumo das famílias e no empobrecimento da população. Para além dessa questão orçamentária – e do inegável componente social e humanitário que o programa resguarda – com o esvaziamento do PFPB, pode-se gerar ainda mais custos diretos ao SUS, visto que a dificuldade do tratamento e acompanhamento farmacológico aumentaria a frequência de hospitalizações e internações evitáveis, sobretudo causadas por hipertensão e diabetes.

2.3.4. O gasto com planos da saúde

Em 2017/2018 a POF (IBGE, 2020) registrava que os planos e seguros de saúde eram responsáveis por R\$ 78,1 bilhões em desembolsos, ou, pouco mais da metade do montante de despesas das famílias brasileiras com atenção à saúde. Deste total, R\$ 31 bilhões foram despesas com planos empresariais e R\$ 47,1 bilhões despendidos em planos individuais. O gasto médio mensal em planos coletivos por adesão/empresariais foi de R\$ 239,72. Para os planos individuais/familiares, a média de gasto mensal foi de R\$ 337,66. Essa diferença significativa de valor médio explica o fato de a proporção de planos coletivos por adesão/empresariais – e, portanto, decorrente do mercado formal de trabalho – ser muito maior do que os planos individuais ou familiares no Brasil, e ainda assim o montante total desembolsado pelos últimos é bastante superior em relação aos planos coletivos (quase R\$ 16 bilhões a mais, aproximadamente).

Em termos de proporção, ante a renda total do domicílio, os gastos *per capita* com planos ou seguros-saúde oscilaram entre 3,1% (para planos empresariais de

⁹ As informações sobre a proposta orçamentária de 2023 e o desmonte no orçamento do Farmácia Popular nos últimos anos têm sido amplamente divulgadas pela imprensa, a exemplo de: < [Verba do programa Farmácia Popular cai a 33% do que era em 2018 | Exame](#) >

menores de 19 anos) até 10,6% (em planos individuais no grupo das pessoas com 79 anos ou mais). Em suma, dispendem mais recursos em saúde os indivíduos que recorrem a planos de saúde individuais, e ainda mais os idosos, se observando o maior gasto privado em proporção da renda no grupo acima de 79 anos com plano individual de saúde. E justamente dentre os idosos (59 anos ou mais) é que se encontra a maior incidência de beneficiários de planos de saúde entre indivíduos adultos, com quase 7,5 milhões de contratos ativos em junho/2022, perdendo no total apenas para a faixa de 0-18 anos (11,5 milhões de planos) segundo dados da ANS Tabnet.¹⁰

Em números absolutos, segundo dados da ANS, o total de beneficiários de planos privados de assistência médico-hospitalar atingiu seu pico histórico em 2014, quando eram 50.531.748 beneficiários. Desde 2015 este número vinha decrescendo suavemente, até o valor mais baixo da série, no segundo trimestre de 2020, quando eram 46.661.418 vinculados a algum tipo de plano de saúde privado. A partir dali a curva volta a ter uma crescente, culminando com o último registro, de 49.191.460 (junho/2022), ou aproximadamente 23% da população total residente no país. Este número representa uma alta de quase 3% no número total de beneficiários ao longo dos últimos 12 meses (junho/2021-junho/2022), mesmo com todas as intempéries da crise econômica que assola o país – sinalizando o quanto o brasileiro ainda é relutante, de forma geral, em abandonar o gasto com convênio, e também representa alguma recuperação de empregos formais após o pico da pandemia.

Na sequência da exposição, tratamos brevemente dos gastos tributários em saúde no Brasil. Porquanto se trate essencialmente de um tipo de gasto público (uma renúncia fiscal, mais precisamente), optamos por inseri-la aqui, ainda na discussão da saúde privada, devido à relação direta e unívoca entre o volume e o aumento dos gastos tributários no Brasil, e o incremento dos gastos privados na área da saúde nos tempos recentes. Veremos adiante, que o gasto tributário em saúde, ao menos no modelo e regramento praticado por aqui, torna-se um instrumento de estímulo constante ao gasto privado, sem o qual, hoje, o mesmo não teria provavelmente a robustez que viemos destacando até aqui – principalmente no que concerne ao consumo de planos de saúde.

¹⁰ Dados detalhados disponíveis em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def

2.4. *Gastos Tributários: apontamentos e soluções*

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) define gastos tributários como os custos estimados dentro das receitas tributárias, advindos de um tratamento preferencial a determinadas atividades socioeconômicas e/ou modalidades de consumo. Nacionalmente, a Receita Federal sentencia que gastos tributários são “gastos indiretos do governo realizados por meio do sistema tributário, visando atender objetivos econômicos e sociais, e constituem-se em uma exceção ao sistema tributário de referência” (BRASIL, 2018, p.7). Estendendo esse conceito, pode-se encarar o gasto tributário como uma transferência de recursos do Estado por meio da redução de obrigações tributárias referentes a um imposto base, em lugar da realização de gastos públicos diretos. Em suma, configuram aqueles recursos que o ente público deixa de arrecadar em razão de incentivos/benefícios que concede a alguns contribuintes, sempre em vista de algum objetivo, essencialmente passando por uma compensação quando o Estado não provê satisfatoriamente determinado serviço sobre o qual é responsável, ou o fomento de um dado setor de atividade ou algumas regiões em específico.

Para se atingir a finalidade proposta pelo gasto tributário, faz-se então necessário que o incentivo seja um “indutor de comportamento” do contribuinte beneficiado, ao atuar impulsionando as ações dos agentes. Desta maneira, a renúncia fiscal deve sinalizar claramente as ações que o governo deseja induzir, e conter mecanismos de fiscalização para averiguar se os objetivos socioeconômicos inicialmente designados estão em cumprimento. Aqui neste ponto, no balanço entre os objetivos propostos, os recursos não arrecadados e a efetividade das ações é que se encontra a principal questão em torno dos gastos tributários em saúde no Brasil. Antes dessa discussão, vale lembrar brevemente o caminho histórico e o atual estágio destas políticas na legislação tributária brasileira.

Desde a reforma tributária do governo Collor de Mello (1991), despesas médico-hospitalares declaradas no IRPF (de titulares/dependentes) – ou, gastos diretos com médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, exames, hospitais, e planos de saúde no Brasil e exterior, dentre outros, podem ser deduzidas da base de cálculo do imposto de renda devido, para o indivíduo apurar um pagamento menor. A Lei nº 9.250/1995

corroborou e disciplinou o sentido do regramento anterior, e ainda incluiu os aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias nos gastos passíveis de dedução¹¹.

Segundo essa regulamentação, não há um limite claro para o total dessas deduções por indivíduo – diferentemente, por exemplo, do caso das deduções com educação, limitadas a R\$ 3.561,50 por pessoa. Também podem se beneficiar diretamente de deduções ilimitadas pessoas jurídicas que custeiam planos e seguros de saúde, além de benefícios complementares assemelhados aos da previdência social, em prol de seus funcionários, com a possibilidade de deduzir o valor gasto da base do imposto de renda (IRPJ) e abater esses gastos do lucro real tributável, sendo eles acatados como despesas operacionais. Este mecanismo da dedução do “salário indireto”, que são as despesas em saúde, termina beneficiando, via de regra, as grandes empresas, ou seja, um segmento do mercado de trabalho formal com empregados em posições intermediárias e superiores de renda – o que reforça ainda mais a iniquidade deste sistema de isenções por motivos médicos. Para além destes grupos já citados, beneficiam-se também das deduções indústrias químicas, farmacêuticas e de medicamentos, que deduzem parte da taxação incidente no PIS/COFINS, bem como entidades de filantropia ou ONG’s voltadas para atenção social e cuidado à saúde.

A maior soma destes incentivos é pertinente ao IRPF, ou despesas com saúde das pessoas físicas, que historicamente representam entre 35 e 40% do total dos gastos tributários na área da saúde; deduções com assistência à saúde via IRPJ e na produção de medicamentos via PIS/COFINS, costumam figurar em faixas relativas aproximadas, em torno de 25% para cada uma dessas rubricas; por fim, as entidades filantrópicas historicamente são responsáveis por 10 a 15% desse montante de deduções.

Em última instância, tal incentivo representa uma parcela de tributos devidos pelos contribuintes, que o Estado declina arrecadar, ou, um gasto em saúde não aplicado diretamente nas políticas públicas para o setor. Dentre outros aspectos, as deduções acabam incrementando a atratividade e a rentabilidade do setor privado, e acentuando a primazia deste sobre o setor público nas despesas com saúde. Tomando por base a

¹¹ Cumpre notar que, com diferentes regras e amplitudes, a possibilidade de abater pagamentos realizados a médicos e dentistas da renda bruta, e consequentemente reduzir o imposto de renda devido, está presente na legislação tributária brasileira desde a Lei nº 154, de dezembro de 1947. Este ponto e outros detalhes sobre o regramento das deduções no Imposto de Renda ao longo da história podem ser vistos em Da Nóbrega, 2014.

magnitude das deduções e sua iniquidade, visto beneficiar muito mais os estratos superiores de renda, cabem algumas reflexões a partir dos dados sobre esse tipo de gasto tributário em saúde e como ele é processado atualmente no Brasil.

Destarte, essa renúncia fiscal acarreta relevante soma de recursos não recolhidos no IRPF/IRPJ – que, em boa parte, compõem os fundos de participação estadual e municipal, com papel significativo no financiamento do SUS. Em termos de equidade, o objetivo dessa política pública seria contribuir para a progressividade do IRPF. No entanto, estudos têm demonstrado que a renúncia fiscal relativa às despesas com saúde no IRPF não apresenta algo que seja sequer próximo a um perfil progressivo ou equânime. Isto porque, de uma forma geral, um contribuinte de renda mais elevada pode abater o seu gasto com plano de saúde e diversos exames, consultas, tratamentos, enquanto o contribuinte mais pobre, que se utiliza somente da rede pública de saúde, não pode abater gastos com a compra de medicamentos, por exemplo.

Não à toa, o *Boletim Secap 2019* revela que atualmente 86% do benefício das deduções com despesas médicas é apropriado pelos 10% declarantes de maior renda; e 18% são apropriados somente pelo 1% mais rico, atestando a regressividade do benefício. Prova disso é que, no mesmo boletim, calcula-se o índice de Gini pré e pós-aplicação do benefício, observando-se um discreto aumento do índice após a efetivação do gasto tributário, o que indica que a renda fica um pouco mais concentrada após a medida do que antes dela. Na mesma linha, a avaliação anual de políticas públicas da SECAP (2021) estima que, em relação às deduções médicas, apenas 0,8% do benefício é captado pela metade mais pobre das famílias, enquanto 88% se concentram no quinto de maior rendimento e 16,4% das deduções estão apenas no centésimo (1%) de maior renda.

O boletim da Secretaria de Planejamento e Assuntos Econômicos (SEPLAN) do Ministério da Economia sugere que a utilização do benefício das deduções médicas está essencialmente concentrada nas regiões mais ricas do país, contribuindo também para a acentuação da desigualdade regional. Esse dado é corroborado no boletim da UNAFISCO (2020), mostrando que 53% do total de deduções por despesas em saúde no IRPF 2020 vieram apenas em declarações de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, sendo que pouco mais de 30% vieram deste último estado.

Segundo o *Boletim Secap 2019*, a despeito de todas estas incongruências, a importância relativa do gasto tributário em saúde no Brasil é crescente: a razão entre o gasto tributário na função saúde e o gasto direto total na saúde saltou de 29% em 2007 para 38% em 2019. Houve um aumento significativo do gasto tributário proporcionalmente ao gasto com ações e serviços públicos de saúde (ASPS): em 2011, essa razão (gasto tributário/ASPS) era de 28%; já em 2018, esse valor passou para 46%. Em relação ao produto total gerado na economia (PIB), fica claro que a evolução do gasto tributário foi bem mais acentuada do que o crescimento do produto entre 2003 e 2018. Algumas projeções de médio prazo apontam que, levando em conta o envelhecimento da população, o preço dos planos de saúde e a trajetória crescente das deduções médicas, o gasto tributário em saúde – apenas no que tange ao IRPF – pode avançar até 2030 mais de 60% sobre o atual montante de aproximadamente R\$ 15 bilhões e chegar a quase R\$ 28 bilhões naquele ano, com esse valor saltando dos atuais 9% para 16% sobre a arrecadação total do imposto de renda de pessoa física (CMAP, 2020; Ocké-Reis, 2021).

Com esse cenário em tela, uma das discussões que se pode ter é a busca de uma melhor forma para realocar o montante dessas deduções, ou mesmo suprimi-las. O tamanho de tal subsídio é tão significativo no Brasil que, se bem realocado, poderia servir de base de financiamento para amplos programas sociais e fortalecimento do SUS, ou compensação para os efeitos negativos da carga tributária, auxiliando na desconcentração do sistema de saúde brasileiro. O subsídio diretamente ligado ao consumo de seguros-saúde poderia ajudar na melhor calibração dos preços em prol dos consumidores – visto que a taxa de reajuste dos preços de convênios vem, sistematicamente, sendo maior do que a taxa média de inflação¹².

A realidade dos gastos tributários em saúde, por óbvio, não é exclusividade do quadro brasileiro. Porém, em qualquer comparativo preliminar, vemos que no Brasil, e, por extensão, na América Latina, os gastos tributários detêm uma importância maior do que nos países centrais. Conforme dados tabulados por Paes (2014), os gastos tributários em saúde representam, na média, para o grupo de países da OCDE, 0,3% do PIB. No

¹² Segundo dados da ANS, do IBGE e de Ocké-Reis, Fiuza & Coimbra (2018), a evolução dos reajustes dos planos de saúde foi significativamente superior aos reajustes gerais de preços no país nos anos recentes. Entre 2014 e 2019, a soma total da inflação geral foi de 35,28%, enquanto os reajustes de preços dos planos de saúde (média de individuais e coletivos) totalizaram 87,45% no mesmo período.

caso dos países latino-americanos, esse percentual atinge em média 0,7%. Neste último grupo a despesa pública indireta, ou o gasto tributário em saúde, respondia por 17,3% do gasto total, enquanto nos outros (média dos países da OCDE) esta participação não chega a atingir 5%. Na maior parte dos países de renda baixa e média da América Latina, o instrumento do benefício tributário tem sido um componente relevante no gasto em saúde, reforçando o papel do segmento privado na oferta de cuidados de saúde, uma vez que tais benefícios “barateiam” os preços dos bens e serviços de saúde, incentivando, assim, seu consumo.

Por tudo isso, o questionamento que se coloca é se a renúncia fiscal, a partir das deduções em saúde permitidas no IRPF, IRPJ e Contribuições Sociais, está subtraindo recursos que seriam importantes para melhorar a qualidade do SUS, e, por outro lado, se esse esquema amplo de deduções reforça a iniquidade do sistema de saúde, uma vez que piora a distribuição do gasto público *per capita* para os estratos inferiores e intermediários de renda, restringindo ainda mais o acesso dessas classes ao sistema da saúde. Observa-se ainda que tais subsídios não têm cumprido a função de desafogar o sistema público de saúde, visto que beneficiários de planos utilizam o acesso ao SUS regularmente para urgência e emergência, vacinação, medicamentos mais caros, hemodiálise, serviços com alta complexidade e custo etc.

As deduções acabam funcionando, paradoxalmente, como uma socialização de parte dos custos das operadoras – além do seu contencioso em ressarcimentos –, haja vista o uso compartilhado de insumos, estruturas e recursos humanos que atendem, simultaneamente, ao sistema público e privado (Ocké-Reis, 2021). Pela lógica que tem prevalecido, o crescente das renúncias fiscais se impõe como um elemento adicional para o subfinanciamento do sistema de saúde pública, pois o aumento do gasto privado no cuidado da saúde, e, conseqüentemente, das renúncias fiscais, diminui a sustentabilidade do sistema e acarreta um tipo de ciclo vicioso marcado pela queda proporcional e constante do custeio e do investimento no SUS.

