



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Cátia Carina Firmino Ferreira

O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE
DAS PERDAS ORÇAMENTÁRIAS DO SUS E DOS SUBSÍDIOS AOS PLANOS DE
SAÚDE

Rio de Janeiro

2022

Cátia Carina Firmino Ferreira

O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE
DAS PERDAS ORÇAMENTÁRIAS DO SUS E DOS SUBSÍDIOS AOS PLANOS DE
SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas
da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Simone Fioritti

Rio de Janeiro

2022

CIP - Catalogação na Publicação

F383p Ferreira, Cátia
 O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE
BRASILEIRO: UMA ANÁLISE DAS PERDAS ORÇAMENTÁRIAS DO
SUS E DOS SUBSÍDIOS AOS PLANOS DE SAÚDE / Cátia
Ferreira. -- Rio de Janeiro, 2022.
 58 f.

 Orientadora: Simone Fioritti.
 Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto
de Economia, Bacharel em Ciências Econômicas, 2022.

 1. regras fiscais. 2. Sistema Único de Saúde. 3.
tributação. I. Fioritti, Simone, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

CÁTIA CARINA FIRMINO FERREIRA

O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE
DAS PERDAS ORÇAMENTÁRIAS DO SUS E DOS SUBSÍDIOS AOS PLANOS DE
SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Ciências Econômicas.

Rio de Janeiro, 17 de agosto de 2022.

SIMONE FIORITTI SILVA - Presidente

Professora Dra. do Instituto de Economia da UFRJ

ANA CRISTINA REIF DE PAULA

Professora Dra. do Instituto de Economia da UFRJ

THIAGO DE HOLANDA LIMA MIGUEZ

Doutor em Economia pela UFRJ

Dedico este trabalho a todos que trabalham
pela realidade de um Brasil fora do Mapa da
Fome das Nações Unidas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu Criador que me conhece e cuida de mim desde o ventre da minha mãe.

A conclusão da minha jornada acadêmica nesta instituição de ensino e a realização deste trabalho somente foi possível com o apoio permanente de minha família e amigos, a quem agradeço o carinho e paciência. Minha gratidão se dirige especialmente aos meus pais, Ana e Paulo, pelo suporte integral que me proporcionaram ao longo da minha vida.

Gostaria de agradecer particularmente a alguns dos professores que marcaram a minha formação e me despertaram o interesse no estudo das ciências econômicas. Ângela Ganem, Denise Gentil, Esther Dweck, Isabela Nogueira, Lena Lavinias e Margarita Olivera me influenciaram e me são exemplos do que é ensinar. À Professora Simone Fioritti, agradeço a orientação e parceria na reta final da graduação.

O projetista, ao decidir entre duas técnicas, deve sentir-se agente da sociedade, o que exige que nada aceite sem exame. Sua ação deve ser orientada por um plano-mestre geral [...] e esse plano será diferente segundo haja ou não desemprego. A ele deve subordinar-se toda a sua ação, como tático do desenvolvimento, que é. Se há desemprego, deve trabalhar para induzir o emprego pleno; alcançado este, deve buscar a gradual retirada do trabalho dentre os fatores de produção. (RANGEL, 2005, p. 405)

RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo sobre as perdas orçamentárias do Sistema Único de Saúde em meio às regras fiscais vigentes no Brasil. Tem-se como objetivo demonstrar como o arcabouço fiscal do Estado brasileiro prejudica a provisão pública das ações e serviços em saúde, usando como metodologia a análise de dados e indicadores das despesas executadas. Além disso, será discutida a teoria das finanças funcionais como alternativa ao paradigma atual da austeridade fiscal expansionista, demonstrando o potencial dos gastos em saúde como multiplicador de renda. Apesar do importante papel dos gastos na política fiscal, o caráter progressivo da tributação precisa ser estudado a fim de se alcançar o equilíbrio entre responsabilidade fiscal e provisão pública no desenvolvimento nacional. Ao final, será analisado o gasto público no mercado de planos de saúde e seu caráter regressivo, demonstrando como atendimentos complexos têm sido transferidos para a carga do SUS.

Palavras-chave: regras fiscais; Sistema Único de Saúde; tributação.

ABSTRACT

This paper presents a study on the budgetary losses of the Unified Health System in the midst of the tax rules in force in Brazil. The objective is to demonstrate how the fiscal framework of the Brazilian State harms the public provision of health actions and services, using as methodology the analysis of data and indicators of the expenses performed. In addition, the theory of functional finance will be discussed as an alternative to the current paradigm of expansionary fiscal austerity, demonstrating the potential of health spending as an income multiplier. Despite the important role of spending in fiscal policy, the progressive nature of taxation needs to be studied in order to achieve the balance between fiscal responsibility and public provision in national development. At the end, the public expenditure in the health plan market and its regressive character will be analyzed, demonstrating how complex care has been transferred to the SUS burden.

Keywords: tax rules; Unified Health System; taxation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo das regras fiscais ligadas à saúde.....	21
Figura 2 - Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0 (CEIS 4.0)	34
Figura 3 - Ressarcimento ao SUS.....	39
Figura 4 – Situação Processual dos Atendimentos.....	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Despesas da Seguridade Social em 2020 – bilhões de reais.....	22
Gráfico 2 – Despesas nominais executadas com saúde em relação ao PIB	22
Gráfico 3 – Gasto em saúde per capita (USD PPP), 2017.....	23
Gráfico 4 – Faixas etárias na população brasileira em 2021	29
Gráfico 5 – Faixas etárias na população brasileira em 2036	30
Gráfico 6 - Gasto empenhado com saúde e simulação de como seria o piso para saúde com diferentes regras adotadas a partir de 2001 (valores reais, preços de 2019)	31
Gráfico 7 - Gastos tributários em % do PIB – América Latina.....	41
Gráfico 8 – Evolução dos gastos tributários em % do PIB e da arrecadação tributária	42
Gráfico 9 – Total de atendimentos cobrados com GRU por ano.....	45
Gráfico 10 – Índice de Efetivo Pagamento (Valores acumulados de 2001 a junho de 2020) ..	45
Gráfico 11 – Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Regras fiscais no Brasil	20
Tabela 2 – Perdas para despesas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) por causa da EC 95 – bilhões de reais	21
Tabela 3 – Comparativo do gasto tributário com orçamento direto (2018) em R\$ milhões	40
Tabela 4 – Índice de Efetivo Pagamento das 10 maiores operadoras	46
Tabela 5 – Informativos e indicadores sintéticos gerais em 2019	48
Tabela 6 – Procedimentos mais frequentes em internações identificadas no ressarcimento ao SUS.....	48
Tabela 7 – Procedimentos mais caros em internações identificadas em 2019	49
Tabela 8 – atendimentos ambulatoriais identificados no ressarcimento ao SUS em 2019	49
Tabela 9 – Procedimentos mais frequentes em atendimentos ambulatoriais cobrados no ressarcimento ao SUS em 2019	50
Tabela 10 - Procedimentos mais caros em atendimentos ambulatoriais cobrados no ressarcimento ao	50

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. PAPEL DO ESTADO NA SAÚDE	16
2.1 A AUSTERIDADE FISCAL FAZ MAL À SAÚDE	17
2.2 O ARCABOUÇO FISCAL NO BRASIL DE HOJE	18
2.2.1 A introdução e permanência do teto de gastos no Brasil	23
2.2.2 O mito da austeridade fiscal expansionista.....	26
2.3 UMA VISÃO ALTERNATIVA: O SUS COMO MOTOR DE DESENVOLVIMENTO E AS FINANÇAS FUNCIONAIS	28
2.3.1 Introdução ao conceito do CEIS 4.0	32
2.3.2 Características da teoria das finanças funcionais.....	34
3. A REGRESSIVIDADE DO GASTO PÚBLICO NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE	37
3.1 AS CONTRADIÇÕES ENTRE O MERCADO E O ESTADO.....	37
3.1.1 Dados e indicadores do ressarcimento ao SUS	43
4. CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS.....	53

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que desde a Constituição de 1988 pactuou a universalização dos cuidados à saúde através do financiamento público e de um sistema integrado e tripartite entre União, Estados e Municípios; porém os gastos nacionais em saúde possuem uma preponderância do privado em detrimento do público segundo dados da OCDE (2017). Apesar da Carta Magna instituir a criação de um sistema universal, gratuito e público na provisão de saúde, até mesmo a esfera pública parece servir aos interesses do setor privado através de subsídios e renúncias fiscais, conforme será discutido no decorrer do trabalho.

Tais interesses são favorecidos, por exemplo, quando o Estado brasileiro através da Receita Federal proporciona o reembolso parcial dos gastos em saúde para os declarantes do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRPF) tanto em mensalidades de planos de saúde privados quanto em gastos diretos com profissionais da área, sem intermédio de planos privados, na restituição anual. Entretanto, não existem limites para as faixas de renda que usufruem deste reembolso nem mesmo um teto para as possibilidades de valor declarado como gasto. Este tipo de renúncia fiscal se caracteriza como regressiva por beneficiar majoritariamente os extratos mais ricos da sociedade, capazes de contratar planos privados e ainda desembolsar sua renda disponível em outros gastos privados em saúde elegíveis à restituição. Num contexto de grande problematização dos governantes acerca da crescente dívida pública essas renúncias fiscais tornam-se contraditórias e acabam sendo desfavoráveis ao Estado, ainda mais quando se considera a baixa arrecadação em anos de recessão econômica.

Tal problematização acerca da dívida pública brasileira e sua trajetória tem levado o Estado brasileiro a adotar várias regras fiscais, como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), com o intuito de tentar controlar a dívida pública. Entretanto, as metas de resultado primário da LRF possuem caráter pró-cíclico (DWECK et al., 2020), o que acaba definindo corte nas despesas quando há quedas na arrecadação tributária e reforçando o ciclo econômico de recessão e estagnação. Essa situação de constrangimentos aos gastos se aprofundou após a aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016, com as despesas primárias da União sendo congeladas por 20 anos, limitando o ajuste à inflação, desconsiderando o crescimento demográfico e do PIB.

Todavia, a pandemia do COVID-19 motivou um salto nas despesas públicas e explicitou a existência de gargalos na área da saúde e que há uma real necessidade de mais investimento na saúde pública. Do ponto de vista institucional, o subfinanciamento crônico do SUS é contrário aos princípios constitucionais que o regem: universalidade, integralidade e

equidade. Logo, o funcionamento do SUS conforme seus princípios perpassa por um crescimento nos gastos orçamentários da seguridade social destinados ao setor de saúde. Finalmente, o ideário ortodoxo que propõe a austeridade fiscal aos Estados nacionais tem servido à mercantilização dos bens e serviços em saúde no Brasil, pois o baixo nível de recursos aplicados no SUS (Sistema Único de Saúde), em comparação com países europeus da OCDE, e insuficientes gastos *per capita* em saúde pública¹, acabam por causar a migração da classe média para a provisão privada em saúde.

Neste contexto, o objetivo geral deste trabalho é analisar como o Estado brasileiro tem transferido a responsabilidade para o mercado no fornecimento de bens sociais – exclusivamente a saúde pública. Através da narrativa de racionalização das finanças públicas e austeridade fiscal, o acesso ao SUS tem sido prejudicado e as camadas mais pobres da população tem sofrido com a redução dos bens e serviços de saúde.