Uma simulação realizada pela SECAP (2019) demonstra que a eventual eliminação das isenções e deduções médicas no imposto de renda de pessoa física traria ganhos reais de equidade, tanto em termos individuais, quanto regionais, e de forma acentuada nas regiões com menor potencial de investimento na saúde pública. Em outro exercício simulado, o mesmo estudo sugere que, no caso de supressão das deduções

médicas no IRPF, compensada com diminuição proporcional das alíquotas do mesmo imposto, haveria ganhos significativos de eficiência, vindos de uma potencial redução nas distorções da oferta de trabalho. Em termos gerais, os estudos costumam apontar que um passo inicial seria a adoção de um teto que pudesse ser aplicado à dedução das despesas médicas, de forma análoga ao que já ocorre para as deduções educacionais.

Vê-se, portanto, que há um espaço potencial generoso para redesenho e aprimoramento dos gastos tributários em saúde no Brasil, tanto no tratamento que tem se dado aos incentivos em si, principalmente nas deduções médicas do IRPF e IRPJ, como no descolamento que se observa entre esses incentivos fiscais e o espírito das políticas públicas de saúde no país, marcadamente o financiamento do SUS. Entretanto, há que se pensar na melhor forma e no momento para essa discussão, bem como em eventuais mudanças nesse quadro. Tem-se sempre que ponderar que, no atual cenário, a supressão das deduções médicas e consequente retirada de renda disponível das classes média e média-alta, pode ter efeitos negativos sobre o crescimento da economia – além de gerar uma pressão extra sobre o SUS, que naturalmente receberia um contingente adicional de indivíduos que não conseguiriam manter a totalidade dos seus gastos privados em saúde, na ausência das deduções. Estimativas referentes à intensidade destes dois fenômenos variam bastante dentro da literatura, mas sempre aparecendo com alguma significância, e, portanto, devendo ser analisadas no contexto de discussão sobre a reestruturação dos gastos tributários em serviços médicos.

2.5. *Gasto público em atenção à saúde: quem financia e quem consome*

O gasto público em saúde no Brasil é financiado através de impostos gerais dos três entes federativos, contando, ademais, com normas que definem percentuais mínimos do gasto perante indicadores de arrecadação, bem como as interfaces federativas na execução do gasto. Silveira *et al.* (2020a) esmiuçaram a composição das fontes de financiamento, ou melhor, os tributos, as taxas e outras receitas que sustentam os gastos públicos em saúde. Dado que uma parcela dos recursos é proveniente de transferências voluntárias – chamadas fundo a fundo – e das obrigatórias – constitucionais –, a abertura dessas transferências e seu emprego permite compor os tributos financiadores da saúde pública. Silveira *et al.* (2022) analisaram a incidência tributária sobre a renda das

famílias com base nos dados da POF 2017-2018 e na Matriz Insumo Produto de 2015. Assim, conta-se, de um lado, com a composição do financiamento do gasto público e, de outro, com o peso dos tributos sobre a renda das famílias, segundo a distribuição da renda familiar *per capita*.

Silveira *et al.* (2022) realizaram a associação entre os dados do gasto SUS da Conta SHA com o uso de bens e serviços de saúde públicos que são investigados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) para 2019. Esse esforço de alocação do gasto público, apurado junto a registros administrativos – no caso, organizados na Conta SHA-SUS –, nas pessoas e famílias investigadas em pesquisa domiciliares – Pesquisa Nacional de Saúde – remonta a estudos realizados com os suplementos de Saúde da PNAD e com dados orçamentários dos diversos níveis de governo por Ramos (2001), e IPEA (2010). A associação implica, de um lado, “perda” de informações, seja por não haver correspondência direta entre a função de gasto em saúde na Conta SHA com os quesitos relativos ao uso de bens e serviços de saúde pública captados pela PNS, seja pela inexistência de quesitos sobre determinados “consumos” de saúde. Não se consegue alocar, no primeiro caso, os gastos com a gestão do sistema de saúde e as atividades de cuidado em saúde não classificadas e, no segundo, exames, cuidados de longa duração e órteses e próteses.

Com estes dados e fontes, a seção 2.5 estará organizada da seguinte forma, para melhor entendimento do leitor: a seguir, uma exposição sobre quem paga pela saúde pública, ou, mais precisamente, o financiamento deste subsetor, em suas principais bases e formas de arrecadação/distribuição, alocadas pelos estratos da renda. Aqui se empregaram, principalmente, resultados de dois estudos – Silveira *et al.* (2020) e Silveira *et al.* (2022) – que estimaram a composição de tributos responsáveis pelo financiamento à saúde pública e a incidência dos tributos sobre a renda das famílias, respectivamente. Na sequência da seção, mostra-se a apropriação ou o consumo da saúde pública no Brasil, destacando sobretudo as variações, por nível de rendimento de quem mais, ou menos, se apropria dos recursos destinados à saúde pelo Estado. Por fim, a subseção 2.6 traz uma conclusão intermediária, sintetizando os dados dos itens anteriores e apresentando novas tabelas e quadros para ilustrar da melhor forma o balanço que se busca fazer entre o consumo e o financiamento da saúde brasileira, tanto em sua vertente privada, quanto estatal.

2.5.1. *Financiamento*

De forma geral, quando tratamos de financiamento das políticas de saúde no Brasil, referimo-nos a dois instrumentos: as transferências regulares e automáticas do Ministério da Saúde (MS) para os entes federados (geralmente denominadas de “transferências fundo a fundo” ou “transferências condicionadas”); e a vinculação de recursos, associada à fixação de níveis mínimos de gasto em saúde por esfera de governo. Sobre as chamadas transferências fundo a fundo, regulares e automáticas, estão fortemente atreladas à implantação de programas prioritários, à série histórica de produção e faturamento de serviços de saúde, e ao critério populacional (transferências de valores *per capita*). A vinculação de recursos cumpre, por sua vez, uma atribuição importante como instrumento de coordenação federativa no setor da saúde, ao passo que garante gastos mínimos das esferas subnacionais e permite uma certa estabilidade de recursos para assegurar as contrapartidas de estados e municípios em relação ao financiamento dos programas de saúde tratados como prioridade pelo governo federal.

Recentemente, com a criação do programa Previner Brasil pelo governo Jair Bolsonaro, alterou-se o repasse de verbas da saúde a municípios para a atenção primária, o que tem reduzido o montante distribuído pela União nesse setor. Uma das métricas utilizadas pelo programa é o número de pessoas cadastradas em postos de saúde ou a produção apresentada pelo sistema – diferente do quadro anterior, onde os municípios recebiam diretamente pelo tamanho da população. Porém, os municípios não têm qualquer apoio para informatização do SUS e muitos apresentam dificuldades no acesso à internet, de modo que, por vezes, não conseguem exportar a informação completa dos cadastros e atendimentos para o Ministério da Saúde, e, nos meses seguintes, sofrem uma redução significativa no orçamento. Enquanto isso, o município é obrigado a entrar com recursos próprios para a cobertura.

Cumpramos ressaltar, entretanto, que este processo de redução da importância da União no financiamento do SUS não é recente. Ano a ano, a participação do Ministério da Saúde no montante total aplicado no Sistema Único de Saúde tem caído: em 1991, o governo federal contribuía com aproximadamente 73% do financiamento do SUS. Este índice vem baixando gradativamente e atingiu, em 2019, o estágio de 43%, ficando os

estados e municípios responsáveis pelo restante dos gastos (57%) – apesar de o governo federal ainda concentrar praticamente 70% do total de impostos arrecadados no país.

Quanto aos repasses financeiros para tratamentos de média e alta complexidade (MAC) – que respondem pela maior quantidade de recursos federais repassados aos entes subnacionais – os valores são compartilhados entre os 26 estados e mais o Distrito Federal, sempre levando em consideração as suas capacidades de oferta de serviços de saúde e por decisão em colegiado de representantes das três esferas de governo. A partir dessa estrutura desenhada, pode-se afirmar que as transferências regulares e automáticas do SUS e a vinculação de recursos com nível mínimo de aplicação são os mecanismos financeiros por excelência para a coordenação intergovernamental na área de saúde. (Paiva; González & Benevides, 2020).

Nessa seara, é importante registrar que até a época da instauração da CF 88 e do aparato do SUS, os repasses federais eram pouco frequentes e sempre realizados mediante convênios, ou em virtude do pagamento de serviços prestados diretamente pelos operadores privados. A criação do SUS é responsável por unificar as ações de saúde no âmbito federal e, ainda, definir a descentralização como uma das diretrizes elementares do novo sistema.

Em tempos recentes, como mencionado na introdução deste capítulo, tem se intensificado um quadro crônico de subfinanciamento das ações de saúde pública no Brasil. Um indício flagrante deste subfinanciamento (ou até de um “desfinanciamento”) se encontra no próprio valor total destinado pelo governo federal à rubrica da saúde desde 2012. Os gastos propostos para o setor não aumentaram em termos reais nos últimos 10 anos e, mais do que isso, a sua participação no orçamento total tem se reduzido ano a ano: o montante de verbas destinadas à saúde no Projeto de Lei Orçamentária 2022 é de R\$ 147,4 bilhões, muito similar ao valor nominal de 2012 e ainda 5% menor em relação ao primeiro ano do governo Jair Bolsonaro, 2019. Este valor representa a menor participação relativa da saúde na proposta orçamentária do governo federal ao longo dos últimos 10 anos, equivalente a 3,19%.

Outros dados chamam a atenção, confluindo para o quadro de subfinanciamento que vem se acentuando nos anos recentes: a capacidade de investimento do Ministério da Saúde (MS) é cada vez mais baixa, tendo se reduzido ano a ano desde 2013 e ficando cada vez mais dependente das emendas parlamentares. À guisa de ilustração, de 2013 –

pico histórico do índice – até 2022, houve redução de 77% na dotação direcionada para investimentos no MS, com queda de R\$ 9,2 para R\$ 2,1 bilhões, ou, de 5,9% para 1,45% em termos de participação no orçamento total; outro aspecto preocupante diz respeito à evolução dos recursos destinados para a Atenção Primária, que se mostram insuficientes para cobrir o nível atual do serviço. Mesmo considerados os R\$ 900 milhões obtidos como destinação adicional para combate à pandemia, em termos reais a proposta para o ano de 2022 foi 1% inferior à de 2021, e cerca de 15% menor que o empenhado no ano de 2014.

Além dos valores em si, nos dois índices citados no parágrafo anterior, têm crescido acentuadamente a importância dos complementos aos valores designados na Lei Orçamentária Anual (LOA) feitos por meio de emendas parlamentares, direcionadas como “Incremento Temporário do Custeio”. Como exemplo, temos que no biênio 2020-2021 pouco mais de 70% dos investimentos realizados pelo Ministério da Saúde foram custeados por meio destas emendas. Apesar da relevância de tais emendas parlamentares, seu uso quase indiscriminado na Saúde enseja uma certa preocupação por dois aspectos: i) diminui, no que toca à destinação dos recursos, a importância do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), que em tese retrata a visão do próprio MS sobre a prioridade que as despesas e os projetos deveriam receber; ii) o critério para o direcionamento das emendas acaba sendo prioritariamente político e não a partir de uma visão das verdadeiras prioridades do sistema, diferentemente das despesas designadas pela própria pasta no orçamento votado e aprovado anualmente.¹³

No Brasil, de forma geral e como já citamos, o financiamento da assistência à saúde se dá com recursos estatais destacados pelos governos de nível federal, estadual e municipal (o que chamamos de *financiamento governamental*); e, somado a eles, os recursos das famílias completam o financiamento, sendo despendidos através de convênios ou seguros de saúde voluntários, e via desembolso direto (gastos *out-of-pocket*). A parte estatal desta soma advém quase totalmente de tributos, taxas e contribuições, das diferentes competências do governo (estados, municípios e união), e com transferências de recursos entre eles para execução das despesas. Já a parcela dos

¹³ Os dados citados nesse trecho estão nas *Leis Orçamentárias Anuais*, *Portal da Transparência*, e *Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI)* do Tesouro Nacional, disponíveis nos seguintes sítios, respectivamente: <<https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa>>, <<https://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2022>> e <<https://www.gov.br/tesouronacional/pt-br/siafi/siafi-web>>

“gastos das famílias” (ou privados) vem do rendimento delas próprias, das empresas (via salário indireto por pagamento de plano de saúde, por exemplo) e do próprio governo – isto sem contar os largos benefícios tributários que o Estado concede nessa área da Saúde, servindo também de apoio para os dispêndios privados.

Tem se mostrado uma tarefa árdua designar exatamente qual o montante dos recursos de impostos ou taxas que foram direcionados para quais gastos do governo realizados na área da Saúde. Isto porque são registradas no SIOPS, obrigatoriamente, informações do orçamento público da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, relativas apenas às receitas totais e despesas com ações e serviços de saúde, realizados de forma geral pelas três esferas de governo, sem maiores discriminações ou especificidades.

Concretamente, temos que os gastos federais representam hoje pouco mais de 45% do total dos gastos públicos em Saúde no Brasil. Destes, os dispêndios em ações e serviços de saúde operados diretamente pela União representam 35,8%; e as transferências fundo a fundo para estados e municípios respondem por 16,8% e 47,3%, respectivamente. Desde a década de 1980, os recursos destinados à operação direta do governo federal na área da Saúde têm diminuído paulatinamente, e, por outro lado, as transferências fundo a fundo, da União para os estados e municípios, vêm aumentando também de forma gradativa ao longo deste mesmo período (Silveira *et al.*, 2020; Piola, 2013).

Em linhas gerais, pode-se observar que a COFINS, a CSLL e o IR (PF e PJ) são os principais componentes destas receitas federais destinadas à saúde, nesta ordem de importância, demonstrando a centralidade das contribuições sociais no quadro de financiamento da saúde no Brasil. Também, como já mencionado anteriormente, o financiamento da Saúde Pública no país está ancorado em arranjos federativos e vinculações orçamentárias que têm por base uma ampla gama de tributos, onde os indiretos têm um peso marcadamente superior aos diretos, no mesmo compasso da carga tributária nacional como um todo. Resta claro, pois, que todo o gasto social apresenta um financiamento regressivo – com menor intensidade na Previdência Social, apenas devido ao peso das contribuições de empregadores e empregados.

Tabela 6 - Estrutura das receitas públicas empregadas em ASPS. Brasil, 2017

Tributos e fontes	Valor (R\$ milhões)	Participação	Parcela apta a alocar junto família	
<i>Tributos indiretos</i>	160.420	60,3%	X	60,3%
PIS/Cofins	68.414	25,7%	X	
ICMS	72.468	27,2%	X	
IPI	4.541	1,7%	X	
II	966	0,4%	X	
ISS	14.032	5,3%	X	
 <i>Tributos diretos</i>	 96.569	 36,3%		 23,1%
IR	43.036	16,2%	X	
IPVA	7.736	2,9%	X	
IPTU	9.993	3,8%	X	
ITR	424	0,2%	X	
ITCD	1.029	0,4%		
ITBI	2.463	0,9%		
CSLL	31.012	11,7%		
IOF	876	0,3%		
 <i>Outras</i>	 9.146	 3,4%		
<i>Ressarcimento planos e DPVAT</i>	3.097	1,2%		
<i>Tesouro</i>	4.436	1,7%		
<i>Miscelânea de fontes</i>	1.613	0,6%		
 Total	 266.136	 100,0%		

 Fonte: Silveira *et al.*, 2020a.

Conforme demonstrado na tabela, os tributos indiretos respondem por pouco mais de 60% da receita pública despendida diretamente com assistência e promoção da saúde no Brasil. Nesse segmento, se destacam o ICMS e o PIS/COFINS, representando sozinhos mais de 52% do total. Por outro lado, a tributação direta é responsável por 36,3% do montante, com quase metade disso vindo somente do Imposto de Renda e um pouco menos da CSLL (11,1%). Esta preponderância das fontes tributárias indiretas na estrutura de receitas públicas empregadas na saúde sinaliza uma característica regressiva no financiamento da saúde pública no Brasil, visto que os mais pobres têm o seu poder de compra significativamente mais afetado do que os ricos pela incidência desses impostos. Conforme Silveira & Passos (2017), enquanto nos 10% mais pobres da população (renda total familiar *per capita*) a incidência dos tributos indiretos alcançava 28% de renda total, no décimo mais alto da pirâmide essa participação não ultrapassava os 10% dos rendimentos.

Um aspecto importante é a inexpressiva participação do IR – via orçamento federal e nos fundos FPE e FPM – de apenas 16,2% em relação ao total das receitas públicas empreendidas na área da saúde. Sendo este considerado, em tese, o nosso imposto de maior progressividade, sua baixa participação apenas reforça o caráter iníquo e regressivo do financiamento da saúde pública no país. Essa composição deixa claro ainda que há espaços fiscais no Imposto de Renda – tanto em termos de redução de deduções, quanto em um uso mais direto no SUS – e nos impostos sobre o patrimônio.

Silveira *et al.* (2022) estimaram a incidência tributária sobre as famílias empregando a POF 2017-2018, que coleta as despesas com tributos e contribuições sobre a renda e o patrimônio e as despesas de consumo, sobre as quais incidem os tributos indiretos. Nesse caso, faz-se necessária a estimação das alíquotas incidentes sobre tais despesas, utilizando-se, para tanto, de metodologia de estimação por meio do manuseio da Matriz de Insumo Produto, que considera os tributos incidentes sobre o investimento e as margens de comércio e transporte. Vale sublinhar que não são todos os tributos considerados nessas estimativas. No caso dos tributos diretos, os patrimoniais incidentes sobre a transmissão de bens entre vivos (por compra ou doação) e por herança, ainda que presentes no instrumento de coleta (questionários), são muito subenumerados, uma vez que a amostra não comporta a captação de gastos de baixa frequência. Outros tributos diretos são incidentes sobre as pessoas jurídicas e, assim, não

é possível alocar nas famílias/pessoas – no caso, a CSLL. Em relação aos tributos indiretos, as estimativas levam em consideração todos os tributos indiretos que financiam a saúde pública. Na tabela 6, destacam-se aqueles tributos que são passíveis de alocação e o quanto dos tributos/receitas que financiam a saúde pública serão alocados juntos às famílias/pessoas. Efetivamente, serão alocados 83,4% dos tributos/receitas nas famílias/pessoas e, assim, estimar-se-á qual o ônus dos diferentes estratos de renda no financiamento à saúde pública.

A tabela 7 apresenta as estimativas de carga de tributos diretos e indiretos sobre a renda total (incluindo os rendimentos não monetários) de Silveira *et al.* (2022) por décimos de renda familiar *per capita*. Como se pode notar, os tributos indiretos se mostram regressivos, especialmente quando se considera o diferencial de carga entre os décimos extremos – 23% e 9%, sendo menos expressivos no restante da distribuição. Por outro lado, a progressividade dos tributos diretos é insuficiente para mitigar a regressividade dos indiretos. Vale notar que o valor dos tributos de cada décimo de renda é bem desigual, menos que a desigualdade na renda dada da regressividade do sistema como um todo. Em termos de valores, enquanto os quatro primeiros décimos arcam com cerca de R\$ 400 de impostos, os 10% mais ricos são onerados em R\$ 1.543.

Tabela 7 – Renda total mensal familiar *per capita* e incidência dos tributos indiretos e diretos sobre a renda, segundo décimos de renda familiar *per capita*– Brasil, 2017/18

décimos	renda total	incidência		valor (R\$)	
		indiretos	diretos	indiretos	diretos
1	212,05	23%	3%	48,77	6,36
2	409,31	17%	4%	69,58	16,37
3	581,62	16%	4%	93,06	23,26
4	761,38	14%	5%	106,59	38,07
5	962,18	14%	5%	134,71	48,11
6	1.195,81	13%	5%	155,46	59,79
7	1.490,74	13%	6%	193,80	89,44
8	1.934,20	13%	7%	251,45	135,39
9	2.818,05	12%	8%	338,17	225,44

10	7.717,58	9%	11%	694,58	848,93
Total	1.808,46	11%	8%	198,93	144,68

Fonte: Silveira *et al.*, 2022.

Na tabela 8 são apresentados os dados da composição da arrecadação de tributos indiretos e diretos segundo décimos de renda e, como exemplo, como se distribuem R\$ 100 destinados ao financiamento à saúde, que podem ser alocados nas famílias/pessoas. Como se observou, dos tributos/receitas que financiam a saúde pública, 83,4% são passíveis de alocação empregando dados da POF, o que significa que os R\$ 100 do exercício presente na tabela se referem a um financiamento total de R\$ 120.

Enquanto o diferencial entre a renda dos 10% ricos e a dos 20% mais pobres é de 24,8 vezes, essa razão entre os tributos pagos e destinados à saúde pública por esses dois grupos é de 8,4 vezes. Ou seja, o financiamento da saúde pública se mostra regressivo, com um ônus fiscal maior sobre os pobres, indo de encontro a um dos objetivos da tributação ao reforçar a desigualdade de renda.

Tabela 8 – Estrutura de distribuição dos tributos diretos e indiretos e estimativa de distribuição do ônus do financiamento de R\$ 100 por décimos de renda familiar *per capita* – Brasil, 2017/18

décimos	composição		financiamento saúde (R\$) (1)		
	indiretos	diretos	indiretos	diretos	total
1	2,40%	0,40%	17,4	1,1	18,5
2	3,50%	1,10%	25,3	3,0	28,4
3	4,50%	1,60%	32,5	4,4	37,0
4	5,40%	2,30%	39,0	6,4	45,4
5	6,60%	3,30%	47,7	9,1	56,9
6	7,70%	4,20%	55,7	11,6	67,3
7	9,30%	5,80%	67,2	16,1	83,3
8	11,90%	9,10%	86,0	25,2	111,2

9	16,00%	15,90%	115,7	44,0	159,7
10	32,70%	56,30%	236,4	156,0	392,4
Composição/média	72,30%	27,70%	72,3	27,7	100,0

Fonte: Silveira *et al.*, 2020a e Silveira *et al.*, 2022; Conta SHA;
PNS 2019.

- (1) Para um gasto médio *per capita* em saúde de R\$ 100 mensais, valor passível de alocação. Esse valor representa um gasto de R\$ 120 *per capita* mensal, considerando as fontes não passíveis de imputação.

2.5.2. Gasto público em saúde: quem consome

Silveira & Gaiger (2021) mostraram, com base na associação entre os registros administrativos relativos aos gastos em saúde e os dados do Suplemento de Saúde da PNAD de 2008, que o consumo de saúde pública é progressivo, sendo inclusive pró-pobre. Verdade que esse perfil distributivo pró-pobre é muito pouco acentuado, dado que os 50% mais pobres se apropriam de 55% do gasto público em saúde, ao passo que os dois décimos mais ricos da população respondem por aproximadamente 13% desse gasto. A incidência ou prevalência do gasto público se situa entre 9,6% e 12,7% nos primeiros oito décimos da distribuição, com as parcelas apropriadas dos gastos públicos em saúde pelos dois décimos superior caindo para 8,4% e 4,7%, respectivamente. O gasto privado mostra uma realidade diametralmente oposta, uma vez que, segundo a POF 2008/09, os mesmos 50% mais pobres respondem por pouco menos de 20% do total despendido em saúde e os 20% mais ricos, por sua vez, representam 54% deste total.

As estimativas apresentadas pelos autores mostram que os três décimos de maior rendimento se apropriam de quase 23% do gasto público em saúde, tomando posse, ademais, da quase totalidade do gasto tributário, o que significa um dispêndio público total de R\$ 1.285,71 *per capita* com essa parcela da população. Para os 70% de menor rendimento, o gasto público em saúde é de R\$ 1.360,05 *per capita*. Essa similaridade entre os valores de gasto público *per capita* em saúde é bastante redistributiva, visto que a renda difere acentuadamente entre estes dois contingentes populacionais.

A compatibilização entre os registros administrativos da Saúde e os suplementos da PNAD saúde de 2003 e 2008 realizados por Silveira (2012) obteve grandes avanços com a publicação das Contas de Saúde no modelo da OCDE, já muito analisadas aqui, e a Pesquisa Nacional de Saúde, com o escopo voltado à questão das condições de saúde e de acesso e o uso de bens e serviços de saúde. No presente caso, se realizou a associação entre os dados da Conta SHA-SUS e a PNS de 2019 (Silveira *et al.*, 2023).

Dentre os chamados “módulos” da PNS que abrangem aspectos da saúde pública e informações socioeconômicas, e são empregados na organização do instrumento de coleta e na organização dos dados individualizados, o “J” – utilização de serviços de saúde – é o que apresenta a categoria de bem ou serviço de saúde utilizado e o segmento que o proveu – público ou privado. Melhor detalhando: no módulo J da PNS é feita uma série de perguntas em relação ao uso de serviços de saúde pelo(a) respondente, que é instado(a) a especificar se o serviço foi prestado por um provedor público ou privado. Sempre que o(a) respondente afirmava ter utilizado um serviço público, o incluímos na contagem do total de atendimentos realizados pelo SUS.

Ou seja, a organização da Conta SHA por sistemas de financiamento (HF) e funções de cuidado à saúde (HC) e os dados coletados pela PNS no módulo J podem ser associados de modo a alocar o gasto público na estrutura de distribuição da renda. Com isso, pode-se ver a prevalência desse gasto em relação à renda, compará-la com o perfil distributivo do desembolso privado das famílias e com as estimativas do ônus fiscal do financiamento à saúde pública sobre as famílias.

No Quadro 1 se encontram as questões do módulo J da PNS, que trazem informações sobre o uso e o consumo de serviços de saúde e os seus respectivos tipos utilizados, e as funções de cuidado (HC) da Conta SHA-SUS contempladas. Algumas categorias de funções de cuidado em saúde não são passíveis de associação, por serem gastos de caráter administrativo (HC 7) e não classificados (HC 9). Os cuidados de longo prazo (função cuidado HC 3) não contam com correspondência nos quesitos e na resposta do módulo J, assim como as subfunções: i) atendimentos gerais em domicílio (HC 1.4 da função atenção curativa - HC 1); ii e iii) exames laboratoriais clínicos e de imagem (HC 4.1 e HC 4.2 da função atividades complementares de diagnóstico e tratamento – HC 4); iv) outras atividades complementares (HC 4.9); v) órteses e próteses (HC 5.2 da função

medicamentos e artigos médicos – HC 5); atividades complementares à obtenção de produtos médicos (HC 5.3).

Quadro 1– Questões PNS-módulo J e seus quesitos de resposta (serviços de saúde) com a categoria de função de cuidado de saúde Conta SHA-SUS associada

Questão PNS – Módulo J	Serviço de saúde PNS	Categoria de função de cuidado (conta SHA - compatível)
015 Qual o principal motivo pelo qual procurou atendimento nas duas últimas semanas?	01 = Acidente ou lesão	HC 1.3 - Atenção curativa ambulatorial
	02 = Doença	HC 1.3 - Atenção curativa ambulatorial
	03 = Problema odontológico	HC 1.3.2 Atenção ambulatorial odontológica
	04 = Reabilitação ou terapia	HC 2 atendimentos de reabilitação
	05 = Continuação de tratamento	HC 1.3 - Atenção curativa ambulatorial
	06 = Pré-natal	HC 1.3 - Atenção curativa ambulatorial
	07 = Puericultura	HC 1.3 - Atenção curativa ambulatorial
	08 = Parto	HC 1.1 - Internações gerais
	09 = Exame complementar de diagnóstico	HC 1.2 - Hospital-dia para diagnóstico e tratamento
	10 = Vacinação	HC 6 - Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde
	11 = Outro atendimento preventivo	HC 6 - Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde
053 Nos últimos doze meses, utilizou prática alternativa?	Sim (no SUS)	HC 1.3 - Atenção curativa ambulatorial
029 No último atendimento, foi receitado algum medicamento?	Sim (obtido em serviço público de saúde)	HC 5.1 - Medicamentos e artigos médicos não duráveis
039 Qual foi o principal atendimento que recebeu	1= Parto Normal	HC 1.1 - Internações gerais
	2 = Parto Cesário	HC 1.1 - Internações gerais

quando esteve internado pela última vez nos últimos 12 meses?	3 = Tratamento clínico	HC 1.1 - Internações gerais
	4 = Tratamento psiquiátrico	HC 2.1 - Internações em reabilitação
	5 = Cirurgia	HC 1.1 - Internações gerais
	6 = Exames complementares de diagnóstico	HC 1.1 - Internações gerais
	7 = Outro	HC 1.1 - Internações gerais
051 Neste atendimento foi transportado por ambulância ou serviço de saúde?	1 =SAMU	HC 4.3 - Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência
	2 = Ambulância pública	HC 4.3 - Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência

Fonte: Elaboração própria.

A tabela 9 sintetiza as principais informações da associação Conta SHA-SUS com a PNS: o total de pessoas atendidas segundo as categorias de cuidados e os respectivos valores total e médios do gasto SUS. Assim, os R\$ 246,5 bilhões alocados do gasto público em saúde representam 85% do gasto total, sendo que o valor médio do “serviço de cuidado à saúde” foi de R\$ 550, com um valor médio anual *per capita* dos gastos de saúde alocados de R\$ 1.173.

Tabela 9 – Categorias da conta SHA, número de atendimentos¹ capturados pela PNS e valor médio por atendimento no SUS

Categoria (SHA)	Atendimentos¹ SUS (PNS) e população milhares	Valor SUS (SHA) milhões R\$	Valor médio anual R\$
Internações gerais	8.743	69.974	8.003
Atenção curativa ambulatorial	349.655	103.514	296
Reabilitação exceto internações	7.200	2.471	343
Internações em reabilitação	193	561	2.910
Cuidados de Longo Prazo	22.966	3.592	156

Exames	37.615	25.934	689
Transporte de pacientes	1.604	2.585	1.612
Medicamentos	3.285	10.297	3.135
Prevenção	17.171	27.538	1.604
Total – “atendimentos” (1)	448.432		550 ²
– população	210.147	246.466	1.173 ³
		84,9%	
População e Valor totais	210.147	290.392	1.382

Fonte: Conta SHA – IPEA, 2022; PNS, 2019.

(1) Decidiu-se nomear como atendimentos, sendo, de fato, a quantidade de usos dessas categorias pela população investigada. Ou seja, pode haver pessoas que utilizaram mais de uma categoria de consumo da conta SHA;

(2) valor médio por atendimento;

(3) valor médio *per capita*.

Como esse gasto público em saúde se distribui segundo a renda é o que exhibe a Tabela 10, em que se pode verificar o quão progressiva é a saúde pública. Efetivamente, os 60% mais pobres recebem cerca de R\$ 120 familiar *per capita* de saúde pública, reduzindo-se de forma constante até o topo da distribuição, com os 10% mais ricos recebendo R\$ 30 familiar *per capita*. Considerando a importância desse gasto diante da renda, a progressividade fica ainda mais evidente, com o gasto SUS representando quase que a renda monetária no primeiro décimo, reduzindo-se constantemente para 12,5% no 5º décimo, 5,1% no 8º e tão somente 0,5% nos 10% mais ricos. Na média, o gasto público em saúde alocado representa 6,6% da renda monetária, com o predomínio do gasto ambulatorial – 70%.

Tabela 10 – Renda monetária e gasto SUS – total, ambulatorial e internações – mensais familiar *per capita*, por décimos de renda domiciliar *per capita*. Brasil, 2019.