Mais especificamente, pretende-se analisar as perdas orçamentárias causadas pela EC 95 e outras regras fiscais em ações e serviços públicos de saúde nos últimos anos. Em seguida, será discutida brevemente como a alternativa de uma política fiscal sem arcabouço fiscal rígido pode influenciar no desenvolvimento nacional e na promoção de bem-estar. Ao final, será apresentado os ganhos do setor privado em saúde e como ele é beneficiado pelos subsídios e renúncias fiscais.

¹ De acordo com dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), em 2019 o gasto público em saúde do Brasil foi de 10% das despesas governamentais, enquanto Alemanha, Espanha e Reino Unido tiveram gastos de 20%, 15% e 19%, respectivamente. Em relação aos gastos públicos *per capita* em saúde, o gasto brasileiro é menor que o de diversos vizinhos na América Latina, de acordo com levantamento da OCDE (2017).

2. PAPEL DO ESTADO NA SAÚDE

Segundo a literatura econômica, o governo possui três funções: alocativa, distributiva e estabilizadora (GIAMBIAGI E ALÉM, 2011). A função alocativa tem como finalidade a realocação de fatores de produção para prover da melhor maneira bens e serviços públicos. Sendo assim, o Estado fornece bens públicos como saneamento, saúde e transporte. Já a função distributiva existe a fim de redistribuir a renda conforme o objetivo de atingir equidade e justiça social, através do sistema tributário na arrecadação e das políticas de assistência social na transferência. Finalmente, a função estabilizadora utiliza a política fiscal e monetária para mitigar os ciclos econômicos, protegendo a população de mudanças bruscas nos níveis de emprego, renda, preços e produto da economia. É através da função estabilizadora que o governo estimula alguns setores da economia, geralmente por meio de subsídios, incentivos fiscais e gasto público.

No meio das ciências econômicas, a extensão dos gastos públicos depende da visão abordada pelo economista. Portanto, pela ortodoxia os mercados são eficientes na alocação dos bens e serviços, pois a oferta e demanda se equilibram automaticamente e o Estado é capaz de distorcer essa eficiência se intervir no mercado. Todavia, a heterodoxia entende que a “indústria capitalista não emprega toda a força de trabalho em país algum” (ROBINSON, 1962) e a intervenção estatal é fundamental para atingir o pleno emprego.

Em “Três caminhos para o pleno emprego”, Kalecki (1944) discute três métodos para atingir e manter o pleno emprego numa sociedade capitalista: gasto estatal em investimentos públicos ou em subsídios ao consumo popular, sendo que esse gasto é financiado por empréstimos; estímulo ao investimento privado através da redução na taxa de juros e na tributação; e redistribuição de renda das classes mais abastadas para as mais pobres. O autor defende que o segundo método, isto é, o estímulo ao investimento privado, não é satisfatório, mas que tanto o primeiro método quanto o terceiro são meios adequados de se manter o pleno emprego.

Outro economista do campo heterodoxo, Abba Lerner desenvolveu na teoria econômica o conceito de “finanças funcionais”, onde:

A ideia central é que a política fiscal do governo, seus gastos e tributação, seu empréstimo e reembolso de empréstimos, sua emissão de dinheiro novo e sua retirada de dinheiro, todos serão realizados de olho apenas nos resultados dessas ações sobre a economia e não em qualquer doutrina tradicional estabelecida sobre o que é saudável ou insalubre. (LERNER, 1943, p.39, tradução da autora).

Reconhecendo, então, o papel do Estado em atuar na economia através da política fiscal a fim de conduzir o desenvolvimento socioeconômico, o orçamento público e administração da dívida pública devem servir à população, não o contrário. Pelos ensinamentos de Lerner, o planejamento econômico nacional tem como perspectiva o crescimento, a elevação no nível de emprego e a redução da desigualdade.

Diante disso, este capítulo visa apresentar o pano de fundo onde as decisões de política pública que envolvem o setor de saúde estão inseridas. Para tanto, serão destacadas primeiramente as políticas de austeridade no Brasil e como elas se relacionam com o setor de saúde e, em seguida, uma visão alternativa que destaca a importância do setor e a maior flexibilidade acerca da questão orçamentária.

2.1 A AUSTERIDADE FISCAL FAZ MAL À SAÚDE

Com exceção de alguns anos da década de 2000, o debate econômico nas últimas quatro décadas tem sido dominado predominantemente pelo paradigma neoliberal, através do qual a atuação ideal do Estado deve ser mínima e o mercado é visto como o melhor provedor de bens sociais. De modo complementar, a ortodoxia adotou por completo o preceito da responsabilidade fiscal como fundamento da confiabilidade de uma economia nacional. Deve-se destacar que a responsabilidade fiscal do *mainstream* é atrelada a regras de gastos do governo, de acordo com metas previamente estabelecidas, com o foco nas despesas governamentais a fim de se manter a sustentabilidade da dívida interna.

Evidentemente, é do interesse da sociedade que as contas públicas sejam de fácil acesso e transparentes quanto ao uso e destino das dotações orçamentárias. Entretanto, o debate do orçamento público e do papel do Estado foi contaminado por noções equivocadas que comparam as contas públicas com a economia doméstica e moralistas como o próprio nome da LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal indica. Em material teórico da ENAP (Escola Nacional de Administração Pública), é possível ver a influência desse ideário na concepção do que é o orçamento público, como se destaca a seguir:

Suponha que, naquela família brasileira, a situação financeira está mais tranquila, uma vez que o orçamento doméstico para o próximo ano está bastante equilibrado. Isso porque conseguiram não apenas prever todo o dinheiro que vão receber no próximo ano, como também programar todas as despesas domésticas para atender às suas

necessidades e pagar todas as despesas relacionadas ao acidente. Em função disso, a família poderá realizar a tão sonhada viagem ao redor do Brasil, graças à preocupação que tiveram em manter o equilíbrio entre as receitas e as despesas (ENAP, 2017, p.15).

Assim, os economistas que se opõem ao desenho atual da LRF e outras regras fiscais seriam irresponsáveis ou não seriam técnicos. Neste capítulo serão discutidas as regras fiscais vigentes no Brasil e como elas tem influenciado no orçamento das ações e serviços em saúde.

2.2 O ARCABOUÇO FISCAL NO BRASIL DE HOJE

O Estado brasileiro segue um arcabouço fiscal rígido, em detrimento de regras fiscais mais flexíveis que priorizem a retomada econômica em momentos de recessão ou baixo crescimento econômico. Sendo assim, o orçamento público falha em priorizar os gastos sociais, e acaba por focar em reduzir a dívida somente pelo lado das despesas, embora a sustentabilidade da dívida² pública nos médio e longo prazos passe necessariamente pelo aumento das receitas.

As metas de resultado primário, por exemplo, são estabelecidas a cada LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) como exposto na

² É importante ressaltar que há linhas do debate econômico que entendem a dívida pública como prescindível de qualquer forma de supervisão (VILELLA; VAZ, 2021, p.29).

Tabela 1. Quando há o caso das receitas projetadas não se concretizarem por quaisquer motivos, procura-se cortar as despesas nos entes nacionais, apesar da esfera pública ser aquela que deveria se guiar pelo aumento do bem-estar e não apenas pelas expectativas de crescimento da atividade econômica. Tal regra fiscal acaba sendo pró-cíclica, pois ao reduzir os gastos públicos se contribui para a redução do produto interno bruto, a renda nacional é reduzida e, conseqüentemente, a arrecadação através do pagamento de tributos também. Já a vigência da regra de ouro (

Tabela 1) acaba por limitar o poder de atuação da União como prestador e fomentador do desenvolvimento econômico³.

Até o ano de 2012, não havia regra que vinculasse recursos para o gasto público com saúde da União. É interessante ressaltar a regra pró-cíclica vigente entre os anos de 2012 e 2015, onde as despesas públicas com saúde eram calculadas pelo valor empenhado no orçamento do ano anterior e atualizadas pela variação nominal do PIB, conforme o artigo 5 da Lei Complementar 141. Porém, a Emenda Constitucional 86/2015 vinculou o gasto público em saúde a 15% da receita corrente líquida, com escalonamento anual progressivo de percentuais até 2020 (de 13,2% a 15,0%). A transição duraria 5 anos, mas o Supremo Tribunal Federal suspendeu “dois artigos da EC 86, que tratavam do escalonamento e da inserção dos royalties no cálculo do mínimo a ser aplicado em saúde” (DAVID et al., 2020, p. 18, apud ROSSI, P., DAVID, G., 2021, p.274).

Finalmente, promulga-se a Emenda Constitucional 95, aprovada em 2016 e com vigência por 20 anos, que congela as despesas primárias da União, sendo corrigidas apenas pela inflação. Essa regra é a mais rígida, pois independentemente do crescimento ou queda do Produto Interno Bruto, a invariância real das despesas é impreterível. Ademais, o Teto de Gastos desvinculou o piso em saúde da receita corrente líquida anual e colocou como mínimo a despesa executada em 2017 reajustada pela inflação. Sendo assim, é como se a necessidade dos cidadãos em ações e serviços públicos de saúde tivesse parado no tempo, sem alterações demográficas ou até mesmo avanços tecnológicos.

³ Por causa da queda das receitas resultante da recessão e dos cortes realizados nas despesas discricionárias para viabilizar a obtenção da meta de resultado primário no período 2015-2017, o governo federal passou a depender da devolução dos empréstimos do Tesouro Nacional para o BNDES para cumprir a regra de ouro. Ver Oreiro (2018).