R\$ mensais domiciliar *per capita* (2019)

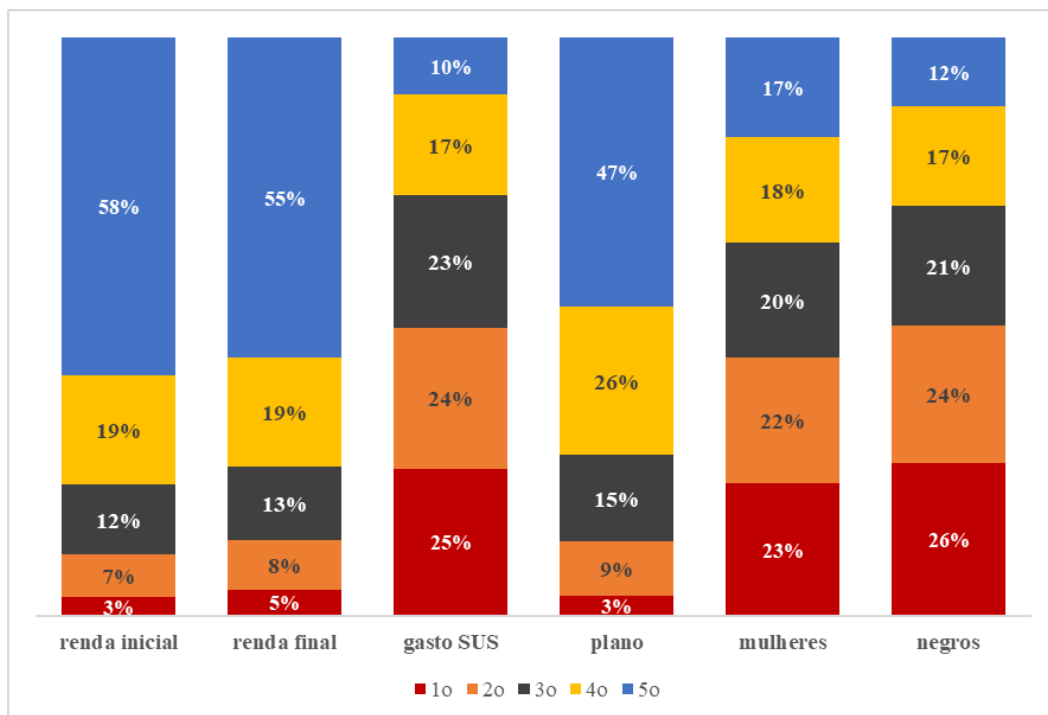
décimos de renda domiciliar <i>per capita</i>	renda monetária	gasto total SUS	gasto ambulatorial	gasto internações
1o	139,16	127,98	85,75	37,67
2o	328,98	121,39	80,47	35,80
3o	476,70	120,85	79,61	35,53
4o	627,73	118,34	79,36	32,97
5o	803,38	101,14	66,83	29,29
6o	992,06	123,63	74,86	40,84
7o	1.210,68	89,25	59,31	24,42
8o	1.588,47	80,78	54,39	22,02
9o	2.299,59	66,11	46,19	15,42
10o	6.377,40	30,81	21,66	6,62
média	1.484,49	98,03	64,84	28,06

Fonte: Conta SHA; PNS, 2019.

Vale, agora, analisar a distribuição do gasto público em saúde segundo estratos de renda selecionados comparando com as estruturas de distribuição da renda monetária, da afiliação a planos de saúde e da população domiciliada em famílias chefiadas por mulheres e negros. Considerou-se, ainda, a renda resultante da incorporação do gasto SUS à renda monetária inicial, denominando-a de renda final. O gráfico 4 apresenta essas distribuições, com base na PNS e na associação dela com a conta SHA-SUS, por quintos de renda monetária domiciliar *per capita*, ficando patente o caráter pró-pobre e, portanto, favorável a mulheres e negros do gasto SUS. Efetivamente, os 40% mais pobres, onde se encontram 43% e 50% da população domiciliada com chefes mulheres e

negros, respectivamente, se apropria de 49% do gasto SUS. No outro extremo, respondem por tão somente 10% da renda monetária inicial e 12% da população afiliada a planos de saúde. O gasto SUS tem, inclusive, uma participação dos 20% mais ricos menor que a população sob chefia feminina e negra. Interessante notar que o gasto SUS altera relativamente pouco a distribuição da renda quando este é incorporado: os 40% mais pobres têm sua participação na renda aumentada de 10% para 13%, justamente a redução que os 20% mais ricos têm com a incorporação do gasto SUS. Isso mostra, por um lado, a importância que o gasto público em saúde tem para os mais pobres e, por outro, que para se alterar a distribuição de maneira mais expressiva não é suficiente um incremento – mesmo que substancial, no gasto destinado aos mais pobres – do gasto SUS, ainda que este incremento seja importante do ponto de vista de acesso aos serviços de saúde. Porém, apenas sob o ponto de vista da equidade, pode-se afirmar que o melhor mecanismo redistributivo é a tributação, pois é como se pode reduzir quem responde, de fato, pela desigualdade – o topo da distribuição. (Di Candia, Bridi & Silveira, 2022).

Gráfico 4 – Estrutura de distribuição da renda inicial, final, do gasto SUS e das populações afiliadas a planos de saúde e chefiadas por mulheres e negros, segundo quintos de renda domiciliar *per capita*. Brasil, 2019



Fonte: Conta SHA; PNS, 2019.

2.6. Gasto privado e público: como se distribui o gasto e seu financiamento

Com os dados apresentados, tem-se um balanço do gasto/consumo de saúde no Brasil, observando-se, uma enorme desigualdade no consumo, mesmo com a elevada progressividade do gasto público, e a segmentação tanto da oferta, como das cestas de consumo nos diferentes estratos de renda e, como os estudos apontam, regionalmente e por raça e gênero. Previamente, a análise desse balanço do consumo de saúde pelos grupos de renda deve apresentar uma síntese comparativa entre os valores alocados, os privados, via POF 2017-2018, e os públicos, por meio da associação PNS 2019 e Conta SHA-SUS, e os montantes apresentados na Conta SHA-SUS. A tabela 11 exibe essa síntese; com o exercício aqui realizado, contempla cerca de $\frac{3}{4}$ do consumo em saúde no Brasil, sendo que quando se descontam os planos de saúde a cobertura atinge 91%. Esse fato mostra que o grau de desigualdade no consumo de saúde se encontra subestimado, uma vez que a POF demonstra o quanto esse consumo é regressivo. A parcela não coberta relativa aos planos pelo estudo se refere, em especial, aos planos concedidos aos empregados pelas empresas, devendo, ademais, haver subenumeração pela POF dos gastos com planos pelas famílias [nota: possibilidade com a POF e PNS de exame dessa subenumeração e de avaliar, também, o grau de aderência da *proxis* do gasto público pela POF]. Como dito, a cobertura do gasto público é bem elevada e o gasto? das famílias sem plano é ainda maior.

Tabela 11 – Comparação entre os valores mensais *per capita* estimados por meio POF e PNS e os da Conta SHA.

Setor	R\$ bilhões correntes		
	PNS / POF	Conta SHA	cobertura
Público – 2019	98,03	109,09	90%
Famílias - 2017/18	90,87		
Famílias sem planos - 2017/18	59,08	63,65	93%
Planos – 2019		82,10	
Sem planos	157,11	172,74	91%

Total	188,90	254,84	74%
--------------	---------------	--------	-----

Fonte: Microdados POF 2017-2018; Conta SHA; PNS, 2019.

A tabela 12 apresenta os gastos mensais familiares *per capita* com saúde via desembolso monetário das famílias (privado) e por meio da oferta pública (SUS), as estimativas de valor para financiamento da saúde pública e as rendas monetárias apuradas na POF e na PNS, por décimos de renda familiar/domiciliar *per capita*. A importância do gasto SUS fica evidente na redução da desigualdade no consumo de saúde, visto que a razão entre o gasto privado dos 10% mais ricos e dos 40% mais pobres de 13,0 vezes se reduz para 2,6 vezes para o gasto total – privado e público. A distância entre o consumo total em saúde dos 10% mais pobres e os 10% mais ricos é de R\$ 140 ao passo que no desembolso direto das famílias a diferença alcança quase R\$ 340. E esse gasto tem um financiamento relativamente progressivo, uma vez que os 10% mais ricos pagam 21 vezes o que os 10% mais pobres pagam, similar ao observado no gasto privado direto, mas bem menos que para a renda monetária de 53 vezes.

Tabela 12 – Renda e gasto em saúde monetários (POF), valor estimado de financiamento do gasto público (POF) e renda monetária e gasto público (PNS e SHA) por décimos de renda familiar/domiciliar *per capita*. Brasil, 2017/18 e 2019.

(valor monetário mensal *per capita*)

décimos da renda domiciliar <i>per capita</i>	renda monetária POF 2017/18	gasto privado monetário - POF 2017/18	financiament o gasto público - estimativa POF 2017/18	renda monetária PNS 2019	gasto público - Conta SHA x PNS 2019	gasto total bruto
1o	118,98	15,82	15,46	139,16	127,98	143,80
2o	281,52	21,78	23,08	328,98	121,39	143,17
3o	422,74	29,16	29,90	476,70	120,85	150,01
4o	571,45	41,65	36,93	627,73	118,34	159,99
5o	738,33	48,46	46,63	803,38	101,14	149,60
6o	950,05	66,76	55,22	992,06	123,63	190,39
7o	1.165,15	77,92	68,00	1.210,68	89,25	167,17
8o	1.542,06	95,60	91,03	1.588,47	80,78	176,38

9o	2.288,38	158,63	130,39	2.299,59	66,11	224,74
10o	6.255,65	352,86	320,91	6.377,40	30,81	383,67
<i>total</i>	1.433,58	90,87	81,75	1.484,49	98,03	188,9

Fonte: Microdados POF 2017-2018; Conta SHA; PNS, 2019.

O peso desses gastos na renda, segundo décimos e quintos de renda familiar *per capita*, são apresentados na Tabela 13 e no Gráfico 5. Como já dito, o gasto privado se mostra altamente regressivo em relação à renda monetária, com o primeiro décimo arcando com 13% de sua renda com saúde, os seguintes com entre 6 e 7%, e o último com menos de 6%. Vale observar que tal regressividade guarda grande semelhança com a que se verifica no financiamento à saúde pública. Felizmente, esse financiamento regressivo se converte em um gasto altamente progressivo, chegando a representar quase a renda do primeiro décimo e superior a $\frac{1}{4}$ nos dois décimos seguintes, ficando acima de 12% até o 6º décimo.

Tabela 13 – Participação na renda do gasto privado em saúde, do financiamento à saúde pública e do gasto público de saúde por décimos de renda domiciliar/familiar *per capita*. Brasil, 2017/18-2019.

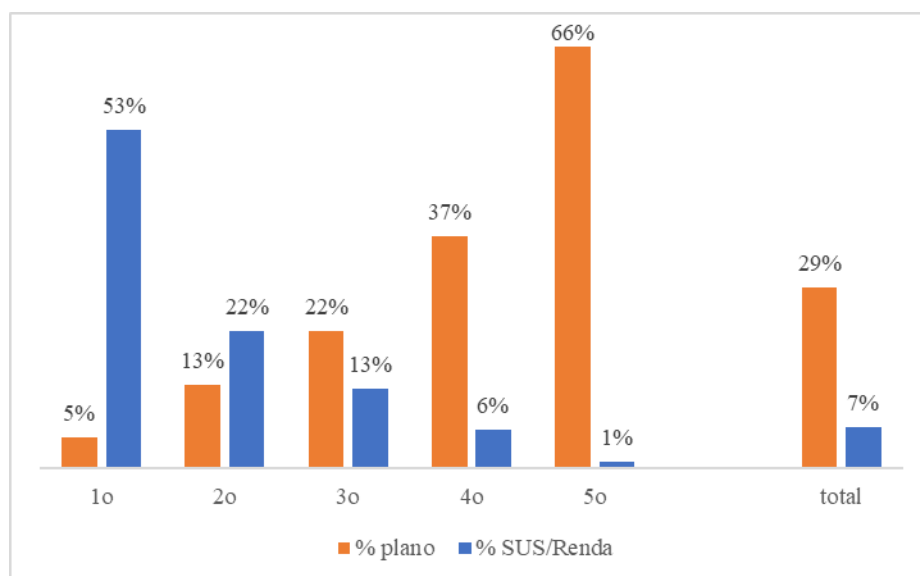
décimos da renda domiciliar <i>per</i> <i>capita</i>	participação na renda		
	gasto privado	financiamento gasto público	gasto público
1o	13,3%	13,0%	92,0%
2o	7,7%	8,2%	36,9%
3o	6,9%	7,1%	25,4%
4o	7,3%	6,5%	18,9%
5o	6,6%	6,3%	12,6%
6o	7,0%	5,8%	12,5%
7o	6,7%	5,8%	7,4%
8o	6,2%	5,9%	5,1%
9o	6,9%	5,7%	2,9%

10o	5,6%	5,1%	0,5%
total	6,3%	5,7%	6,6%

Fonte: Microdados POF 2017-2018; Conta SHA; PNS, 2019; Silveira *et al.*, 2022; Silveira *et al.*, 2020a.

Com o intuito de reduzir o efeito do déficit orçamentário dos mais pobres sobre a incidência do gasto em saúde, avaliou-se a incidência do gasto público sobre a renda pelos quintos de renda familiar *per capita*, e, como contraponto, a participação dos afiliados a planos de saúde em cada quinto. Como se pode notar, o gasto público em saúde representa mais da metade da renda no quinto mais pobre, reduzindo-se para 22% no segundo quinto, 13% e 6% nos quintos seguintes e chegando a ínfimo 1% nos 20% mais ricos. De outra parte, os afiliados a planos respondem por 2/3 da população do quinto mais rico, reduzindo-se sistematicamente conforme a renda cai, atingindo 5% no quinto mais pobre.

Gráfico 5 – Participação da população afiliada a planos de saúde e do gasto SUS (imputado) na renda, segundos quintos de renda domiciliar *per capita*. Brasil, 2019



Fonte: Conta SHA; PNS, 2019.

Sinteticamente: o gasto público, ou o gasto SUS de modo geral, mostra-se altamente redistributivo, ainda que escorado essencialmente em tributos indiretos. Como o gasto das famílias supera o gasto estatal em importância no total do gasto com saúde no Brasil, o efeito regressivo e pró-rico do gasto privado tende a se sobrepor ao efeito progressivo e pró-pobre do gasto público. Este fato torna, no cômputo geral, o consumo de bens e serviços de saúde regressivo, diferentemente do observado em países desenvolvidos com sistemas universais de saúde, onde o peso do subsistema privado é muito menor do que aqui. Se ainda levarmos em conta os gastos tributários, concentradores, como demonstrado acima, esse quadro de concentração dos gastos em saúde se acentua ainda mais. Outro ponto que tende a tornar o financiamento do consumo-saúde um instrumento mais concentrador de renda é a base de tributação, onde predominam fortemente os tributos indiretos (que são, via de regra, mais regressivos e, logo, concentradores).

3. PÚBLICO E PRIVADO NA SAÚDE: PREFERÊNCIA, ESTÍMULO E DISPUTA POR RECURSOS.

3.1. *Preferência crônica (e fomentada) por saúde privada*

Há, em curso, no Brasil, uma tentativa (cada vez mais exitosa) por parte das elites empresariais e midiáticas de incutir na população o sentimento de inferioridade e ineficiência do SUS comparado ao sistema de saúde privado. Impetrado este pensamento, verifica-se um desejo atroz de “fuga da saúde pública” por parte de qualquer cidadão que perceba a chance de obter um plano de saúde, seja num seguro coletivo via emprego formal, ou angariando meios para arcar com seu próprio plano de saúde individual. Cada vez mais descreditado por essa construção narrativa, o SUS passa a ser encarado pela população e por lideranças políticas como “atenção básica para indivíduos pobres” e não como o sistema universal de saúde vislumbrado quando da sua concepção.

Esse sentimento de que a saúde pública apresenta baixa qualidade encontra terreno fértil no comportamento sociopolítico e econômico da população. Com a universalização dos serviços educacionais e de saúde – processo que se estendeu do fim da ditadura até o final do século passado – as classes médias tradicionais – em especial a chamada classe média alta – migraram, com o apoio do Estado, para a oferta privada. Disso surgiu a associação entre o consumo de serviços públicos mercantilizados e a mobilidade social, como bem aponta Cardoso (2000) ao defender que esse foi um dos fatores que levou às manifestações de 2013 e à crise política e econômica vivenciada nos anos seguintes. “Se a desigualdade de oportunidades é considerada *justa* pelos mais pobres, é porque os serviços mercantilizados, visto como melhores, são uma aspiração da maioria dos brasileiros, incluindo os mais pobres. Isto é, num ambiente em que a qualidade é sinônimo de mercado, aquela aspiração ganhava a forma de desejo de inclusão no *mercado*”. (Cardoso, 2000: 43-4).

Esse comportamento político da população se reflete nas suas decisões de consumo, com os serviços de saúde, notadamente os planos de saúde, sendo bens de

luxo – ou, com elasticidade-renda superior a 1. Menezes, Azzoni e Silveira (2008) estimaram as elasticidades-renda das principais rubricas de consumo com a das despesas em saúde alcançando 1,3. Assim, um aumento na renda do consumidor médio de 10% implica um aumento no consumo de bens e serviços de saúde de 13%.

Uma pesquisa divulgada em abril de 2022 pela Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) corrobora amplamente esta percepção. Segundo o levantamento, 83% dos entrevistados que são usuário regulares do SUS entendem ser necessário adquirir um plano de saúde. Dentre os respondentes que não têm plano, mas pagam regularmente por algum consumo em saúde, 64% afirmavam ser necessário ter plano de saúde. Nesta mesma pesquisa, o “plano de saúde” só ficou atrás da “casa própria” como item de consumo mais importante para os entrevistados usuários do SUS (45% de taxa de importância contra 71% da casa própria). Ainda dentro do mesmo universo – usuários regulares do SUS – 76% dizem que “questões financeiras” são a única razão para não adquirir de imediato um plano de saúde. Outros 9% afirmam aguardar um emprego que ofereça este benefício. Por fim, a pesquisa aponta que 47% dos entrevistados precisaram reajustar as despesas da casa para manter o plano de saúde nos últimos dois anos, sendo esse índice ainda maior para indivíduos de 50 anos ou mais (63%) e de até dois salários mínimos (61%).

Estudos apontam também que as variáveis renda, escolaridade e tamanho da família costumam ser as mais decisivas na escolha do indivíduo pela assistência privada à saúde, apresentando uma menor significância a idade do indivíduo, o gênero e sua condição de saúde autoavaliada (Bós & Bós, 2004). Indivíduos com maior nível de renda, maior escolaridade e menor número de integrantes no núcleo familiar, costumam acessar mais os serviços privados de saúde, sendo a renda o fator mais significativo. Andrade & Maia (2007), estudando especificamente a demanda por planos de saúde, registram que a escolaridade e a renda *per capita* apresentam relação estritamente monotônica e positiva com a demanda de seguros-saúde¹⁴.

¹⁴ Cumpre ressaltar a existência de uma literatura internacional (Grossman, 1972; Kassouf, 2005) que identifica uma correlação negativa entre o nível de educação e as despesas médicas privadas. Isto porque pessoas com mais alto nível educacional, apesar de demandarem um estoque ótimo de saúde maior, possuem um grau de instrução que lhes permite avaliar melhor o seu estado de saúde e direcionar a procura por serviços de saúde de modo mais assertivo, portanto, com menor “desperdício” de recursos.

A última PNS (IBGE, 2020) corrobora com esses apontamentos teóricos, mostrando que, no Brasil, somente 2% das pessoas que têm renda de menos de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo possuem algum tipo de plano de saúde (individual ou coletivo), enquanto esse índice dispara para 87% entre os que recebem mais de cinco salários mínimos mensais. O mesmo estudo ainda indica que 16% das pessoas sem qualquer instrução formal – ou com Ensino Fundamental incompleto – possuem acesso à saúde suplementar, contra 67,6% das pessoas que completaram o Ensino Superior. Em números totais, a PNS aponta que 28,5% dos brasileiros possuem algum tipo de seguro-saúde privado, enquanto 71,5% têm de recorrer exclusivamente ao SUS para a assistência médica.

Na retórica de sustentação da grande mídia e da elite político-empresarial por uma supremacia privada na Saúde, o SUS está sempre apresentado como um provedor de qualidade baixa e longo tempo de espera, numa comparação estereotipada com os provedores privados, caracterizados como de melhor qualidade, de atendimento pronto e confiável, apesar de reconhecidamente caros para grande parte da população. Vale citar que, conforme rememoram Bahia & Scheffer (2018), a concepção que sustenta essa retórica não é recente: em 1989, o Banco Mundial publicou um documento no qual defendia que os pobres teriam acesso a um melhor atendimento de saúde se os governos contratassem serviços de saúde das empresas de planos, em detrimento de investir propriamente na rede de atendimento da saúde pública.

De forma geral, já parece exitosa a campanha para incutir essa percepção da superioridade da saúde privada no imaginário do cidadão médio. Porém, é importante ressaltar que diversos aspectos observáveis dificultam a sustentação dessa narrativa. Primeiramente, remete-se à questão da eficiência. Em geral, para se discutir eficiência na vertente econômica – em qualquer tipo de sistema, como o de saúde por exemplo – recorre-se à confrontação entre o volume de recursos financeiros aplicados e os respectivos resultados obtidos, num determinado local e por um dado período¹⁵. Mais especificamente sobre esta discussão da eficiência no setor da saúde, Cylus, Papanicolas & Smith (2016, p.2) afirmam:

¹⁵ A própria Constituição Federal do Brasil (1988), em seu artigo nº 74, consagra esta percepção de eficiência ao falar em “indissociação do uso racional e ótimo dos meios e a satisfatoriedade dos resultados”.

The concept of health system efficiency may seem beguilingly simple, represented at its simplest as a ratio of resources consumed (health system inputs) to some measure of the valued health system outputs that they create. In effect, this creates a metric of the generic type, the so-called resource use per unit of health system output. [...] Within the health system as a whole, there exist a seemingly infinite set of interlinked processes that could be evaluated independently and found to be efficient or inefficient [...], apparently disconnected indicators that give glimpses of certain aspects of inefficiency, but rarely offer a comprehensive overview.

Em linhas gerais, não há qualquer comprovação empírica de que o privado se sobreponha ao público na área da gestão da saúde e, tampouco, em relação ao consumo deste item. Diversos estudos apontam nessa direção, ainda que adotando vieses diferentes de análise e métodos diferentes de estimação (Bahia & Scheffer, 2018; Cegatti, Carnut & Mendes, 2020; Bosi & Mercado, 2006; Yazlle Rocha & Simões, 1999; Calvo, 2002).

Um dos pontos que mais contribui para essa visão de uma eficiência “não plena” do atendimento privado de saúde no país deriva dos chamados “vazios assistenciais da Saúde Suplementar”. Segundo uma pesquisa da ANS (2015), parte considerável dos municípios brasileiros está fora da área de atendimento da assistência privada nos serviços de internação (29,2%), atenção de urgência (26,4%), serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (32,1%) e médicos clínicos (53,7%). Considerando estes quatro quesitos conjuntamente, 46,3% dos municípios brasileiros configuram vazios assistenciais. Em que pese a possibilidade de utilização dos serviços privados em outras localidades, a existência desses vazios assistenciais significativos sugere que há barreiras geográficas ao acesso dos consumidores da saúde privada em uma parcela não desprezível das cidades brasileiras. Em pesquisa qualitativa realizada em 2022 pelo IPEC/Globo, quase 50% dos usuários apontam a baixa cobertura de procedimentos, exames e cirurgias como o principal problema da saúde privada no Brasil, seguido justamente pela limitação da rede de médicos e de hospitais, e da demora para conseguir consultas, exames ou cirurgias. O baixo valor do reembolso fecha a lista dos cinco principais problemas, segundo a pesquisa.

Mais um item que merece destaque e corrobora o ponto aqui aventado da ineficiência na saúde privada é a desigualdade no acesso à saúde suplementar dentre as diversas regiões do país. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), 28,5%

dos brasileiros possuem plano de saúde privado médico ou odontológico. Porém, este índice varia demasiadamente se considerarmos as grandes regiões do país: enquanto o Sul (30,5%) e o Sudeste (34,9%) apresentam cobertura acima da média nacional, as regiões Norte (14,7%) e Nordeste (16,6%) têm proporções muito menores de sua população sob assistência direta da saúde suplementar, enquanto a região Centro-Oeste (28,9%) fica praticamente igual à média do país. Se analisarmos os dados por estado, as discrepâncias entre as maiores coberturas por plano privado – São Paulo (38,4%) e Distrito Federal (37,4%) – e os menores índices dessa cobertura – Maranhão (5,0%) e Roraima (7,4%) – são ainda mais significativas. A mesma pesquisa ainda aponta desigualdades marcantes no acesso à saúde privada nos diferentes grupos de instrução, renda, e cor da pele: pessoas com ensino superior completo, renda acima de 5 salários mínimos e brancas chegam a ter acesso 100 vezes maior à saúde suplementar do que indivíduos sem instrução, negros, ou que auferem menos de 1 salário mínimo por mês. Vale destacar ainda que o nível dessas disparidades é muito semelhante ao que foi observado na PNS de 2013, evidenciando que o quadro de desigualdade se encontra estabilizado.

Outro ponto que denota ineficácia na saúde suplementar é a crescente demanda ao Judiciário para a obtenção de acesso à assistência médica contratada, ou tratamentos de saúde adjacentes. Os consumidores dos planos de saúde, por intermédio de suas representações públicas e privadas – e com base nos recursos de poder instituídos através do Código de Defesa do Consumidor e pela Lei nº 9.656 – têm acionado os órgãos reguladores e promovido um crescimento em ações judiciais, com pedidos de liminares que costumeiramente são interpretadas pela Justiça sob um enfoque de uma relação mais de consumo do que propriamente de saúde. Assim, tem se consolidado uma jurisprudência importante sobre várias situações de lesão de direito cometidas na saúde suplementar, sobretudo em relação a exclusões de atendimento por motivos de atraso no pagamento, idade, preexistência de doenças, etc., norteadas por sentenças geralmente favoráveis ao cliente e obrigando as operadoras ao cumprimento forçado dos contratos. Vale citar que o SUS, ou a Saúde Pública no geral via Estado, também é motivo de um número de querelas judiciais bastante elevado¹⁶. Porém, o que se registra aqui é que essa

¹⁶ Cumpre notar que a “judicialização” tem sido um problema geral no país, sendo recorrente também em relação ao serviço público de saúde, com um aumento de 130% na demanda judicial específica sobre o direito à saúde entre 2008-2017, contra 50% de aumento no total de processos (CNJ, 2019). Porém, em

judicialização também é altíssima dentro do sistema suplementar de saúde, o que denota imperfeições significativas na prestação destes serviços privadamente.

Segundo apontamento do IPEA (2016), o principal problema relatado pelos consumidores na judicialização das questões é realmente com relação às negativas de cobertura de atendimentos e procedimentos médicos. De acordo com o relatório “Judicialização da Saúde Suplementar” do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em média 130 mil processos/ano, ou pouco mais de 1/3 da demanda judicial referente ao direito à saúde entre 2015-2021, foram relativos apenas a planos e seguros, englobando direta ou indiretamente mais de 47 milhões de usuários nestes processos. Em última instância, o “consumidor” termina sempre sendo negativamente afetado pelo excesso da judicialização, tanto através da interferência de decisões individuais nos serviços coletivos, quanto pelo repasse de parcela dos custos jurídicos das operadoras aos clientes via preço.

A compreensão dos efeitos da judicialização na saúde carece de mais estudos, porém os dados citados, juntamente com os anteriores, servem para reforçar o afastamento de qualquer tese de eficiência plena na saúde privada, ou primazia efficientista do privado sobre o público na obtenção do direito à saúde. Mesmo que considerado anacrônico, encarecido e cada vez mais questionado judicialmente, o fato é que o setor privado de assistência direta à saúde permanece sendo atrativo para a imensa maioria dos brasileiros, como vimos no princípio desta seção.

3.2. *O público e o privado na saúde brasileira: contrapostos ou indissociáveis?*

Na seção anterior discutimos um processo crescente e exitoso de captura cognitiva da sociedade brasileira pela elite hegemônica do país, no sentido de “rejeição” ao SUS e priorização da busca pela assistência privada. Ocorre que esta visão ratifica uma dicotomia imanente entre o setor público e o setor privado na atenção à saúde, como se houvesse uma clara distinção entre esses conjuntos unitários e a escolha dos indivíduos fosse mutuamente excludente, sem intercessão. Entretanto, o que há na

relação à saúde pública, observa-se um outro viés nos reclames, sendo na grande maioria dos casos direcionados à obtenção de medicamentos caros ou tratamentos específicos. Do total de ações no âmbito da saúde (2008-2017), 70% tinham “medicamentos” como objeto central (Vieira, 2020).

realidade brasileira da assistência à saúde é uma relação imbricada entre público e privado, com uma estratificação complexa, tanto da oferta, quanto da utilização dos serviços. “O Brasil não tem dois sistemas de saúde. Tem o SUS e um setor que comercializa planos de saúde e oferta serviços privados e filantrópicos, tanto na atenção ambulatorial, quanto na hospitalar” (Bahia, 2018).

O fato é que há, em curso, dentro do SUS, um processo de privatização, principalmente através da terceirização da força de trabalho médica/paramédica e da passagem de unidades públicas de saúde para o gerenciamento de entidades privadas (sobretudo as Organizações Sociais da Saúde). Este movimento de privatização de políticas sociais não é exatamente novo no país – tendo referência na área da saúde desde o período militar¹⁷ – mas vem se intensificando mais recentemente. Araújo (2015) verifica um processo histórico de apropriação privada da saúde no Brasil passando pela assistência direta até a administração da saúde. Ou seja, constata-se que, historicamente, o setor empresarial se apropria dos recursos da máquina estatal e dos fundos públicos, não se restringindo somente à assistência direta ao consumidor privado.

Na plena estruturação do modelo neoliberal no Brasil, a partir da década de 1990, o governo Fernando Henrique Cardoso intensificou a tendência de privatização do SUS por meio das contratualizações, priorizando os interesses privados. O ciclo neoliberal que a partir dali parece ganhar mais corpo passa por aumentar cada vez mais a dependência do sistema em relação aos prestadores privados, elevando os custos e inviabilizando economicamente a atuação do Estado no setor, o que, no extremo, tende a empobrecer os serviços públicos de saúde. Por essa lógica, cada vez mais o indivíduo vai se tornando responsável exclusivo por seu cuidado de saúde, demonstrando a “incapacidade” do modelo estatal em garantir a vida e a dignidade e forçando a recorrência ao subsistema de assistência privada.

Como citado, um instrumento que tem sido recorrente nessa tendência de “privatização” da saúde pública no Brasil são as Organizações Sociais (OS), ou, mais especificamente para o setor, as Organizações Sociais da Saúde (OSS). Estas organizações se caracterizam, de uma forma geral, como entidades civis de interesse social e sem fins lucrativos, com possibilidade de atuar na gestão e execução de

¹⁷ Em 1967, houve a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde, na qual surge a proposta de criação do *Plano Nacional de Saúde*, que teria o objetivo de vender hospitais públicos para a iniciativa privada contratar cooperativas médicas ou empresas privadas para a prestação de serviços públicos de saúde.

atividades em diversas áreas de utilidade pública (educação, saúde, pesquisa científica, tecnologia, cultura etc.). Nesse modelo de contratualização, o Estado outorga um determinado serviço de relevância social para que uma organização de direito privado (reconhecida pelo poder público enquanto uma OS), exerça certas funções cabíveis ao próprio poder público naquele setor. Esta delegação de atividades pelo poder público não engloba transferência de patrimônio – como ocorre num processo de privatização comum –, funcionando a OS apenas como fiel depositária dos bens concernentes pelo tempo do contrato. Em geral, o financiamento público das organizações sociais ocorre de modo fragmentado, com um montante de 90% do repasse em parcelas mensais fixas pré-estabelecidas e os 10% restantes condicionados à execução de metas previstas no contrato de gestão.