Tabela 1 – Regras fiscais no Brasil

Regra	Descrição	Tipo	Norma definidora	Base Legal	Abrangência	Situação
Regra de ouro	Veda a realização de operações de créditos que excedam o montante das despesas de capital.	Resultado	Constituição	CF (art. 167, III); LRF (art. 32, § 3º); e Res. SF 48/2007	Todos os entes	Vigente
Teto de gastos	Define um limite para o montante das despesas primárias, que equivale ao limite do ano anterior corrigido pela inflação. O limite é individualizado por poder e órgão autônomo.	Despesa	Constituição	CF (arts. 107 a 112, ADCT)	União	Vigente até 2036
Geração de despesas da Seguridade Social	Veda a criação, majoração ou extensão de benefícios ou serviços da seguridade social sem a fonte de custeio.	Despesa	Constituição	CF (art. 195, § 5º)	Todos os entes	Vigente
Meta de resultado primário	Fixa anualmente, na lei de diretrizes orçamentárias, a meta de resultado primário a ser perseguida no exercício a que a lei se refere.	Resultado	Lei Ordinária	LRF (art. 4º, § 1º)	Todos os entes	Vigente
Geração de despesa obrigatória	Veda a criação ou aumento de despesas obrigatórias de caráter continuado sem a demonstração da origem dos recursos para seu custeio. Efeitos financeiros devem ser compensados por aumento permanente de receita ou redução permanente de despesa.	Despesa	Lei Complementar	CF (art. 113, ADCT) e LRF (art. 17)	Todos os entes	Vigente
Renúncia de receitas	Veda a concessão de renúncia de receita sem a demonstração de que o benefício não afetará as metas fiscais e sem medidas de compensação por aumento de receita.	Receita	Lei Complementar	CF (art. 113, ADCT) e LRF (art. 14)	Todos os entes	Vigente
Limite de despesas com pessoal	Define limites para a despesa total com pessoal em função da receita corrente líquida do ente. Os limites são fixados por esfera da federação e, em cada uma delas, por poder e órgão autônomo.	Despesa	Lei Complementar	CF (art. 169) e LRF (arts. 19 e 20)	Todos os entes	Vigente
Limite da dívida consolidada	Fixa limites globais para o montante da dívida consolidada da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Os limites são definidos pelo Senado Federal, mediante proposta do Presidente da República.	Dívida	Resolução	CF (art. 52, VI); LRF (art. 30, I); e Res. SF 40/2001	Todos os entes	União: não instituído; Demais entes: vigente
Limite da dívida mobiliária	Fixa limites globais para o montante da dívida mobiliária da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O limite da União é definido pelo Congresso Nacional, por proposta do Presidente da República. Os limites dos demais entes são definidos pelo Senado Federal, mediante proposta do Presidente da República.	Dívida	União: Lei Ordinária; Demais entes: Resolução	CF (art. 48, XIV, e art. 52, IX); LRF (art. 30, I e II); e Res. SF 40/2001	Todos os entes	União: não instituído; Demais entes: vigente
Limite para operações de crédito	Fixa limites globais para as operações de crédito externo e interno da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Os limites são definidos pelo Senado Federal, mediante proposta do Presidente da República.	Dívida	Resolução	CF (art. 52, VII); LRF (art. 30, I); Res. SF 48/2007; e Res. SF 43/2001	Todos os entes	Vigente
Limites para concessão de garantia em operações de crédito	Fixa limites para concessão de garantia em operações de crédito externo e interno. Os limites são definidos pelo Senado Federal, mediante proposta do Presidente da República.	Dívida	Resolução	CF (art. 52, VIII); LRF (art. 30, I); e Res. SF 48/2007	Todos os entes	Vigente

Fonte: IFI - Instituto Fiscal Independente (2018, p.29).

Figura 1 - Linha do tempo das regras fiscais ligadas à saúde

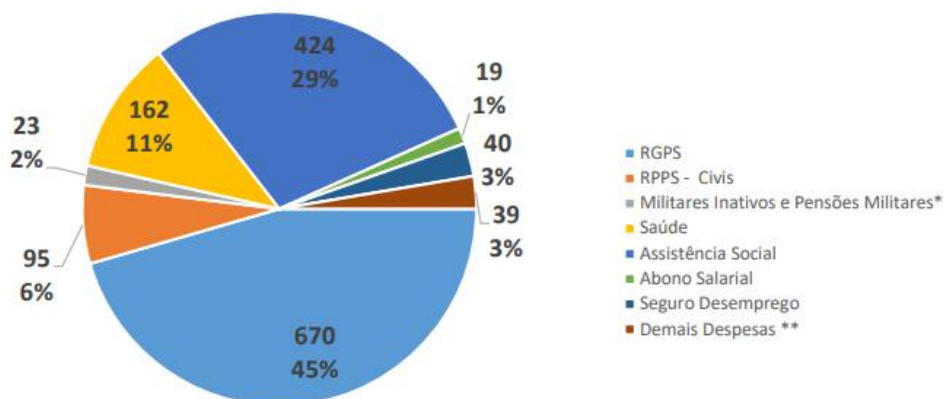
Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2 – Perdas para despesas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) por causa da EC 95 – bilhões de reais

Ano	Despesas em ASPS - A	Receita Corrente Líquida - B	15% da RCL (EC 86) - C	A - C
2018	117,08	805,00	120,80	-3,72
2019	122,43	905,00	135,85	-13,42
2020	160,92	652,00	130,20	+30,72
2021	176,65	813,83	122,1	+54,57
TOTAL	577,08	3175,15	508,92	+68,16

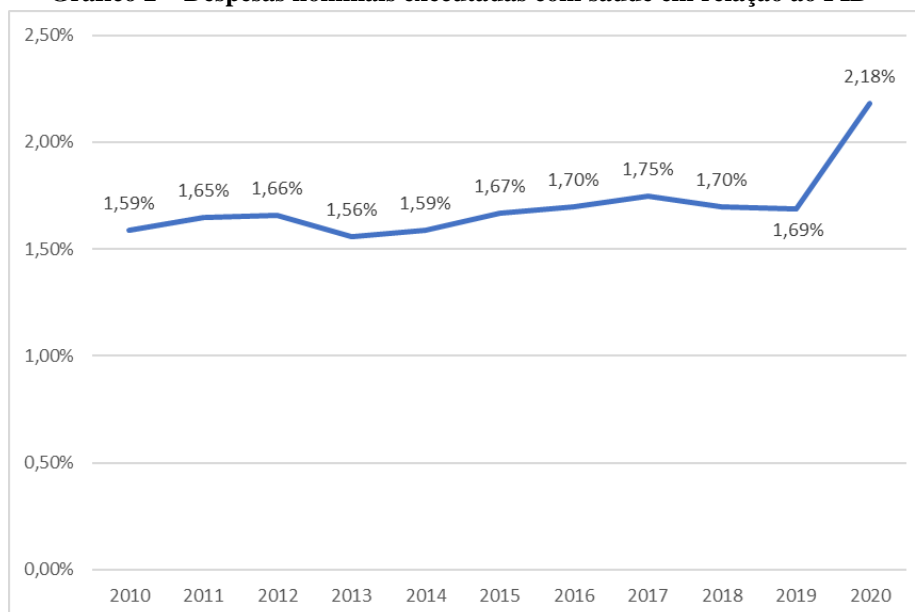
Fonte: Elaboração própria. Adaptado de SIOP (despesas) e STN (RCL).

Apesar da EC 86 ser uma regra pró-cíclica, ela ainda ultrapassa o montante do teto de gastos substancialmente no orçamento em saúde, como visto na Tabela 2, dos anos de 2018 e 2019. Porém, o mesmo não acontece nos anos de 2020 e 2021 por dois fatores centrais. O primeiro é que a pandemia do COVID-19 paralisou diversas atividades econômicas e dificultou o funcionamento das cadeias globais de valor, o que deteriorou as receitas públicas. O segundo é que a emergência sanitária suscitada pela pandemia resultou na reconfiguração do orçamento público nesses dois anos, com a aprovação de créditos orçamentários extraordinários. Esse salto nas despesas só foi possível porque o artigo 65 da LRF autoriza a suspensão das metas de resultado primário, desde que haja chancela pelo Congresso Nacional da ocorrência de calamidade pública.

Gráfico 1 – Despesas da Seguridade Social em 2020 – bilhões de reais

Fonte: STN (2021, p.105).

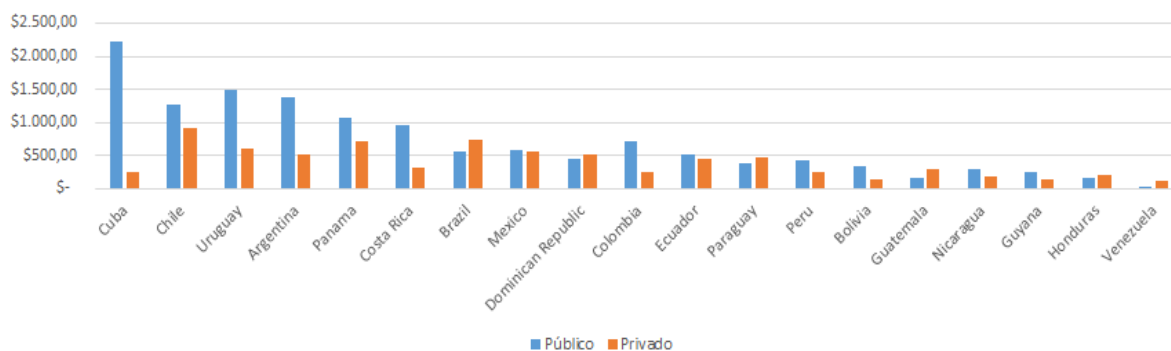
Após o reconhecimento do estado de calamidade pública pelo Congresso, houve a possibilidade do aumento nas despesas primárias. Conforme monitoramento do Tesouro Nacional, o combate à pandemia foi pronunciado nas rubricas da União, visto que dos R\$ 423 bilhões destinados à assistência social, cerca de R\$ 340 bilhões foram designados à mitigação da vulnerabilidade social desencadeada pela pandemia, como no caso dos auxílios emergenciais. Além disso, cerca de R\$ 42 bilhões dos R\$ 162 bilhões empenhados na saúde tinham como finalidade combater a COVID-19, através do tratamento, prevenção ou desenvolvimento e distribuição de vacinas, por exemplo.

Gráfico 2 – Despesas nominais executadas com saúde em relação ao PIB

Fonte: STN (2021, p.109). Elaboração própria.

Esse salto de despesas com saúde no ano de 2020 é notável quando se analisa a década passada. Assim sendo, a razão do gasto público em saúde em relação ao PIB, vide Gráfico 2, se manteve relativamente estável de 2010 a 2014 – período cuja regra fiscal consistia em calcular o montante empenhado no ano anterior e atualizar pela variação nominal do PIB. Já em 2016, nota-se um aumento para 1,70% e a razão segue em valores adjacentes até 2019. Contudo, no ano de 2020 as despesas executadas com saúde em relação ao PIB saltaram para 2,18%, num movimento causado pela forte crise econômica mundial e pela mobilização fiscal do Estado brasileiro no combate à pandemia. Como já visto anteriormente, as despesas em ações e serviços públicos de saúde partiram do montante de R\$122 bilhões em 2019 para R\$161 bilhões em 2020.

Gráfico 3 – Gasto em saúde per capita (USD PPP), 2017



Fonte: Elaboração própria. OCDE.

Excluindo os anos da pandemia, é notável pelas cifras exibidas anteriormente que o poder público segue um patamar na aplicação dos recursos em saúde baixo em proporção ao PIB e incompatível com um sistema universal de saúde que atende a mais de 200 milhões de habitantes. Já no contexto da América Latina, pelo Gráfico 3, é evidente que o gasto público brasileiro per capita é superado por países vizinhos que não possuem uma proposta de provisão pública robusta como a da Constituição Federal de 1988; além disso, é um contrassenso que num país com provisão universal de saúde o gasto privado per capita supere o público (Gráfico 3).

2.2.1 A introdução e permanência do teto de gastos no Brasil

Por ser uma regra fiscal central na restrição do orçamento federal e pelo contexto político extraordinário em que foi aprovada, se faz necessário discutir a Emenda Constitucional

95 separadamente e em detalhes. A EC 95 foi aprovada em segundo turno no dia 16 de dezembro de 2016 no Senado Federal, após transitar como Proposta 241 na Câmara dos Deputados e Proposta 55 no Senado Federal. Ela determina um novo regime fiscal no Brasil com validade de 20 anos, podendo ser alterado somente após 10 anos, em que o limite para os gastos federais se define pelo orçamento de 2016 corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Entretanto, o ano-base para os gastos em saúde foi o de 2017 e a implantação no ano seguinte.