Segundo Araújo (2015), as OS surgem como instrumento de viabilização e implementação de políticas públicas, consubstanciadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (1998). Nesta seara, o Congresso Nacional aprovou a Lei n. 9.637/1998, que “dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e a criação do Programa Nacional de Publicização”. A partir deste regramento, as organizações sociais teriam as prerrogativas de contratar empregados sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e na ausência de prestação de contas aos órgãos de controle internos/externos da administração pública; poderiam, ainda, aprovar o seu próprio regulamento interno contendo normas e regras para contratação de obras, serviços, compras e alienações, plano de cargos, salários e benefícios dos funcionários etc. Com estas premissas mais “livres”, as organizações sociais foram apontadas, à certa altura, como um instrumento de gestão estratégica que seria importante para uma reforma e atualização no modelo de gerenciamento público, pois confeririam maior agilidade e flexibilidade aos processos.

Seguindo este caminho institucional-legal, a Lei de Responsabilidade Fiscal (2000) tendeu a acelerar o processo de terceirização dos serviços públicos, ao impor limites mais rígidos aos gastos e à contratação de pessoal pelo Estado. Em dezembro de 2004 surge a Lei Federal nº 11.079, que trata da regulamentação das parcerias público-privadas (PPP), estabelecendo que estas seriam como contratos de parcerias firmados entre o setor público e o setor privado, nos quais o ente público responsável por um serviço contrata um agente privado para a execução desse serviço, atividade ou

empreendimento público, com responsabilidade de pagamento integral do Estado e não podendo incidir qualquer tipo de cobrança direta sobre o usuário do serviço.

De modo específico, as Organizações Sociais da Saúde começam a aparecer no Brasil a partir do Plano Diretor de Reforma do Estado desencadeado entre 1994/1995, ainda no primeiro governo FHC. Elas se consolidam como uma das modalidades do que se passou a denominar ali de "terceiro setor", especificamente nesse caso voltadas para gerir e prover serviços de saúde e vinculadas ao modelo de parcerias público-privadas, que se espalhava mundo afora (Morais *et al.*, 2018; Barbosa & Elias, 2010). Segundo os ideólogos deste processo, o objetivo central do modelo de gestão terceirizada de aparelhos de saúde através das OSS seria a permissão de maior flexibilidade e autonomia ao serviço público, que no modelo tradicional de administração e execução direta se encontraria engessado e burocrático, propiciando assim o incremento de qualidade e eficiência deste sob a regulação estrita do Estado, com a responsabilidade de tecer um modelo firme de contrato, tanto para a gestão, quanto para a fiscalização dos resultados obtidos. Na prática, entretanto, a recorrência a estas organizações têm crescido muito além do previsto, atuando de forma suplementar à saúde estatal (e não complementar, como previra a CF 88), sem o devido monitoramento das metas e, ainda, sem os ganhos de eficiência alardeados.

Sobre os impactos da crescente participação das organizações sociais na área da saúde, há algumas interpretações divergentes. Barata & Mendes (2017), tratando especificamente do estado de São Paulo, trazem uma análise mais positiva sobre o desempenho das organizações, destacando o aumento da eficiência dos serviços prestados principalmente devido à maior flexibilização e agilidade na contratação de pessoal e ao fato de o balanço de suas prestações de contas ser publicado no Diário Oficial do Estado (analisado pelo Tribunal de Contas), sendo este um dos caminhos encontrados para dar transparência e aperfeiçoar a prestação de serviços pelo SUS. Por outro lado, analisando a experiência com as OSS, praticamente no mesmo universo (mas agora só para a capital do estado), Contreiras & Matta (2015) afirmam que a administração gerencial estabelecida pelo setor privado nos serviços de saúde esteve distante de cumprir critérios mais estritos de eficiência, além de apontarem que tal processo se tornou excessivo, atingindo, em alguma medida, mais de 90% dos estabelecimentos públicos de saúde.

Carneiro Junior & Elias (2006) afirmam que a delegação da gestão às OSS não facilita a efetivação do controle público sobre a área da saúde, como tampouco amplia o espaço para a formulação de políticas públicas ou traz mais equidade no acesso aos serviços do setor. Apontam ainda ser necessário considerar que o monitoramento dos contratos não é simples, havendo diversas falhas nos mecanismos de controle de contratos e gestão. Adriana Leite (2014), por sua vez, analisando o contexto das OS no estado de Pernambuco destaca que não existem avaliações confiáveis que demonstrem efetivamente uma maior eficiência das organizações sociais na gestão dos equipamentos de saúde. A autora aponta que as avaliações de resultados padecem de diversos problemas como a “manipulação de acordo com metas conservadoras estabelecidas pela própria gestão”. O estudo reforça que a mera flexibilidade dos instrumentos de gestão e contratação de funcionários não garante transparência, tampouco eficiência ou um melhor desempenho no serviço prestado.

Como dissemos anteriormente, este aumento da participação dos organismos privados na gestão e execução dos serviços públicos de saúde não se limita apenas ao modelo das organizações sociais, apesar de ser este o tipo de maior incidência. Em meio à ofensiva neoliberal crescente das últimas décadas, num contexto em que as questões fiscais do Estado brasileiro estão determinadas como epicentro da crise econômica e social atravessada desde o início de 1980, observa-se também uma escalada no número de Parcerias Público-Privadas (PPP)¹⁸ e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) atuando na administração e prestação dos serviços públicos de assistência à saúde. Seja qual for o modelo de contratualização entre o público e o privado, a intensidade deste movimento tem aumentado, porém ainda com muita resistência e burocracia, bem como com baixa fiscalização, transparência e efetividade. E, além de tudo, sempre se escorando na mesma cantilena de transferir bens públicos, recursos humanos e financeiros ao setor privado, a fim de aumentar a flexibilidade e eficiência gerencial e reverter a precarização dos serviços e vínculos. Tem se avançado, assim, por um terreno perigoso, no qual o papel do Estado como garantidor do direito à saúde pode ficar comprometido a partir do momento em que a iniciativa privada vai, cada

¹⁸ A terminologia “Parceria Público-Privada” não denota apenas uma modalidade de contrato entre o Estado e os agentes do mercado, sendo usada de maneira ampla como um “guarda-chuva”, envolvendo diferentes tipos de relação.

vez mais, passando de um caráter complementar para substitutivo, ou seja, a atuação do setor público vai se esvaziando e dando lugar para o privado.

Não devem ser ignorados os efeitos da financeirização¹⁹ sobre essa contenda público-privada pelos recursos da saúde, um fenômeno que vêm despertando atenção de estudos nacionais (Sestelo, 2016; Andreazzi & Kornis, 2008; Hiratuka *et al.*, 2016) e internacionais (Hunter & Murray, 2019; Krech, 2018). O protagonismo crescente obtido por investidores, empresas e agentes financeiros está intrinsecamente ligado às reformas setoriais e conseqüentemente será um fator político-econômico (e ideológico) determinante para as políticas de assistência à saúde. As visões mais críticas sobre este processo avaliam que a financeirização pode tornar o sistema de saúde uma plataforma para a valorização financeira, afetando a estabilidade, a organização e os custos do serviço, além dos seus princípios fundamentais de acesso e igualdade. Sobre este ponto, Mattos *et al.* (2022, p.15) afirmam que:

A financeirização se mostra um determinante histórico e estrutural dos sistemas de saúde capaz de impulsionar transformações técnicas, políticas e assistenciais nas quais a lógica econômica e financeira dificilmente será compatibilizada com as necessidades e direitos coletivos. No Brasil, o assunto ganha ainda mais relevância dado o tamanho e a influência do setor privado nas políticas de saúde e a restrição dos gastos sociais.

Ainda em relação ao processo de financeirização e sua influência na área da saúde, Bahia *et al.* (2022) buscaram fazer uma síntese da expansão e reorganização empresarial em curso no Brasil em seu setor de saúde privado. Concluíram que, apesar de haver traços incontestes de dominância financeira nesse processo, ainda há limites na consecução de informação mais detalhada sobre diversificações, fusões/aquisições, e por isso seriam necessárias análises mais profundas sobre o capitalismo financeiro global e o empresariamento na saúde brasileira antes de se ter um apontamento mais definitivo dessa relação. Não parece haver até aqui, na literatura internacional, evidências concretas a indicar que um papel mais efetivo do ente privado na assistência à saúde, ou mesmo maior liberdade de escolha do consumidor em relação ao serviço público/privado, tenha trazido um aumento significativo da eficiência no consumo ou na

¹⁹ Por “financeirização” ou “dominância financeira” se entende um novo padrão sistêmico de gestão e acumulação de riqueza no capitalismo, constituído em uma dinâmica estrutural orientada pela lógica financeira; com um crescimento exponencial da participação de ativos financeiros na formação da riqueza e os retornos financeiros sendo cada vez mais o foco principal de todos os agentes do sistema econômico, e não mais apenas os bancos e investidores (Braga *et al.*, 2017).

oferta geral de saúde. Muito pelo contrário: estudos como Burström (2009); Ferreira & Mendes (2018); Schenkman & Bousquat (2019) – analisando a experiência de outros países como Suécia, Alemanha e França – demonstram que os modelos de remuneração a prestadores e a fragmentação/privatização da assistência à saúde não trouxeram aumento na efetividade dos níveis de saúde naqueles países. Os estudos registram ainda que o estímulo desse conceito neoliberal da “autonomia de escolha do indivíduo” ou da responsabilidade pessoal sobre os cuidados de saúde só fez aumentar o peso que as sociedades mais modernas já impõem sobre o cidadão em termos de responsabilidade individual e insegurança sobre o seu futuro, sem qualquer efeito positivo sobre os níveis de saúde de uma forma geral.

Toda esta lógica mercantilista de privatização/financeirização da saúde é frontalmente antagônica aos ideais da *Reforma Sanitária* – movimento que dá origem ao SUS na virada de 1980/90. Segundo preceitos gerais desse movimento, deveria se estabelecer uma segmentação mais clara entre público e privado, e se garantir a primazia da responsabilidade estatal sobre tudo aquilo que fosse de interesse coletivo, como os direitos sociais, sendo a saúde o principal deles. Deste modo, estariam privilegiadas as necessidades comuns da população na área da saúde, e não os interesses e as demandas do mercado, o qual estaria presente numa posição residual ou complementar. É exatamente essa visão que norteia a atuação estatal prevista para a área da saúde na Constituição Federal de 1988, ancorada na democratização do acesso à saúde, universalidade das ações, descentralização e melhoria dos serviços, sempre com o intuito de assegurar a garantia da saúde como dever do Estado e direito igualitário para todos os cidadãos.

Dentro da mudança de papéis aqui destacada, os interesses privados – representados pelas OS, operadoras de planos de saúde etc. – tendem a suplantar o interesse do cidadão comum, tornando cada vez mais difícil a atuação estatal dirigida para o interesse público e social na área da saúde. Em última instância, a saúde passa a ser vista de forma mercantilizada, consumerista, progressivamente menos como um direito humano fundamental e mais como um mero sinal de mobilidade social para a população média (com elasticidade-renda do consumo saúde cada vez mais elevada, como mostramos). Este processo, aliado a todo o movimento acima descrito de subfinanciamento crônico e crescente da saúde pública, e, também, de aumento do

financiamento público da saúde privada (via gastos tributários), deterioração dos gastos públicos em saúde, somados ainda à narrativa política, midiática e elitista de inferioridade do SUS, compõem a combinação produzida por excelência pelo ideário neoliberal para minar o sistema público de saúde no Brasil e tentar torná-lo mais um “anexo” complementar ao subsistema privado – justo o contrário da preconização constitucional.

Resta claro que há em curso uma competição político-ideológica entre público e privado por atributos materiais e representativos de um setor fundamental da sociedade, como é a saúde. Essa disputa é apresentada eufemicamente como um processo de “desoneração do SUS” e tem atravessado o sistema político perpassando governos de diferentes matizes e ideologias, com êxito relativo para o lado privatista e as consequências que descrevemos acima. Como alerta Ligia Bahia (2008, p.3), o tamanho desse êxito ainda é incerto, visto que não há precisão absoluta nos cálculos sobre valores de repasses públicos para entes privados na área da saúde: “As informações sobre produção de serviços ambulatoriais e hospitalares disponíveis são incompletas, não incluem as atividades remuneradas pelas empresas de planos de saúde e o uso mediante desembolso direto e ainda deixam de registrar aquelas derivadas de arranjos locais (estados e municípios) que não formalizam a contratação de serviços privados”.

É patente que a capilaridade e robustez do sistema público de saúde no Brasil ainda permanece sólida, estrutural e simbolicamente – atendendo de forma regular a pouco mais de 70% da população²⁰ – e sem indícios claros de que exista grande apoio popular a um “empresariamento” pleno da assistência direta à saúde ou à desintegração total do SUS. Pelo contrário: foi consolidada, ao longo dos últimos trinta anos, a ideia de que a resposta para os grandes problemas da saúde no Brasil se encontra justamente na melhora do SUS – vide o que foi sua imprescindível atuação no enfrentamento da Covid-19. Porém, é inegável que vem se cristalizando um processo de degradação e desmonte da prestação estatal nos serviços de saúde, articulado pelas elites político-empresariais, estando dadas as consequências negativas que podem ser vistas caso não

²⁰ Estima-se que 28,5% da população brasileira tem acesso a algum tipo de plano de saúde privado, e, portanto, não utiliza o SUS regularmente para consultas, tratamentos e exames –acessando-o para as demais ações do sistema público, como vacinação e tratamentos mais complexos. Dos 71,5% restantes, as estimativas apontam que 45-46% utilizam exclusivamente o SUS de forma regular para atendimento médico de qualquer natureza e para acessar medicamentos, e os outros 25-26% fazem desembolso direto para consultas, exames e medicamentos eventualmente (PNS, 2019; CNDL, 2018).

haja um fortalecimento do sistema público (principalmente no seu financiamento) e um processo de “desprivatização” em suas estruturas.

4. À GUIZA DE CONCLUSÕES E ENCAMINHAMENTOS PARA DISCUSSÃO FUTURA

Toda a exposição teórica e empírica feita ao longo deste artigo nos possibilita apontar algumas conclusões e, também, caminhos para discussão futura. Aqui, vamos então a esse breve balanço.

Comprovou-se que o setor de saúde no Brasil é de fato amplo e misto, por excelência. Lidamos, na saúde, com um sistema público avantajado e, em simultâneo, um setor privado muito pujante e influente. Está presente um sistema público pretensamente universal como o SUS, único acesso à saúde para grande parcela da população, mas legalmente disponível para todos – mesmo para aqueles que podem pagar por serviços ou planos de saúde (ou financiados por seus empregadores), resultando na dupla cobertura para estes últimos. Prova incontestável dessa dualidade de categorias potentes na saúde brasileira são os volumes de gastos no setor e sua composição. Como vimos, o que se gasta com saúde no Brasil em proporção ao PIB nacional é semelhante aos principais países da OCDE, com a diferença de que aqui predominam os gastos privados. Em 2019, o gasto público representava 41% do total despendido em atenção à saúde e o restante estava no pagamento de planos (31%) ou desembolsos diretos, que foram de 28% (IPEA, 2022). Nota-se que em países como França, Itália, Espanha e Reino Unido o valor do gasto público sobre o total gasto em saúde passa de 70%, uma discrepância grande com o mesmo índice no Brasil, ainda que este valor tenha crescido por aqui em relação ao início do século – 41% em 2019 contra 40,3% em 2000, com pico de 46% em 2014 (Figueiredo *et al.*, 2018; IBGE, 2022).

De forma geral, as despesas das famílias com bens e serviços de saúde crescem no Brasil desde 1970, tendo alcançado 8% da cesta de consumo média (2018), contra 6,5% em 2003 e 4,5% em 1975, segundo as POF's destes anos e o seu precursor, ENDEF (1974/1975). Dentro deste consumo médio, mais de 75% são despendidos com medicamentos e planos de saúde. Conforme mostramos ao longo do texto, o consumo

destas duas rubricas principais da saúde varia bastante em função da faixa de rendimentos: para os dois décimos de menor renda, os medicamentos representavam 60% do gasto em assistência à saúde – e para os dois décimos de maior renda, apenas 30%. Por sua vez, os gastos com convênios de saúde registram médias opostas, com 0,4% do orçamento para o décimo mais baixo de renda e 2,9% do total para os 10% de renda mais elevada (IBGE, 2020; 2022). Pode-se concluir que uma parte considerável desta preponderância crescente dos gastos com planos ao longo dos estratos de renda vem da cultura que associa saúde pública à condição de pobreza no Brasil. Infelizmente, não se fincou no ideário do brasileiro médio o conceito do “direito à saúde”, prevalecendo aquele que trata do “consumo da saúde”, ou, a ideia de que a saúde é mais um bem a ser consumido dentro da cesta média de consumo, tal qual alimentação, transporte etc.

Com esse pensamento enraizado, a população em geral não cobra sistematicamente um melhor serviço público no SUS, mas sim idealiza ter renda (ou emprego fixo) para obter um convênio privado de assistência à saúde. E criar esta percepção mais publicista na saúde não passa por demonizar o uso dos serviços privados, mas sim por os ajustar e regular conforme já é preconizado constitucionalmente, como um complemento à saúde pública. Trata-se ainda de reverter a constante desmoralização do serviço público de saúde e o pensamento “anti-SUS”, amplamente arraigado na sociedade e diuturnamente reforçado pela grande mídia, pelas elites sociais e empresariais. Urge, em especial, desfazer a ideia de que o SUS é um serviço de menor qualidade, voltado para pessoas pobres, com as demais devendo arcar com um plano de saúde e o auxílio do governo via generosos abatimentos tributários.

É fato que, décadas após a consolidação do nosso Sistema Único, não conseguimos implantar no Brasil um sistema de saúde que fosse realmente universal em qualidade e acesso. É visível e inegável o avanço da saúde pública neste período em universalidade, integralidade e até financiamento, porém estão também escancarados os gargalos ainda não resolvidos. O principal deles talvez seja ainda o subfinanciamento crônico, que prejudica a manutenção da estrutura do SUS e os investimentos naturalmente necessários, sobretudo, por parte do governo federal – que, como vimos ao longo do texto, vem reduzindo cada vez mais a sua parcela no total dos gastos públicos em saúde. É importante ter em mente também que este subfinanciamento, ou

desfinanciamento mais recente, tem dois componentes igualmente preponderantes: a insuficiência real de recursos, acentuada pela onda austericida e pelo regramento fiscal excessivamente restritivo dos últimos anos; e o mau emprego ou o uso inadequado dos poucos recursos efetivamente disponibilizados. Há que se incluir neste último componente as ineficiências administrativas/gerenciais; a eventual perda por desvios ou corrupção; a má alocação dentre as regiões do país ou estados etc. Porém, é indispensável registrar que o primeiro componente, a real insuficiência de recursos destinados para o SUS, tem se mostrado muito mais significativo no quadro geral do desfinanciamento.

Apesar de um problema antigo e crônico, o subfinanciamento do SUS tem se acentuado desde 2015. A partir de uma guinada neoliberal-conservadora no diagnóstico e na condução da política econômica no governo Dilma Rousseff – e extremada entre os governos Temer e Bolsonaro – a questão da falta de recursos para a saúde pública se aprofundou mais e mais. Para além disso, os gastos públicos em saúde sofrem efeitos imediatos da crise de 2014/2015, registrando uma redução no financiamento federal em dois anos consecutivos (2015 e 2016) com uma posterior e tímida retomada nos anos subsequentes – mas sempre muito próximo do mínimo constitucionalmente designado. Não por coincidência, é justo a partir deste ponto (2014-2015) que o gasto público começa a decair em relação ao total despendido com assistência à saúde no país. Essa relativa estagnação nos últimos oito anos não pode ser apartada das alterações na legislação, marcadamente em seu âmbito federal: a Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015 delimita os gastos federais para um determinado percentual da receita corrente líquida. Logo depois, vem a EC nº 95/2016 (“Teto de Gastos”), através da qual se instaura um teto para os gastos públicos e o congelamento dos chamados gastos sociais por pelo menos 20 anos, com perdas orçamentárias bilionárias para setores como a saúde a partir de 2017-2018.

Não é por um acaso, portanto, que o novo governo federal eleito em 2022 tem colocado a pauta da EC nº 95/2016 em discussão, desde a transição. Enquanto não há apoio suficiente no Congresso para discutir a revogação da EC – mencionada ao longo do certame eleitoral – o governo Luiz Inácio Lula da Silva busca meios de driblar a sanha austericida imposta e dispor de mais recursos para os gastos sociais, dentre eles a saúde. O grupo técnico (GT) que respondeu pela área da Saúde na transição se referiu ao

cenário encontrado como de “caos” e “desmonte”; e defendeu que, além do Bolsa Família, a área da saúde deveria ser uma das prioridades na liberação de recursos pela chamada “PEC da Transição” – posteriormente aprovada. O GT estimara que seriam necessários quase R\$ 23 bilhões a mais do que o previsto no orçamento da Saúde para 2023, apenas para manter ativo o SUS e programas como Farmácia Popular e Médicos pelo Brasil, além da continuidade da vacinação contra a Covid-19.²¹

Se pelo lado estatal na saúde o cenário é de relativo desmonte nos anos recentes, o mesmo não se tem verificado para o subsetor privado. Os efeitos da crise econômica que se acentua a partir de 2015 – que junto com outros elementos foi um complicador para o investimento público na Saúde – pouco parecem ter afetado o setor privado, apesar do número de brasileiros com planos de saúde ter diminuído proporcionalmente a partir deste período, voltando a crescer apenas a partir de 2018. Em relação à saúde suplementar (setor de planos de saúde especificamente), as receitas observadas saltaram de R\$ 152,5 bilhões em 2011 para R\$ 245,5 bilhões em 2019, um aumento de mais de 60%, portanto muito superior a qualquer incremento nos gastos públicos do setor. Esta receita bastante expressiva representou, ainda, 53,1% (2011) e 73,6% (2019) do financiamento total da União, dos estados e municípios destinado para o SUS (Costa *et al.*, 2022).

A discussão sobre os gastos privados em saúde não pode ser afastada da análise dos gastos tributários, que também destacamos no texto. O Brasil se caracteriza por gastos tributários altos em saúde e com graves problemas distributivos ao beneficiar, via de regra, os estratos mais elevados de renda, principalmente com as generosas deduções médicas no imposto de renda. Vimos ainda que o volume deste tipo de renúncia fiscal é proporcionalmente bem mais alto aqui do que na média dos países da OCDE; além disso, tem franco crescimento observado nos últimos anos, e previsto nas projeções até o ano de 2030 (SECAP, 2021). As deduções com saúde já representavam, em 2020, a maior parcela dentre as deduções de imposto de renda, se colocando à frente até daquelas por motivo de contribuição previdenciária oficial. Portanto, há que se discutir a atual ineficácia dos gastos tributários em saúde na promoção do investimento e na

²¹ Informações encontradas em variadas reportagens nos principais veículos de imprensa, como em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2022/11/5054702-gt-do-governo-de-transicao-mostra-preocupacao-com-estado-de-caos-na-saude.html>; e também no relatório final do grupo técnico da saúde na transição de governo, disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/noticias/2023/GT-Saude_Relatorio_Final_1.pdf>.

produção e no consumo no setor, assim como os meios para o benefício se tornar mais equânime. Uma questão que se coloca é como definir o momento mais preciso para essa reorganização. Na atual conjuntura, a retomada do consumo se mostra importante para a reconstrução da Economia pós-governo Bolsonaro, sendo complicado adotar uma medida que possa reduzir a renda disponível para as classes média e média-alta no Brasil. Este “cuidado” a se tomar, não anula o fato de que os benefícios fiscais em saúde devem ser, para já, debatidos e revistos.

Mencionamos e trouxemos também, ao longo do texto, um detalhamento sobre os tributos que financiam essencialmente a saúde pública no país. Nessa estrutura de financiamento, vimos que os tributos indiretos respondem por aproximadamente 60% das receitas públicas destinadas à saúde, com ICMS e PIS/COFINS sendo os impostos de maior destaque. A tributação direta, por sua vez, fica com apenas 36% dessa conta, com destaque absoluto para o IR e a CSLL, o que termina sinalizando para forte regressividade no financiamento – tratando-se aqui dos gastos federais diretos e das transferências “fundo a fundo”, visto que para as receitas de estados e municípios há outros elementos envolvidos, outros impostos e composições (Silveira & Gaiger, 2021).

A ampliação da base de incidência dos impostos diretos, principalmente o IRPF, e com destaque para uma maior tributação das rendas do capital – algumas isentas e outras bastante desoneradas – e a redução dos benefícios fiscais direcionados ao mercado privado de saúde são medidas que vem ganhando consenso entre os estudiosos do tema e entre os atores políticos internacionais, mesmo aqueles mais alinhados ao *mainstream* econômico. É importante que este debate, que já vêm sendo travado dentre os estudiosos brasileiros nos últimos anos, cresça ainda mais em importância e passe a balizar os projetos de alteração da estrutura tributária que são discutidos politicamente no país, e, hoje, se concentram basicamente em unificação, harmonização e simplificação da tributação indireta, principalmente. Medidas nesse sentido mais moderno da discussão tributária, de alargamento da tributação direta em detrimento da indireta e de readequação dos benefícios fiscais, poderiam representar uma melhoria significativa no financiamento à saúde, tanto em maior equidade, quanto em maior disponibilidade de recursos, devendo, portanto, ser uma prioridade para o novo governo que se inicia.

A ideia de conceber um balanço preliminar empírico de “quem paga e quem consome” saúde no Brasil e uma discussão sobre a atual disputa de recursos e narrativas entre os entes da saúde pública e da saúde privada se configurava como o grande objetivos deste texto. De onde têm vindo os recursos da saúde, quem de fato os gasta, como isso afeta a distribuição dos serviços de saúde pelos estratos de renda na população brasileira, e como, teoricamente, têm se segmentado os recursos disponíveis entre a saúde privada e a pública foi o encadeamento lógico a nortear a pesquisa. Com o todo de informações e análises expostos até esse ponto, acreditamos ter concebido esse tal “balanço”, ao menos preliminarmente: o governo hoje financia uma parcela próxima dos 40% do que se gasta em saúde; o setor privado, os outros 60%, aproximadamente. Pobres pagam mais, principalmente por medicamentos. Ricos pagam mais por planos, mas acessam muito mais serviços de saúde e com qualidade e disponibilidade muito maiores. Os mais pobres são mais onerados tributariamente no financiamento público da saúde, que se dá via tributos indiretos, essencialmente. Os mais ricos, não só se beneficiam deste modelo, como ainda detêm as benesses das deduções tributárias no imposto de renda, tanto na pessoa física, quanto na pessoa jurídica para os donos de empresas (CMAP, 2020; Ocké-Reis, 2021; Silveira *et al.*, 2022; IPEA, 2022).

Quanto à discussão público-privada na gestão de recursos, preferências e discursos na atenção à saúde, restou cristalina a realidade de que o público nunca irá prescindir integralmente do privado – ao menos não no modelo que se construiu e se enraizou no Brasil. A relação público-privada na assistência à saúde se mostra complexa e permeada por domínios e organizações que muitas vezes se apresentam de forma articulada, quando não imbrincada, sobreposta e sem delimitações claras. Restou cristalino também que há em curso e em aprofundamento um projeto de privatização na área da saúde no Brasil, puxado por empresas cada vez mais caracterizadas por um processo de financeirização. Se não tem havido usualmente a transferência de patrimônio público, cada vez mais a coordenação e a execução são repassadas às organizações sociais da saúde, em prol da flexibilidade de gestão e contratação de pessoal, porém, sem o devido cuidado na fiscalização do governo para a entrega adequada dos serviços à população.

Posto isso, e toda discussão empreendida até aqui, emergem elementos-chave que merecem estar nos debates atuais e futuros sobre saúde pública no país. A seguir, apontamos alguns deles:

- i) O caminho é o fortalecimento da saúde pública, aquela que é essencialmente redistributiva, melhorando a distribuição público-privado dos recursos e, com isso, a oferta e a qualidade dos serviços, sobretudo para os estratos mais pobres de renda.
- ii) Isto passa também por se comunicar melhor com a população: ressignificar o SUS e desfazer o senso comum de que seu serviço é ruim (e para os pobres), e que a saúde privada, em contraponto, é sempre de excelência, mas apenas para quem tem renda elevada;
- iii) Um ponto fundamental também é melhorar e equalizar as bases de financiamento da saúde para diminuir o peso dos impostos indiretos, o que passa pela discussão de uma Reforma Tributária que tenha a equidade como um pilar;
- iv) Outro caminho necessário é priorizar e colocar como meta palpável a cobertura e o acesso à saúde realmente universais e igualitários, e não mais como um objetivo meramente teórico, sem correspondência nas instituições e nas estruturas da saúde no Brasil real;
- v) Faz-se importante retomar a curva ascendente de gastos públicos em saúde relativamente ao total despendido, conquanto isso implique na revogação ou na total revisão de arcabouços legais como a EC/96 (teto de gastos). Um passo inicial seria fazer-se cumprir o preceito constitucional da integridade da Seguridade Social, progressivamente, até se consolidar os 30% para a Saúde, constitucionalmente previstos, e que tem sido sistematicamente descumpridos no Brasil;
- vi) É preciso rever o atual cenário de “privatização” da coisa pública no âmbito da assistência à saúde, não em relação à venda de ativos em si, mas com relação ao excesso de Organizações Sociais que vêm perpetrando espaço nas atividades, sem a devida fiscalização dos resultados, que não têm sido satisfatórios;
- vii) Por fim, é importante desestimular a visão da saúde privada como a única opção de qualidade para o cidadão. Economicamente, pode se fazer isso revendo e equalizando os gastos tributários e desenvolvendo mecanismos de controle para impor aos entes

privados metas, diretrizes e princípios eminentemente públicos. Politicamente, faz-se melhorando e estimulando o acesso ao Sistema Único de Saúde e seus componentes. Seria uma mensagem importante que políticos de renome utilizassem os serviços estatais de saúde, ainda que fossem as instituições de ponta dentro da rede pública. É utópico pensar nisso nas circunstâncias atuais – em que todos eles automaticamente buscam os hospitais Albert Einstein ou Sírio-Libanês – mas é um elemento a se questionar e discutir, como forma de reestimar na sociedade uma sensação de pertencimento ao serviço público de saúde, há tempos perdida no Brasil.

Com tudo o que foi exposto e discutido ao longo dessa pesquisa, esperamos ter contribuído com esse esforço de uma melhor definição para o planejamento de estratégias e prioridades político-econômicas para o sistema de saúde brasileiro, principalmente na sua vertente estatal. O debate, obviamente, passa longe de se encerrar aqui, mas que a contribuição contida nestas páginas seja importante para a sequência dele. O fim do governo Bolsonaro e o início do terceiro governo Lula pode significar a oportunidade de inaugurar um novo tempo no serviço público brasileiro, de mais justiça e equidade. Que esteja, pois, na área da saúde, a melhor representação desse admirável mundo novo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. F. Poder Compensatório e Política de Defesa da Concorrência: referencial geral e aplicação ao mercado de saúde suplementar brasileiro. **Tese de Doutorado**, Prof. Orientador: Paulo Furquim de Azevedo. EESP – FGV. São Paulo, 2009.