Além de congelar os gastos do governo federal em termos reais, a EC 95 acaba estabelecendo uma competição entre as funções orçamentárias, pois um aumento real do orçamento da saúde implicaria numa redução do orçamento da cultura, por exemplo. Também se tornou restrita a escolha do eleitorado nas eleições em relação à política fiscal, já que por conta do novo regime o plano de governo dos presidentes passou a se adaptar ao orçamento ao invés do contrário. Logo, o teto de gastos como foi aprovado restringe a democracia, no sentido de institucionalizar o paradigma neoliberal na política fiscal. Portanto, essa “agenda de reformas centrada na austeridade e na redução do papel do Estado na economia” (ROSSI; DAVID, 2021) rebaixa o projeto constituinte de 1988 que desenhou o Estado de Bem-estar Social no Brasil.

Outro efeito negativo do teto dos gastos é desprezar o efeito multiplicador dos gastos públicos, os quais segundo David Stuckler (2014) geram retornos mais que proporcionais na demanda em diferentes áreas da economia. Em seu livro “A economia desumana”, o autor aponta que os gastos em saúde e educação são os melhores multiplicadores fiscais, pois geram retornos até mesmo em tempos de crise econômica. Ademais, no Brasil “o efeito multiplicador do gasto com saúde no país foi calculado em 1,7, ou seja, para um aumento do gasto com saúde de R\$ 1,00, o aumento esperado do PIB seria de R\$ 1,70” (ABRAHÃO *et al.*, 2011 *apud* VIEIRA E BENEVIDES, 2016).

Também é necessário ressaltar que a Emenda Constitucional 95 foi encaminhada ao Legislativo pelo Presidente Michel Temer, após o processo de *impeachment* da Presidenta eleita Dilma Rousseff. Portanto, o regime fiscal vigente no país não foi chancelado nas urnas, muito menos nas ruas, mas foi aprovado meio a uma grave crise econômica que grandes veículos de mídia formadores de opinião imputaram à “irresponsabilidade fiscal” dos governos anteriores. A meta de resultado primário de 2012, uma das determinações da LRF, foi cumprida via uma série de manobras fiscais (de adiamento de despesa e antecipação de receita), o que abalou a credibilidade do governo e serviu de pretexto para iniciar o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, quatro anos depois. Desde então, o Tesouro vem adotando previsões conservadoras

de receita, com metas de déficit primário folgadas o suficiente para evitar a repetição das crises fiscais dos anos anteriores (BARBOSA, 2021).

Entretanto, o cenário de restrição orçamentária mudou com o número de hospitalizações e mortes por COVID-19 aumentando no país inteiro, e em 2020 os parlamentares utilizaram do § 6º no artigo 102 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) - excluindo do teto os créditos extraordinários abertos para atender a despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública - para destinar aos estados os recursos necessários no combate à pandemia. De acordo com o Instituto Fiscal Independente⁴, os créditos extraordinários destinados ao enfrentamento do estado de calamidade pública suscitado pelo COVID-19 chegaram ao montante de R\$ 738,9 bilhões, porém cerca de 23% dessas despesas deixaram de ser executadas. Como discutido anteriormente, também foi usado o artigo 65 da LRF por prever a suspensão da meta de resultado primário nas contas da União.

O decreto do estado de calamidade pública permitiu que o governo federal descumprisse a meta fiscal prevista para o ano de 2020, admitindo déficit fiscal de até R\$ 124,1 bilhões nos gastos públicos. Porém, o déficit atingiu R\$ 831 bilhões tendo em vista as despesas decorrentes da pandemia. Com o decreto aprovado pelo Congresso Nacional em 20 de março de 2020, o governo pôde ampliar despesas com o programa Bolsa Família, destinar recursos para pagamento do auxílio emergencial e empenhar valores extras para adquirir medicamentos e insumos (AGÊNCIA SENADO, 2021).

As exceções à regra fiscal incentivaram diversas formas para fugir dos limites do teto de gastos, como:

(...) a de criar despesas públicas fora do orçamento a serem realizadas por empresas privadas no âmbito de editais de concessão ou privatização. Assim, na lei que autorizou a privatização da Eletrobras, diversos programas de caráter eminentemente público e que, portanto, deveriam constar do orçamento, passarão a ser realizados pela Eletrobras privatizada ou por nova empresa estatal a ser criada pela fusão de Itaipu e Eletronuclear. São políticas como a revitalização de rios, financiamento de centro de pesquisa ou voltadas à eficiência energética (MENDES, 2021, p.16).

Essas manobras a fim de aprovar um orçamento à parte comprovam a inadequação da EC 95/2016 às demandas de infraestrutura no território brasileiro, mas também há de se

⁴ Painel com os créditos extraordinários destinados ao enfrentamento do COVID-19 e detalhados disponível em <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/12071674-bd8c-4949-af82-504ce236bd5d/page/RQ2NB>.

reconhecer o *lobby* de setores com grande influência nos poderes executivo e legislativo que propiciam a aprovação de propostas que beneficiam grupos em específico no orçamento como, por exemplo, o reajuste salarial nas carreiras de Polícia Federal e Polícia Rodoviária Federal; tendo em vista que o próprio Presidente da República entrou em contato com o deputado Hugo Leal – relator do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) de 2022 – requisitando a inclusão do reajuste no orçamento (CNN BRASIL, 2021).

Com o estado de calamidade pública reconhecido pelo Congresso Nacional, foi aprovada a Emenda Constitucional 106/2020, também conhecida como “Orçamento de Guerra”, a qual criou um regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Entre as medidas tomadas, o artigo 7º autorizou o Banco Central a comprar e vender títulos de emissão do Tesouro Nacional, nos mercados secundários local e internacional; e os títulos de empresas privadas, desde que, no momento da compra, tenham classificação em categoria de risco de crédito no mercado local equivalente a BB- ou superior, com a finalidade de garantir liquidez ao mercado de capitais.

Anteriormente, o BACEN só poderia ofertar ou adquirir títulos como instrumento de controle da taxa de juros de curto prazo. Ao injetar liquidez, o BACEN liberava os recursos e recebia carteiras em troca, e ao suprimir a liquidez, tomava empréstimos das instituições financeiras e apresentava títulos como garantia da operação (AGÊNCIA SENADO, 2020).

Finalmente, o uso de artifícios para contornar o regime fiscal no Brasil não é novidade e demonstra como as regras do arcabouço fiscal são impróprias para o funcionamento da máquina do Estado brasileiro como também para suprir as demandas sociais e de infraestrutura no país. Assim sendo, o cumprimento ou não de tais regras acaba dependendo da sinergia entre grupos políticos e anuência dos poderes legislativo e executivo – evidenciado pelo tratamento diferenciado dado aos governos Dilma e Temer pelo mesmo tipo de operações fiscais não recorrentes⁵.

2.2.2 O mito da austeridade fiscal expansionista

Cabe apontar que os gastos empenhados em saúde nos anos de 2020 e 2021, justificados pela pandemia de COVID-19, provam que os argumentos usados para sustentar a

⁵ A Lei 13.332/2016, sancionada durante o governo Temer, flexibiliza as regras para abertura de créditos suplementares sem a necessidade de autorização do Congresso.

austeridade fiscal são entraves mantidos meramente pela legislação. Em meio à literatura econômica não há consenso ou sustentação empírica sobre limite para o endividamento público pré-estabelecido, desde que a dívida seja em moeda nacional, de emissão soberana (BUSATO E ALMEIDA, 2021). Aliás, o caso brasileiro não é o de um país endividado em moeda estrangeira, pelo contrário, as reservas internacionais no Banco Central correspondiam a 25% do PIB em 2020, enquanto a dívida líquida alcançou 63% do PIB no mesmo período. Para efeitos de comparação, as reservas internacionais pertencentes à China em 2020 correspondiam a cerca de 22% do PIB (Banco Mundial).

Entretanto, deve-se frisar que a composição dos detentores da dívida pública interna merece atenção devido ao exposto a seguir:

Se a participação estrangeira na dívida interna for elevada, certamente essa economia está mais exposta a rápidas repatriações e volatilidade cambial. Mas ainda assim, isso não implica um problema na rolagem da dívida interna, implicando apenas que o Banco Central deverá atuar nesses casos, fornecendo reservas e ajustando a liquidez. Um estudo recente feito por Matsuoka (2020) do Banco Mundial, utiliza a tese da intolerância à dívida para analisar os efeitos potenciais da dívida pública (nível) e da composição da mesma (participação de residentes x não-residentes) sobre a taxa de juros de curto prazo e de longo prazo. E concluiu que o impacto que o nível de dívida pública exerce sobre a taxa de juros esperada aumenta quando a participação de estrangeiros excede aproximadamente 20% da dívida pública denominada em moeda local. Caso a participação de investidores privados estrangeiros seja superior a 30% os efeitos se darão sobretudo nas expectativas das taxas de juros de longo prazo desde que a relação dívida/PIB exceda 60% (Matsuoka, 2020). (BUSATO E ALMEIDA, 2021, p.8)

A dívida líquida do setor público (DLSP) consiste no diferencial entre passivos e ativos do Estado, inclusive empresas estatais não financeiras e o Banco Central. No contexto atual onde há alta persistente da taxa de juros e déficit primário, há a tendência de aumento da DLSP no médio prazo; agravado pela perda do dinamismo econômico e aumento dos gastos na pandemia.

A saída ortodoxa para resolver o problema do déficit primário costuma ser a diminuição das despesas, porém a queda dos gastos do Estado significa menos renda destinada aos agentes privados e, conseqüentemente, menos consumo e investimento, frustrando as expectativas dos empresários. Em suma, o componente de gastos do governo na demanda agregada é responsável por dinamizar a economia e agir como política anticíclica, pois as “violentas flutuações cíclicas do investimento privado no regime de *laissez-faire*⁶ devem-se às

⁶ Expressão atribuída a Turgot, economista francês, usada para indicar uma política de não interferência do Estado em determinadas atividades econômicas dos cidadãos (Dicionário Priberam).

violentas flutuações dos lucros” (KALECKI, 1944). Além disso, como há queda do PIB as receitas tributárias também caem, causando o aprofundamento do déficit.

Até mesmo o FMI, anteriormente patrocinador do receituário neoliberal, reconheceu que a ideia da austeridade fiscal aumentar a confiança do setor privado e conseqüentemente o investimento não tem lastro na realidade. Comumente, períodos de corte de gastos (consolidação fiscal) são seguidos de queda na demanda agregada ao invés de crescimento. Em média, a consolidação fiscal de 1% do PIB aumenta a taxa de desemprego no longo prazo em 0,6% e o índice de Gini de desigualdade de renda em 1,5% (Ball *et al.*, 2013 *apud* Ostry *et al.*, 2016).

Contudo, a resolução pelo aumento das receitas consiste em elevar os gastos públicos, causando um aumento mais que proporcional na demanda agregada, levando ao crescimento da receita tributária e, conseqüentemente, à redução da DLSP. A fim de elevar a receita de tributos, também seria desejável o aumento do salário-mínimo, a formalização de empregos e elevar a alíquota de tributação em riqueza. Aliás, Jair Bolsonaro será o primeiro presidente desde o Plano Real, em 1994, a terminar o mandato com redução no salário-mínimo real. Finalmente, a política monetária do Banco Central influenciaria positivamente ao reduzir a taxa básica de juros da economia (SELIC), o que tornaria a dívida pública sustentável a longo prazo.