ALMEIDA, Aléssio Tony Cavalcanti de; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Copagamento dos usuários no programa Farmácia Popular do Brasil: um estudo exploratório da rede conveniada**. Texto para Discussão, 2020.

ANDRADE, Mônica Viegas *et al.* Desafios do sistema de saúde brasileiro. In: DI NEGRI, João Alberto *et al.* (orgs) **Desafios da nação: artigos de apoio, volume 2**. Brasília: IPEA, 2018. p. 359-414.

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Demanda por planos de saúde no Brasil. In: SILVEIRA, Fernando Gaiger, *et al.* **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. (Orgs.). Brasília: Ipea, v. 2, p. 279-327, 2007.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; KORNIS, George Edward Machado. Padrões de acumulação setorial: finanças e serviços nas transformações contemporâneas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1409-1420, 2008.

ANS. Diagnóstico da dispersão de prestadores de serviços privados de saúde no Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Agenda Regulatória 2013/2014. 10 de dezembro, 2015.

ARAÚJO, Isabelle Maria Mendes de. Direito à Saúde: aspectos do modelo neodesenvolvimentista brasileiro e da privatização da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 16, n. 1, p. 128-145, 2015.

BAHIA, Ligia *et al.* Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, Sup2. e00004420, 2022.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, 2018.

BAHIA, Lígia; VIANA, Ana Luiza. Regulação e Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. **Rio de Janeiro: ANS**, 2002.

BANCO MUNDIAL. A fair adjustment: efficiency and equity of public spending in Brazil: Volume 1 – Overview. **Washington, DC: World Bank Group**, 2017.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz.V. Organizações sociais de saúde: a experiência exitosa de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. **Sec. Est. Saúde SP, São Paulo**; [s.n]; jul. 2007. [16]

BARATA, Rita B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**, p. 73-94, 2009.

BARBOSA, Nelson Bezerra; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2483-2495, 2010.

BECKER, Gary. **Human Capital**. Chicago: University of Chicago Press. 3ª Edição. Cap. 4. 1993.

- BOING, Alexandra Crispim *et al.* Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 797-807, 2014.
- BOSI, M. L., & MERCADO, F. J. (2006). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde (Vozes Ed.).
- BRAGA, José Carlos *et al.* For a political economy of financialization: theory and evidence. **Economia e Sociedade**, v. 26, p. 829-856, 2017.
- BRASIL. **Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014**. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2018. 118p.
- BURSTRÖM, Bo. Market-oriented, demand-driven health care reforms and equity in health and health care utilization in Sweden. **Inter J Health Serv.** 39(2):271-285, 2009.
- CALVO, Maria Cristina Marino *et al.* Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998. 2002.
- CARDOSO, Adalberto. *A beira do abismo: uma sociologia política do bolsonarismo*. Rio de Janeiro: Amazon, 2020.
- CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; ELIAS, Paulo Eduardo. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 914-920, 2006.
- CMAP. **Relatório de Avaliação: Dedução das Despesas Médicas do IRPF - Ciclo 2020**. Conselho de monitoramento e avaliação de políticas públicas - Comitê de monitoramento e avaliação de subsídios da União. 2020.
- CMAP. **Relatório de Avaliação: Política de Subsídio Tributário a Medicamentos- Ciclo 2021**. Conselho de monitoramento e avaliação de políticas públicas - Comitê de monitoramento e avaliação de subsídios da União. 2021.
- CNJ. *Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Série Justiça Pesquisa – Conselho Nacional de Justiça*. Realização: INSPER, 2019.
- CONTREIRAS, Henrique; MATTA, Gustavo Corrêa. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 285-297, 2015.
- COSTA, Danielle Conte Alves Riani *et al.* Crise econômica e disparidades no gasto, oferta e utilização de serviços públicos e privados de saúde no Brasil no período entre 2011 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.
- COSTA, Karen Sarmento *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: obtenção de medicamentos por adultos em tratamento para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil. **RESS- Revista do SUS. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022.
- CUETO, Marcos. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
- CYLUS, Jonathan; PAPANICOLAS, Irene; SMITH, Peter. **Health System Efficiency – How to make measurement matter for policy and management**. The European Observatory on Health Systems and Policies – Health Policy Series, 2016.
- DA NÓBREGA, Cristóvão Barcelos. **História do Imposto de Renda no Brasil, um enfoque da pessoa física (1922-2013)**. Receita Federal, 2014.
- DI CANDIA, Lucas; BRIDI, Victor; SILVEIRA, Fernando Gaiger. Ricos, finanças e tributos: apontamentos sobre a desigualdade contemporânea. In: MATTOS; HALLACK NETO;

- SILVEIRA (orgs). **Desigualdade: visões do Brasil e do mundo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2022.
- DWECK, Esther; MORETTI, Bruno; DE MELO, Maria Fernanda G. Cardoso. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 239-265, 2021.
- ESPIN, J. *et al.* Projecting pharmaceutical expenditure in EU5 to 2021: adjusting for the impact of discounts and rebates. **Applied Health Economics and Health Policy**, n. 16, p. 803-817. Auckland, 2018.
- FERREIRA, Mariana Ribeira Jansen; MENDES, Aquilas Nogueira. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2159-2170, 2018.
- FERREIRA, Pedro Américo de Almeida. **Efeitos do copagamento de medicamentos sobre saúde no Brasil: evidências do programa Aqui Tem Farmácia Popular** / Pedro Américo de Almeida Ferreira; orientador: Rudi Rocha de Castro – Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 2017. 124 p.
- FIGUEIREDO, Juliana Oliveira *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 37-47, 2018.
- FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen; STANO, Miron. **The economics of health and health care**. New Jersey, Prentice-Hall, 2001.
- FÚNCIA, Francisco; OCKÉ-REIS, Carlos; BENEVIDES, Rodrigo. Boletim Cofin 2020/05/13 do Conselho Nacional de Saúde. **Revista Domingueira da Saúde**, edição nº19, 2020.
- GROSSMAN, Michael. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. **Journal of Political Economy**, Nº. 80, pp. 223-255, 1972.
- HIRATUKA, C.; ROCHA, M. A.; SARTI, F. Mudanças recentes no setor privado de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. **Gadelha P, Noronha JC, Daim S, Pereira TR, organizadores. Brasil saúde amanhã: população, economia e gestão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz**, p. 189-220, 2016.
- HUNTER, Benjamin M.; MURRAY, Susan F. Deconstructing the financialization of healthcare. **Development and Change**, v. 50, n. 5, p. 1263-1287, 2019.
- IBGE. **Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010- 2017**. Contas Nacionais n. 71 • ISSN 1415-9813. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/12/liv101690_informativo.pdf
- IBGE. **Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010- 2019**. Contas Nacionais n. 71 • ISSN 1415-9813. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101928_informativo.pdf
- IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 – POF**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/609be5b05b762d39022_38a42c98e6809.pdf
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde – PNS**. Diretoria de Pesquisas - Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2019.
- IPEA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: IPEA, 2022.

IPEA. Efeitos econômicos do Gasto Social no Brasil. In: IPEA. **Perspectivas da política social no Brasil** - Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro: Proteção Social, Garantia de Direitos e Geração de Oportunidades, Livro 8. Brasília, Ipea, 2010.

KRECH, Rüdiger *et al.* Banking for health: the role of financial sector actors in investing in global health. **BMJ global health**, v. 3, n. Suppl 1, p. e000597, 2018.

KUTZIN, Joseph. Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, n. 8, 2013, pp. 602-11.

LEITE, Adriana Maria Gomes Nascimento *et al.* **Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a partir do Tribunal de Contas de Pernambuco**. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2014.

LUSTIG, N. (2016). Inequality and Fiscal Redistribution in Middle Income Countries: Brazil, Chile, Colombia, Indonesia, Mexico, Peru and South Africa. **Journal of Globalization and Development**, 7(1), 17-60.

LUSTIG, Nora. The redistributive impact of government spending on education and health: evidence from thirteen developing countries in the Commitment to Equity Project. In: CLEMENTS, Benedict; DE MOOIJ, Ruud; GUPTA, Sanjeev; KEEN, Michael (eds.). **Inequality and fiscal policy**. Washington: IMF, 2015.

MACERA, Andrea Pereira; Saintive, Marcelo Barbosa. O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil. **Documento de Trabalho no 31. Secretaria de Acompanhamento Econômico (SEAE/MF)**. Brasília. 2004.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

MAGNO, Liz Duque. Dos clamores das ruas aos rumores no congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. **RECIIS**, v. 9, n. 4, 2015, pp. 1-14.

MARIO, Camila Gonçalves De. Saúde como questão de justiça. Campinas: UNICAMP, 2013. 332f. Tese. (Doutorado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

MARQUES RM, PIOLA SF, ROA AC, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABRÉS; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS; 2016.

MARQUES, R. M. (2017). Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, 49, 35-53

MATTA, Samara Ramalho *et al.* Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00073817, 2018.

MATTOS, Leonardo Vidal *et al.* Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00175820, 2022.

MENDES, Áquilas. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. **Futuro do Brasil Ideias para Ação**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2017. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/28237/Aquilas_Mender_sa%C3%BAd?sequence=2 . Acesso em: 27/06/2022.

MENEZES, Tatiane A.; AZZONI, Carlos R.; SILVEIRA, Fernando G. Demand elasticities for food products in Brazil: a two-stage budgeting system. **Applied economics**, 40(19), 2008.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Boletim Mensal sobre os Subsídios da União – Deduções do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) de Despesas Médicas**. 9. ed. Brasília: Secap, 2019. (Boletim Mensal sobre os Subsídios da União).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): indicadores estaduais e municipais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

MONTEIRO MG. As mudanças de direção nas políticas de saúde: atores e estratégias ocultas na implementação do Sistema Único de Saúde. In: Fleury S., organizadora. **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.247-290.

MORAES, Ricardo Montes de *et al.* Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, 2018.

MOSTAFA, Joana.; SOUZA, Pedro Herculano Ferreira de.; VAZ, Fábio Monteiro. Efeitos econômicos do gasto social no Brasil. In: CASTRO, J. A. *et al.* (Orgs.). **Perspectivas da política social no Brasil**. Brasília: Ipea, 2010. cap. 3, p. 109-160.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura Universal de Saúde e o Brasil: estamos no bom caminho? **Saúde em Debate**, v. 43, p. 5-7, 2020.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. 2013, v. 29, n. 5 [Acessado 29 Abril 2022], pp. 847-849. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>>.

Noronha K, Guedes G, Turra CM, *et al.* Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia do Covid-19: impactos microrregionais ponderados pelos diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção e risco etário de internação. Nota Técnica. Belo Horizonte: UFMG; 2020.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? **IPEA: Textos para discussão, n. 1376**. Série Seguridade Social. Rio de Janeiro: CNPq; MCT, 2009.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Avaliação do gasto tributário em saúde: O caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). **IPEA - Texto para Discussão n. 2712**, 2021.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; FIUZA, Eduardo Sampaio; COIMBRA, Pedro Henrique Herig. Inflação dos planos de saúde – 2000/2018. Disoc - IPEA: Nota Técnica n.54, 2018.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

ORELLANA, Jessem Douglas Yamall *et al.* Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 37, p. e00259120, 2021.

- OXFAM. Relatório: A desigualdade mata. **Nota Informativa Oxfam Internacional**. DOI: 10.21201/2022.8465. Oxford, 2022.
- PAIVA, Andrea Barreto de; GONZALEZ, Roberto Henrique Sieczkowski; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. In: JACCOUD, Luciana. (org.) **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.
- PILOTTO, Luciane Maria; CELESTE, Roger Keller. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018, e00052017.
- PIOLA SF, PAIVA AB, SÁ EB, SERVO LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea; 2013.
- RACHE, Beatriz, *et al.* Pressões orçamentárias da Saúde para 2021 e além. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)**. Nota Técnica nº 22. São Paulo, 2021.
- RAMOS, C. A. Aspectos distributivos do gasto público na saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, IPEA, Brasília, n. 24, dez. 2001.
- SANTOS, Thays Campanelli; CARNUT, Leonardo. O que a literatura científica brasileira apresenta sobre o gasto público em saúde destinado a Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Sistema Único de Saúde? primeiros resultados. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 14, n. spec, p. e013-e013, 2022.
- SCHENKMAN, Simone; BOUSQUAT, Aylene Emilia Moraes. Alteridade ou austeridade: uma revisão acerca do valor da equidade em saúde em tempos de crise econômica internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4459-4473, 2019.
- SECAP. **Relatório Anual de Avaliação de Políticas Públicas – Ano-base 2020**. Brasília. Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria – Ministério da Economia, 2021.
- SESTELO, José Antonio De Freitas. Planos de saúde e dominância financeira. **SciELO-EDUFBA**, 2018.
- SILVA, Thiago Henrique Santos. Entre o consenso e o minotauro da saúde: um balanço da estratégia da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury S. **Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 291-336.
- SILVEIRA, F. G. *et al.* Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil. **Fiocruz - Saúde Amanhã**. Textos para Discussão; n. 43. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020a.
- SILVEIRA, F. G.; PALOMO, T. R.; CORNELIO, F. M.; TONON, M. R. Previdência e assistências sociais, auxílios laborais e tributos: características redistributivas do Estado brasileiro no século XXI. MADE, 2022. (**Working Paper Made n. 007**).
- SILVEIRA, F. G.; PALOMO, T. R.; CORNELIO, F. M.; TONON, M. R. Tributação indireta: alíquotas efetivas e incidência sobre as famílias. Brasília: **IPEA: Texto para Discussão (TD) 2823**, 2022a.
- SILVEIRA, Fernando Gaiger *et al.* Impactos redistributivos das transferências públicas monetárias e da tributação direta: evidências com a POF 2017-2018. **IPEA-DISOC: Nota Técnica n.89**. 2020.
- SILVEIRA, Fernando Gaiger. Equidade fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social. **Brasília, Brasil: ESAF-Tesouro Nacional**. 2012.

- SILVEIRA, Fernando Gaiger; GAIGER, Maria Luiza Campos. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil. **Fiocruz - Saúde Amanhã**. Textos para Discussão, n. 74, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.
- STIGLITZ, Joseph. E. **Economics of the Public Sector**. W.W. Norton & Company. 2000.
- TESOURO NACIONAL. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. Secretaria do Tesouro Nacional, 2018.
- TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório resumido de execução orçamentária (RREO)**. Brasília: Tribunal de Contas da União; Ministério da Economia; 2019.
- UNAFISCO. Considerações sobre as deduções de despesas médicas no Imposto sobre a Renda da Pessoa Física. **Unafisco Nacional – Nota Técnica nº18**, 2020.
- VERZOLA VAZ, D.; HOFFMANN, R. Evolução do padrão de consumo das famílias brasileiras entre 2008 e 2017. **Economia e Sociedade, Campinas**, SP, v. 30, n. 1, p. 163–186, 2021.
- VIACAVA, F.; Oliveira, R. A. D.; Carvalho, C. C.; Laguardia, J.; Bellido, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun. 2018.
- VIANA, Ana Luíza D'Ávila *et al.* Estado e regulação da saúde. **BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de, p. 195-215, 2002.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino. Direito à Saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça. **IPEA – Texto para discussão [2547]**, 2020.
- VIEIRA, Fabiola Sulpino. Indutores do gasto direto do Ministério da Saúde em medicamentos (2012 – 2019). (**Texto para Discussão, n. 2634**). Brasília, 2021.
- VURAL IE. Financialisation in health care: an analysis of private equity fund investments in Turkey. *Soc Sci Med* 2017; 187: 276-86.
- WANG, Daniel Wei Liang. O SUS e o direito à saúde são incompatíveis com a cobertura universal de saúde? Críticas e equívocos a respeito da UHC na literatura em saúde pública no Brasil. **Novos estudos CEBRAP**, v. 39, n. 3, p. 599-618, 2020.
- WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.
- YAZLLE ROCHA JS; SIMÕES BJJ. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. *Rev. Saúde Pública*, 1999; 33: 44-54.