2.3 UMA VISÃO ALTERNATIVA: O SUS COMO MOTOR DE DESENVOLVIMENTO E AS FINANÇAS FUNCIONAIS

Partindo de uma política fiscal sem a rigidez das regras vigentes no Brasil, pode-se discutir o uso dos serviços sociais públicos como estratégia de desenvolvimento num viés de “promoção equitativa de bem-estar sustentável” (Kerstenetzky, 2022), além da suavização de ciclos econômicos que os gastos públicos proporcionam através da influência no nível de emprego.

Tendo como objetivo a promoção do bem-estar social, há de se ampliar o financiamento do SUS mesmo após a emergência sanitária suscitada pela pandemia, visto que o aumento do desemprego, a suspensão dos procedimentos eletivos e a perda da renda das famílias constituem pressão ainda maior no sistema público do que em períodos anteriores. Além disso, é necessário que se contabilize no orçamento a transição demográfica, a incorporação de novas tecnologias, a inflação do setor de saúde e o agravamento de condições que não foram monitoradas durante a pandemia. Por exemplo, pacientes com diabetes tipo 2 tiveram dificuldades em controlar a glicemia e o peso, conseqüentemente, o número de

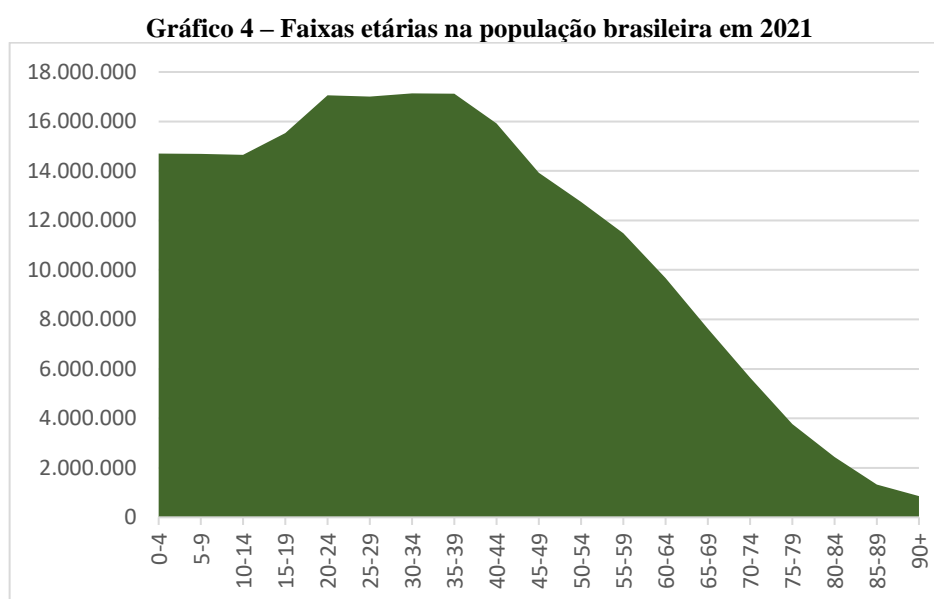
amputações causadas pela diabetes cresceu 5% em 2021, comparado ao mesmo período no ano anterior segundo o Ministério da Saúde⁷.

Segundo projeções do IBGE, a população brasileira com 60 anos ou mais em 2036 chegará a 21% da população. Em termos absolutos, em 2036, a população com 60 anos ou mais saltará de 31,3 milhões em 2021 para 49,2 milhões de habitantes, e a população com 80 anos ou mais aumentará 97%, passando de 4,6 milhões em 2021 para 9 milhões em 2036, o que pressionará o gasto público em ações e serviços de saúde. As projeções da população brasileira elaboradas pelo IBGE são apresentadas no

Gráfico 4 e

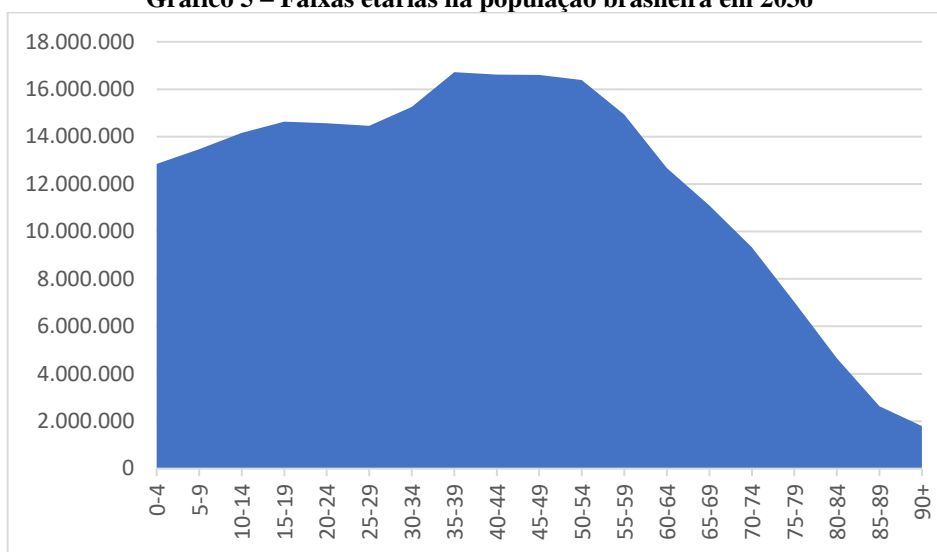
Gráfico 5, onde é possível visualizar a transição demográfica esperada pelos próximos 15 anos no território brasileiro. Além do aumento na população idosa, observa-se uma contração na população jovem que teoricamente cuidaria dos idosos. Logo, é provável que haja no futuro próximo milhões de idosos sem assistência da família, dependentes dos gastos públicos em assistência social e, principalmente, em saúde.

Portanto, o financiamento adequado da saúde pública beneficiaria os 70% da população que dependem exclusivamente do SUS e ainda, o serviço público proporciona diminuição de desigualdades e redistribuição de renda através de gastos com forte efeito multiplicador. A partir disso, é imprescindível analisar diferentes propostas de mudança nas regras fiscais que regem o financiamento do SUS.



Fonte: IBGE. Elaboração própria.

⁷ Mais informações em <https://globoplay.globo.com/v/10045731/>. Acesso em 19 nov. 2021.

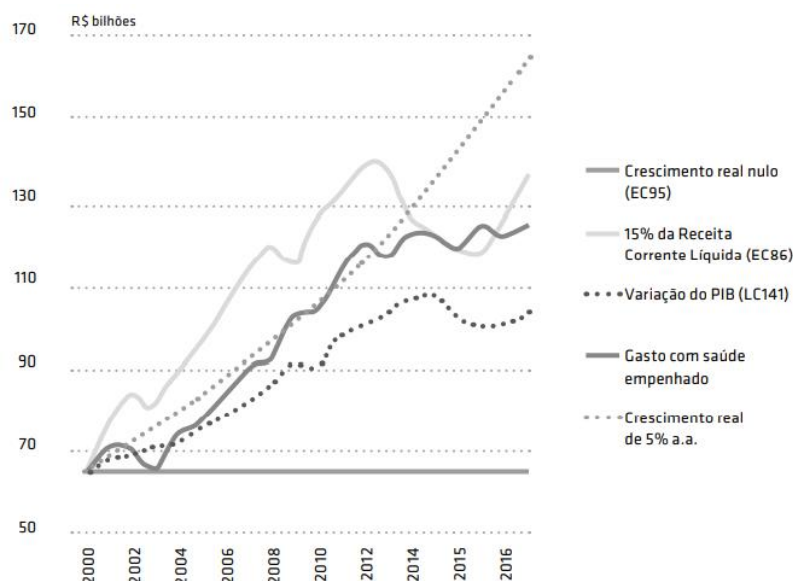
Gráfico 5 – Faixas etárias na população brasileira em 2036

Fonte: IBGE. Elaboração própria.

O Gráfico 6 representa quatro diferentes possibilidades de como seria o mínimo de gasto público em saúde no Brasil, considerando diferentes regras ao longo de quase vinte anos em comparação ao gasto com saúde empenhado no mesmo intervalo de tempo.

Evidentemente, tanto a EC 86 e a LC141 são regras pró-cíclicas, porém a EC86 ainda apresentou números melhores para o orçamento que o empenhado no intervalo analisado. A regra hipotética de crescimento real de 5% ao ano possui um comportamento muito similar ao gasto com saúde empenhado no intervalo de 2000 a 2012, porém nos anos seguintes os gastos empenhados estagnaram no nível de R\$ 120 bilhões em média (Gráfico 6). Apesar de ser hipotética, deve-se reconhecer que 5% a.a. de crescimento é razoável nos gastos em saúde, considerando a transição demográfica, a incorporação de novas tecnologias e a inflação do setor de saúde. Trata-se de uma norma condizente com as necessidades da população e também com as proporções do SUS em atendimentos e complexidade.

Gráfico 6 - Gasto empenhado com saúde e simulação de como seria o piso para saúde com diferentes regras adotadas a partir de 2001 (valores reais, preços de 2019) ⁸



Fonte: ROSSI E DAVID, 2021, p. 276.

Portanto, fica evidente ao se analisar o Gráfico 6 como o orçamento da saúde fica prejudicado por regras fiscais que acompanham os ciclos econômicos do Brasil em vez de acompanhar os imperativos da realidade brasileira, a qual ainda ostentava em 2018 uma taxa⁹ de mortalidade infantil de 12,8 mortes por 1000 nascimentos. Além disso, as regras fiscais pró-cíclicas afrontam o pacto social da Constituição Brasileira que fundou o Estado de Bem-Estar Social no Brasil como se conhece atualmente.

Além disso, os gastos em saúde são os melhores no ponto de vista do efeito multiplicador, como já discutido anteriormente por Stuckler (2014), pois geram retornos mais que proporcionais até mesmo em períodos de recessão econômica e são de magnitude de 1,7 (ABRAHÃO *et al.*, 2011 *apud* VIEIRA E BENEVIDES, 2016). Também segundo Carlos Gadelha¹⁰, a saúde no Brasil é responsável por 8 milhões de empregos, “com capacidade de emprego direto e indireto de 20 milhões, porque é um multiplicador de empregos, o que é mais do que todo o desemprego brasileiro”. Em vista disso, além dos gastos públicos em saúde serem fundamentais na redução das desigualdades, há também o aspecto da promoção do crescimento

⁸ Os cálculos consideram o orçamento para a saúde do ano de 2000 a preços de 2019 e, a partir desse, um crescimento real nulo para simular uma regra similar à EC95, um crescimento conforme a variação do PIB real do ano anterior para simular uma regra similar à LC141 e um crescimento de 5% real ao ano para uma regra hipotética. A regra similar à EC86 é calculada a partir da RCL de cada ano trazida a preços de 2019, considerando o IPCA. A série de gasto empenhado em saúde considera a função “saúde” até 2012 e a partir de 2013, “ASPS”, definida a partir da LC 141/2012.

⁹ Dados da OCDE em <https://stats.oecd.org/>.

¹⁰ Entrevista de Mônica Tarantino publicada originalmente no portal Medscape com o pesquisador Carlos Gadelha e disponível no site do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde).

econômico por meio das despesas do Sistema Único de Saúde e investimentos na infraestrutura do setor público de saúde.

2.3.1 Introdução ao conceito do CEIS 4.0

A saúde no programa de pesquisa que vem sendo desenvolvido na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) há cerca de duas décadas é vista como um destacado espaço de reprodução da dinâmica capitalista, superando o conceito de saúde como um campo específico das políticas sociais. O programa de pesquisa do CEIS (Complexo Econômico-Industrial da Saúde) estabelece uma agenda de investigação em torno da relação entre saúde e desenvolvimento dentro do contexto capitalista em que a contemporaneidade está inserida, procurando explicitar a interdependência econômica, tecnológica, política e institucional presente na economia da saúde. Essa abordagem crítica busca integrar os campos da economia política e da saúde coletiva, superando, de um lado, visões reducionistas e tecnicistas que focalizam apenas em cadeias produtivas e setores de atividade isolados e, de outro, visões limitadas do campo da seguridade social. O desafio é captar, no campo da saúde, a relação entre o desenvolvimento da base produtiva e tecnológica com a sua contribuição para a sociedade de modo equânime, integral e universal – princípios fundamentais do SUS.

Carlos Gadelha (2021) delimita o CEIS como um espaço institucional, político, econômico e social, em que se realizam a produção e a inovação em saúde. As atividades produtivas do campo da saúde e a inovação inerente a elas são interdependentes, caracterizando-se como um sistema que espelha a interação entre os sistemas nacionais de saúde e os sistemas nacionais de inovação. Ademais, os bens e serviços presentes no CEIS apresentam em sua formação a tensão entre os interesses do capital e os objetivos sociais da saúde.

A dinâmica do CEIS exprime a visão da saúde como direito à cidadania e como setor estratégico de desenvolvimento produtivo e tecnológico, de criação de valor e de geração de investimento, renda, emprego, conhecimento e inovação. Entretanto, se não houver políticas que assegurem a soberania nacional na produção e inovação em saúde a expansão do SUS caminha em conjunto com a dependência externa, evidenciando obstáculos à sustentação do crescimento econômico e à universalização do acesso à saúde. Portanto, o papel do Estado é fundamental para garantir a capacitação produtiva e tecnológica e o acesso universal, indo além do antagonismo reducionista entre Estado e mercado.

A interconectividade sem precedentes da informação entre pessoas e com o mundo produtivo real, físico e biológico, é característica determinante da Quarta Revolução

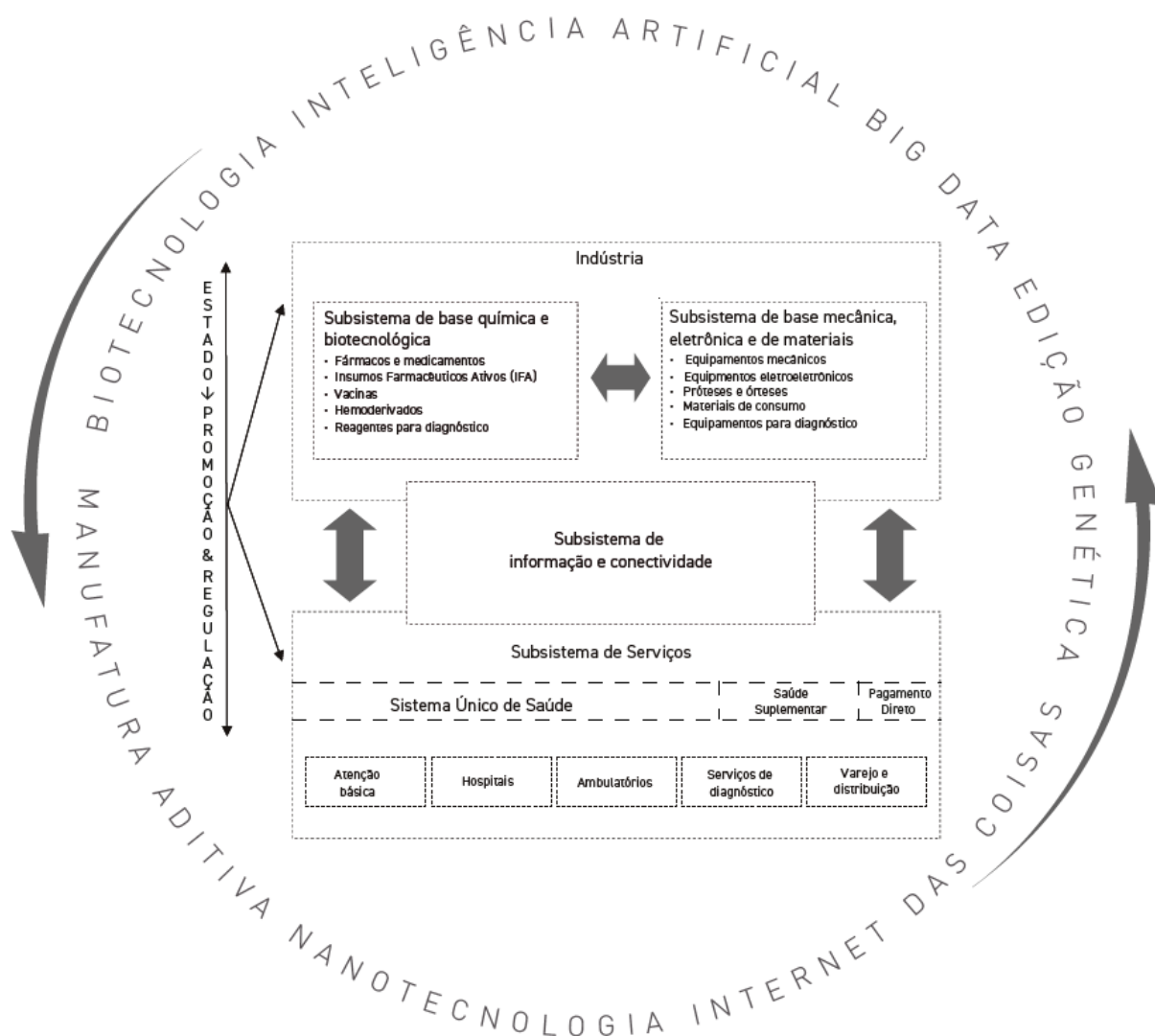
Tecnológica¹¹. Assim sendo, as fronteiras entre setores e campos do conhecimento acabam sendo extintas em consequência das transformações tecnológicas e o caráter sistêmico da saúde fica explícito. Além disso, o surgimento de novos paradigmas e tecnologias promove outros espaços de acumulação e oportunidades tecnológicas, induzindo uma organização fracionada e individualista do cuidado ao invés de sistemas universais.

As especificidades da Quarta Revolução Tecnológica também suscitam mudanças complexas no mercado de trabalho. Portanto, o advento de novas ocupações e formas de contratação afetam o trabalho e o emprego em sua forma, ampliando a polarização social. Simultaneamente, as diversas atividades no campo da saúde e da assistência continuam sendo importantes criadores de empregos formais. Logo, é preciso ponderar como as mudanças no contexto do trabalho influenciam na relação entre saúde e desenvolvimento, principalmente se o foco estiver no crescimento inclusivo, ou seja, buscando igualmente o aumento da produtividade, do salário real e do bem-estar.

A Figura 2 atualiza a estrutura original do CEIS (GADELHA, 2003) para o contexto da Quarta Revolução Tecnológica. Nesse novo contexto, o caráter sistêmico do CEIS é reforçado e as fronteiras entre seus diversos subsistemas e segmentos se tornam ambíguas, com a preponderância da interdependência das atividades econômicas, produtivas e tecnológicas em saúde, exibindo um espaço de acumulação de capital e de inovação fundamental para o bem-estar e a sustentabilidade do SUS e dos sistemas universais de saúde em geral.

¹¹ Klaus Schwab vê duas diferenças essenciais em relação às revoluções anteriores. A primeira é que tais transformações tecnológicas estão em andamento ao mesmo tempo em que se discute suas especificidades, já as revoluções anteriores só foram estudadas e examinadas após seus efeitos de fato se concluírem. Além disso, ela é a fusão de diversas tecnologias: nanotecnologia, sequenciamento genético, novas máquinas, computação quântica, energias renováveis. Esses são exemplos deste movimento, tendo como marco fundamental a virada do século XXI com uma série de novas descobertas e tem como base o avanço da tecnologia digital (Tamashiro *et al.*, 2017).

Figura 2 - Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0 (CEIS 4.0)



Fonte: (GADELHA, 2021, p. 42).

Tendo em vista o exposto, a área da saúde possui potencial para ser estratégica na superação do subdesenvolvimento histórico do Brasil, ao gerar renda, emprego, investimentos, inovação e tributos.

2.3.2 Características da teoria das finanças funcionais

Como mencionado anteriormente, a teoria das “finanças funcionais” foi desenvolvida pelo economista Abba Lerner, tendo como ponto focal a aplicação de políticas que priorizassem os resultados em vez de ideias qualitativas ou dogmáticas. A fim de facilitar a compreensão da teoria proposta, ele a dividiu em três preceitos (LERNER, 1943) que serão apresentados a seguir.

O primeiro preceito define que o governo deve monitorar a taxa total de gastos para que essa não esteja nem muito alta, nem muito baixa, de tal forma evitando a inflação ou o desemprego.

O segundo preceito define que o governo somente deve tomar empréstimo caso seja de seu interesse que a esfera privada tenha menos liquidez e mais títulos públicos, já que esses são os efeitos do empréstimo governamental. Mais uma vez, a teoria sublinha a importância de julgar as ações pelos seus efeitos. Assim sendo, o empréstimo ou a liquidação de títulos por parte do governo é aplicado de forma a atingir uma taxa de juros mais atrativa ao investimento privado.

Consequentemente, há o corolário de que a tributação nunca deve ser usada somente porque o poder público necessita de mais dinheiro. Julga-se a ação de tributar segundo seus efeitos, que são: o contribuinte tem menos dinheiro para gastar e o governo possui mais dinheiro. Contudo, o segundo efeito é atingido de forma mais fácil ao imprimir dinheiro, logo, somente o primeiro efeito é relevante. Portanto, a tributação deve ser aplicada somente quando se deseja ter como efeito o contribuinte com uma menor renda disponível, por exemplo, quando é necessário suavizar os gastos para evitar inflação.

O terceiro preceito estabelece a criação ou destruição de moeda como meio para alcançar os efeitos desejados compreendidos nos outros dois preceitos. É comum que haja repulsa pela ideia de criar moeda, pois se pensa que a impressão de moeda criaria inflação, entretanto, a tal criação de moeda não afeta o montante gasto.

Ao contrário do paradigma atual em que se encontra as finanças públicas, a teoria das “finanças funcionais” não enxerga razão para que a política fiscal, que busca pleno emprego e impede inflação, deva obrigatoriamente equilibrar o orçamento anualmente ou em qualquer período arbitrário.

Além disso, não há dificuldades para se aumentar a dívida pública desde que o público esteja disposto a continuar emprestando ao governo. Caso ele não empreste ao governo, o público irá gastar ou entesourar. Se o público entesourar, o Estado pode criar moeda e, desse modo, o público está em posse de moeda em vez de títulos e o Estado não precisa pagar os juros de dívida que estaria contraindo. Se o público consumir, o Estado não precisará gastar a fim de elevar a taxa de gasto total; contudo, se o consumo aumentar demais, então, o governo terá de tributar a fim de evitar inflação. Finalmente, mesmo que a dívida pública alcance o mais superior nível, não há perigo para a sociedade desde que o nível de demanda agregada esteja adequado com a finalidade de atrair investimento privado e consequentemente a geração de empregos (LERNER, 1943).

O Estado brasileiro tem seguido regras fiscais que limitam demais o orçamento, em detrimento de regras fiscais mais flexíveis que priorizem a retomada econômica em momentos de recessão ou baixo crescimento econômico. Em vez da redistribuição de renda através de gastos sociais, o discurso do equilíbrio da dívida pública através da redução das despesas acaba por tomar o foco do governo. Já as finanças funcionais priorizam os resultados ao contrário de dogmas, tendo como perspectiva o crescimento, a elevação no nível de emprego e a redução da desigualdade. Portanto, o Estado deve atuar na economia através da política fiscal a fim de conduzir o desenvolvimento socioeconômico desde que possua as ferramentas necessárias no orçamento público para atender as necessidades da população.

3. A REGRESSIVIDADE DO GASTO PÚBLICO NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde tem como princípios institucionais universalidade, integralidade e equidade. Universalidade no sentido de atender a todos sem restrições; integralidade ao compreender o usuário como ser complexo e buscar atender às demandas e necessidades dele; finalmente, a equidade significa oferecer mais a quem mais precisa e menos àqueles que requer menos cuidados, reconhecendo que o direito à saúde perpassa as diferenças sociais.

Todavia, o gasto público tem desrespeitado a equidade no direito à saúde ao oferecer subsídios¹² aos planos privados de saúde e seus usuários - subsídios que subtraem recursos que poderiam estar sendo alocados no SUS. Apesar da pretensa justificativa de incentivar o contrato de planos privados e, assim, desafogar o atendimento do SUS, os contratantes dos planos privados ainda demandam serviços como vacinação, transplante, hemodiálise, urgência e serviços de alta complexidade que o mercado não cobre.

Portanto, a esfera pública tem servido aos interesses do mercado ao socializar o custo das operadoras e dos usuários, em detrimento do financiamento do SUS. Em vista disso, cabe analisar as contradições entre o mercado de planos de saúde e o Estado. Neste capítulo será discutido como as prestadoras privadas em planos de saúde são beneficiadas com a política atual de subsídios e serão apresentados dados e indicadores do ressarcimento ao SUS.

3.1 AS CONTRADIÇÕES ENTRE O MERCADO E O ESTADO

A renúncia fiscal presente tanto no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) - através da declaração anual composta de “alíquotas progressivas, conforme o nível de renda, sobre uma base de cálculo, que é formada pela soma de determinados tipos de renda menos as deduções legais permitidas” (RFB, 2020) - quanto no Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) – incidente sobre “as rendas provenientes das atividades empresariais, bem como as decorrentes de ganhos de capital e os rendimentos de aplicações financeiras” (RFB, 2020) - beneficia os declarantes que mais gastam em bens e serviços de saúde, pois quanto mais gastos em saúde

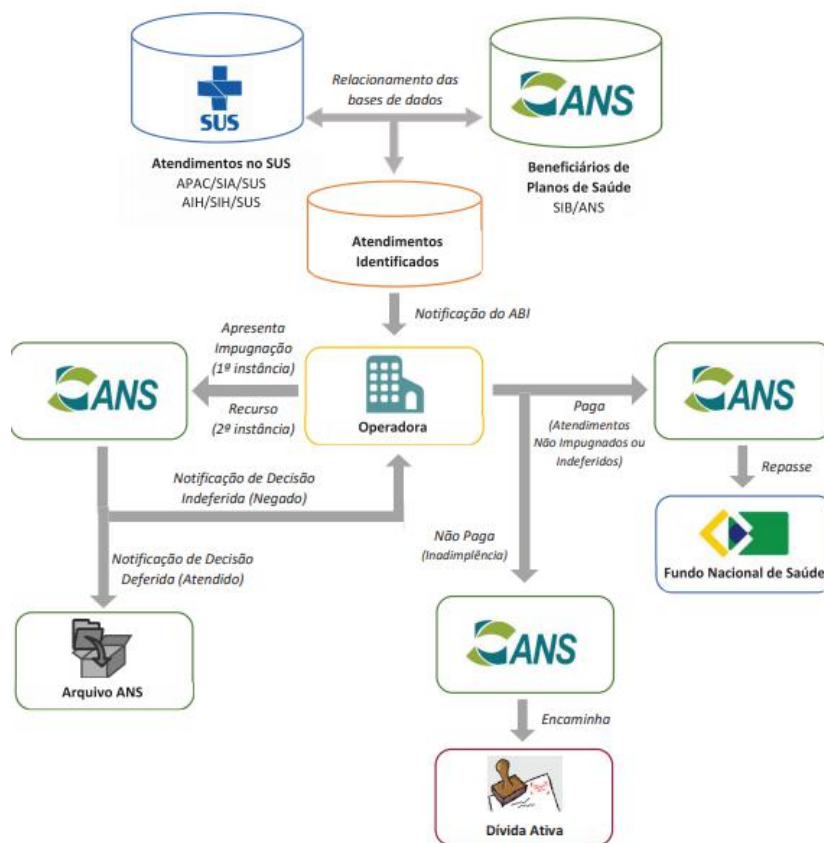
¹² O Estado brasileiro possibilita às pessoas físicas deduzirem da renda tributável os gastos com saúde, porém, não existe limite para tal abatimento. Esta forma de renúncia fiscal também se aplica ao empregador, quando fornece assistência à saúde a seus empregados, pois ela é considerada despesa operacional e pode ser abatida do lucro tributável (OCKÉ-REIS, 2018).

houver maior é o reembolso da Receita Fiscal ao contribuinte. Trata-se, então, de gastos do Estado com características regressivas.

Mais especificamente, a União permite aos declarantes deduzir do IRPF as despesas com serviços médicos, odontológicos e com planos e seguros de saúde dos declarantes e seus dependentes, tendo o direito de ser restituído pela Receita Federal. Além disso, a inclusão de despesas médicas, odontológicas e com planos e seguros de saúde dos empregados e seus familiares podem ser atribuídas à despesa operacional da empresa, reduzindo o cálculo do lucro sobre o qual incidirá o IRPJ.

Entretanto, é previsto no art. 32 da Lei 9.656/1998 o ressarcimento ao SUS de serviços prestados aos beneficiários de planos de saúde por instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do sistema público, vide processo detalhado na Figura 3. A razão deste processo de ressarcimento se deve ao fato de que os beneficiários contratam e pagam por um serviço privado, porém usam dos recursos humanos e de capital do setor público gratuitamente, o que acaba favorecendo o enriquecimento sem causa do setor privado em saúde. Entretanto, é indispensável destacar que o ressarcimento em nada limita ou constrange o uso do SUS pelos contratantes dessas operadoras, mediante o art. 196 da Constituição Federal de 1988 que prevê acesso universal e igualitário aos serviços correlatos à saúde.

Figura 3 - Ressarcimento ao SUS



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consulta em 18 nov. 2021.

Vale ressaltar sobre o montante passível de ressarcimento ao SUS e a fiscalização mais recente:

A Agência Nacional de Saúde Suplementar identificou, entre 1998 e junho de 2014, atendimentos do SUS prestados aos beneficiários de planos e seguros de saúde passíveis de ressarcimento no valor de R\$ 2,62 bilhões e ainda estão em análise atendimentos no valor de R\$ 1,6 bilhão (ANS, 2016). Vale lembrar que até maio de 2015 o sistema de ressarcimento englobava somente os procedimentos hospitalares. Auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União em 2008 estimou que eram passíveis de ressarcimento ao SUS R\$ 2,6 bilhões referentes a procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade prestados a beneficiários de planos e seguros de saúde no período que cobre os anos de 2003 a 2007 (Brasil, 2008). (SÁ, 2018, p. 9).

Apesar de haver previsão legal do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde, há ainda um passivo bilionário (ANS, 2021) não pago pelas operadoras que seria alocado no Fundo Nacional de Saúde. Trata-se novamente de recursos públicos que beneficiam os usuários dos planos privados sem contrapartida, uma contradição agravada pelo contexto da EC 95 e o

subfinanciamento crônico do SUS. Indiretamente, o não ressarcimento acaba por ser mais um incentivo governamental destinado às operadoras de planos de saúde.

A implantação de subsídios surge com a missão de aumentar a demanda por planos privados, pois reduziria o preço a ser pago pelo consumidor. Entretanto, geralmente, não há uma decisão consciente de usar os serviços médicos, mas a necessidade de cuidados médicos. Mesmo que se escolha um determinado serviço de saúde, ele é determinado pela existência ou percepção dessa necessidade. Seguindo essa linha de raciocínio, é inegável que existem motivos não econômicos que explicam o consumo em ações e serviços de saúde. Os consumidores estarão dispostos a pagar o que for preciso para se curar ou atenuar o sofrimento, independentemente do preço ou do risco percebido. Nessas circunstâncias, o mercado fica livre para negociar preços não competitivos no setor da saúde. Do ponto de vista microeconômico, a situação típica de concorrência imperfeita é estruturada dessa forma, e o vendedor pode obter um lucro maior, de modo que os preços se comportam como um “preço de monopólio”. Portanto, a demanda em ações e serviços de saúde é potencialmente inelástica ao preço (OCKÉ-REIS *et al.*, 2006).

Apesar dos gastos tributários¹³, o SUS é responsável pelo atendimento exclusivo de mais de 70% da população brasileira (SÁ, 2018). Então, além dos gastos serem regressivos, sem foco em faixa de idade ou renda, eles beneficiam os prestadores privados de saúde e não desafogam o sistema público de saúde.

Tabela 3 – Comparativo do gasto tributário em saúde com orçamento direto (2018) em R\$ milhões

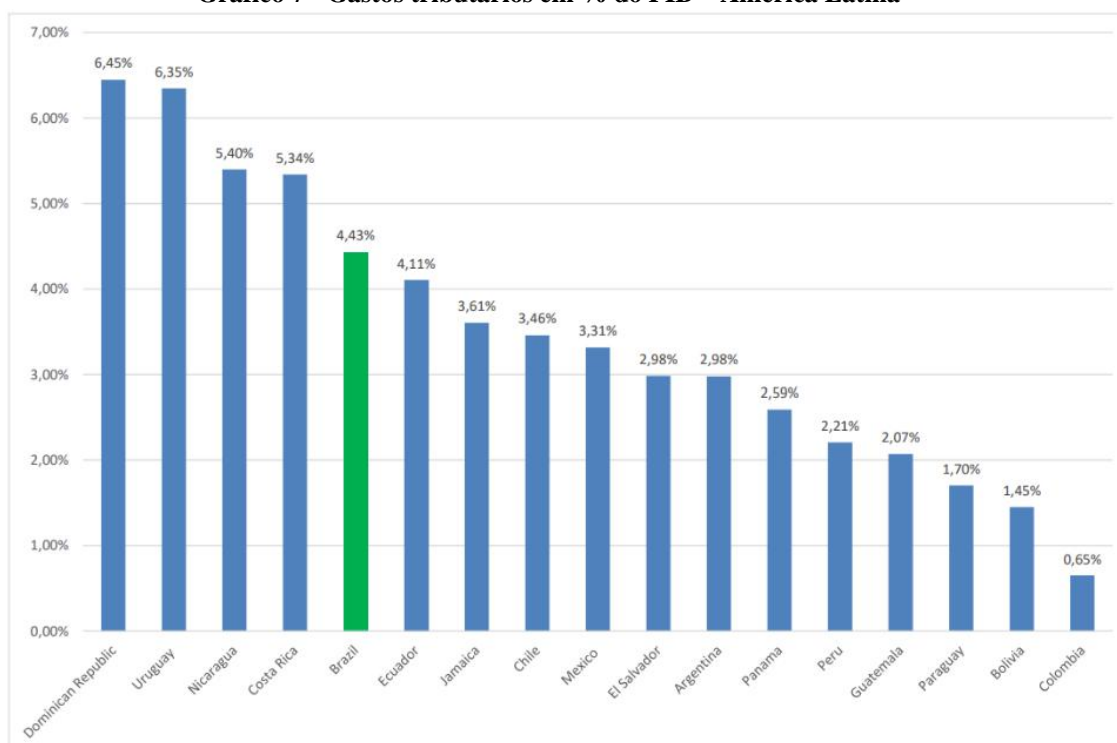
Função Orçamentária	Gasto Tributário	Orçamento Ministerial	% GT/Orçamento Ministerial
Saúde	53.135,65	130.838,50	40,61%

Fonte: Receita Federal. Elaboração própria.

Os gastos tributários no Brasil são tão expressivos que o país figura, na América Latina, entre os Estados que mais gastam proporcionalmente ao PIB, vide Gráfico 7. Ademais, o gasto tributário em saúde de 2018 foi equivalente a 40% do orçamento federal na função orçamentária, como evidenciado na Tabela 3. Apenas em 2018, foram 53 bilhões de reais que o Estado deixou de arrecadar e destinou à esfera privada. Logo, fica mais uma vez evidente como os gastos federais não são equitativos e desrespeitam o princípio de equidade do SUS.

¹³ Gastos tributários são gastos indiretos do governo realizados por intermédio do sistema tributário, visando a atender objetivos econômicos e sociais e constituem-se em uma exceção ao sistema tributário de referência, reduzindo a arrecadação potencial e, conseqüentemente, aumentando a disponibilidade econômica do contribuinte (RFB, 2021, p.4).

Gráfico 7 - Gastos tributários em % do PIB – América Latina



Fonte: Receita Federal (2021, p.16) a partir de TEDLAC 2018 - Inter-American Center of Tax Administrations - CIAT.

Sobre a evolução dos gastos tributários, é evidente que entre os anos de 2008 e 2011 houve estabilidade tanto proporcionalmente à receita quanto ao PIB, porém entre os anos 2012 e 2015 houve um salto em proporção à arrecadação tributária e em porcentagem do PIB. Conforme se nota na Gráfico 8, os gastos tributários estavam no patamar de cerca de 17% da receita e 3,5% do PIB durante o período de 2008 a 2011; no período de 2015 a 2021 o patamar mudou para cerca de 22% da receita e 4,3% do PIB. Portanto, além do Brasil figurar entre os cinco países latino-americanos (Gráfico 7) com mais gastos indiretos do governo através do sistema tributário, este tipo de gasto aumentou na última década.

É necessário ressaltar que “os gastos com o SUS equivalem a R\$ 3,79 per capita/dia” para financiar desde atendimentos básicos a cirurgias de alta complexidade (MORETTI *et al.*, 2021). Além disso, o Brasil é o 2º maior transplantador do mundo em números absolutos, sendo que “os pacientes recebem assistência integral e gratuita, incluindo exames preparatórios, cirurgia, acompanhamento e medicamentos pós-transplante, pela rede pública de saúde” (Ministério da Saúde, 2021). Tendo em vista o que já foi exposto, pode-se argumentar a necessidade de eliminar tais benefícios tributários a fim de alocar esses recursos no provimento de bens e serviços públicos de saúde. Entretanto, o fim dos gastos tributários em saúde não é garantia que os recursos, anteriormente destinados aos usuários de planos privados, seriam destinados a ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Gráfico 8 – Evolução dos gastos tributários em % do PIB e da arrecadação tributária



Fonte: Receita Federal (2021, p.14).

A fim de se entender a destinação da arrecadação tributária, deve-se atentar aos tipos de tributo presentes no sistema tributário brasileiro, regido pelo Código Tributário Nacional (CTN) de 1967 e pela Constituição Federal de 1988 (CF88): impostos, taxas e contribuições. De acordo com o art. 16 do CTN, imposto é o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte. Enquanto as taxas, por meio do art. 77 do CTN, têm como fato gerador o exercício regular do poder de polícia, ou a utilização, efetiva ou potencial, de serviço público específico e divisível, prestado ao contribuinte ou posto à sua disposição. Finalmente, o art. 81 do CTN define as contribuições de melhoria como uma cobrança estabelecida a fim de financiar obras públicas que, obrigatoriamente, tenham resultado em valorização imobiliária.¹⁴ Portanto, os impostos que são arrecadados pelos entes federativos, no caso do IR é a União, não possuem destinação previamente estabelecida.

Ademais, com a eliminação destes incentivos tributários os mais impactados seriam as famílias de média e média baixa renda, pois os indivíduos provenientes dos estratos de renda mais elevados comprometem menos da sua renda em serviços de saúde e medicamentos proporcionalmente.

A fim de cumprir o princípio da equidade do SUS, é fundamental se atentar ao fato de que:

¹⁴ Tendo como limite total a despesa realizada e como limite individual o acréscimo de valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado.

(...) a eliminação ou redução da renúncia fiscal com gastos privados em saúde, desacompanhada de outras medidas de política econômica que promovam a equidade do ponto de vista das capacidades de participação nas riquezas produzidas no país implicaria, marcadamente, ônus tributário para as classes de renda média e média baixa, e as médias empresas, restando dúvidas se recursos financeiros adicionais cheguem, de fato, aos mais pobres. (ANDREAZZI E OCKÉ-REIS, 2007, p.17)

Portanto, com o intuito de se eliminar a regressividade dos gastos tributários em saúde, seria mais interessante focalizar nos estratos mais baixos de renda, ou seja, estabelecer um limite de renda declarada por pessoa física, a qual possuiria direito à restituição de despesas em seguro privado de saúde. Isso beneficiaria os declarantes que mais gastam em saúde proporcionalmente – classe média¹⁵, e eliminaria a renúncia fiscal no IRPF dos estratos mais ricos da sociedade. A efeito de demonstrar a magnitude, os gastos tributários decorrentes do IRPF foram cerca de 52 bilhões de reais em 2018, representando 16% do total naquele ano, segundo o Centro de Estudos Tributários e Aduaneiros (Receita Federal).

3.1.1 Dados e indicadores do ressarcimento ao SUS

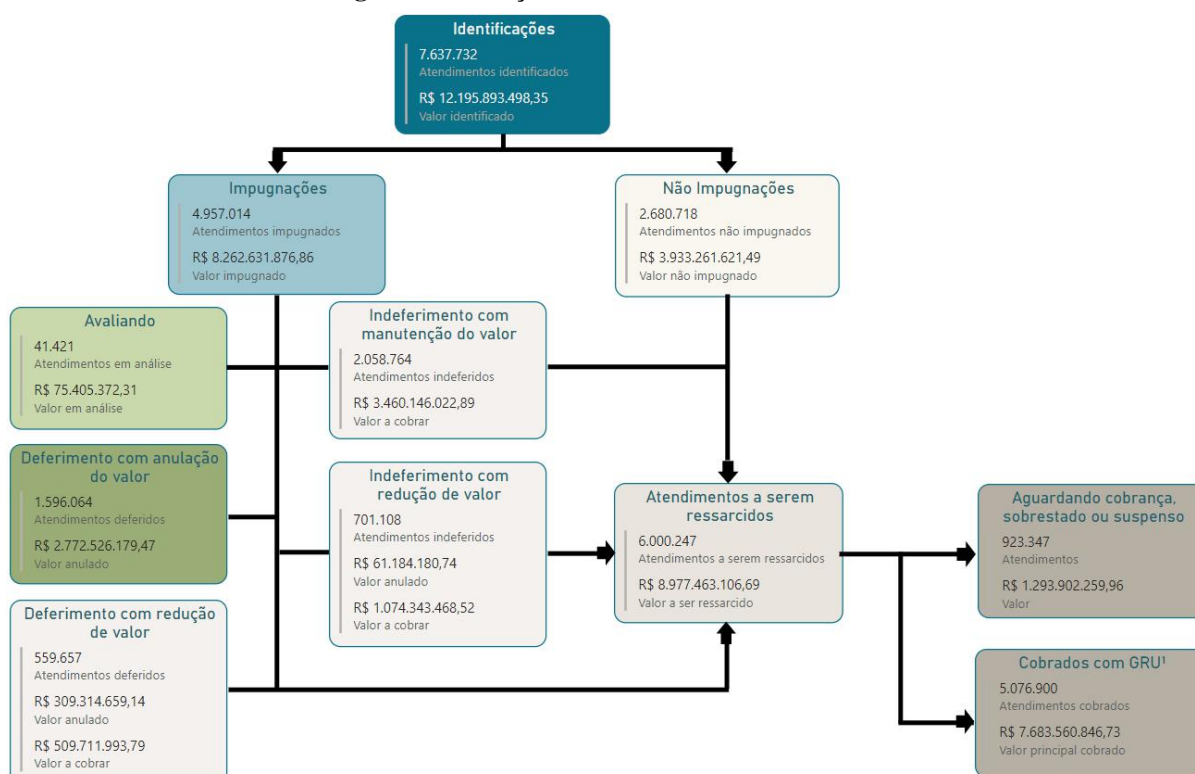
Como mencionado anteriormente, a Lei 9.656/1998 no seu art. 32 define que as operadoras de saúde devem ressarcir o uso do SUS pelos seus beneficiários. Sendo assim, o Ministério da Saúde fiscaliza através da figura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) os atendimentos passíveis de ressarcimento. Conforme o parágrafo 3º do art. 32, a operadora deve pagar até o 15º dia após o recebimento da notificação enviada pela ANS e o valor é recolhido voluntariamente por meio da Guia de Recolhimento da União (GRU). Em caso de inadimplência, a operadora é encaminhada para o Cadastro Informativo de Créditos Não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) e o valor é inscrito como dívida ativa.

Entre janeiro de 2001 e setembro de 2021, houve a identificação de mais de 12 bilhões de reais em atendimentos com potencial de ressarcimento ao SUS. Entretanto, após contestação e deferimento o montante dos atendimentos a serem ressarcidos passou a pouco menos de 9 bilhões de reais, sendo que apenas 7,6 bilhões de reais chegaram a ser cobrados via GRU (Figura 4). Entre 2017 e 2021, o valor anual médio cobrado com GRU foi de 1 bilhão de reais, sendo o ano de 2019 com o montante maior de 1,62 bilhão; nesse intervalo a média anual de atendimentos cobrados foi de 672 mil (Gráfico 9).

¹⁵ Segundo dados da Receita Federal, os declarantes do IRPF (2020) na faixa de rendimento tributável bruto de 3 a 5 salários-mínimos tiveram a maior dedução em valores de despesas médicas mediante todas as faixas de renda, cerca de 17,95 bilhões de reais.

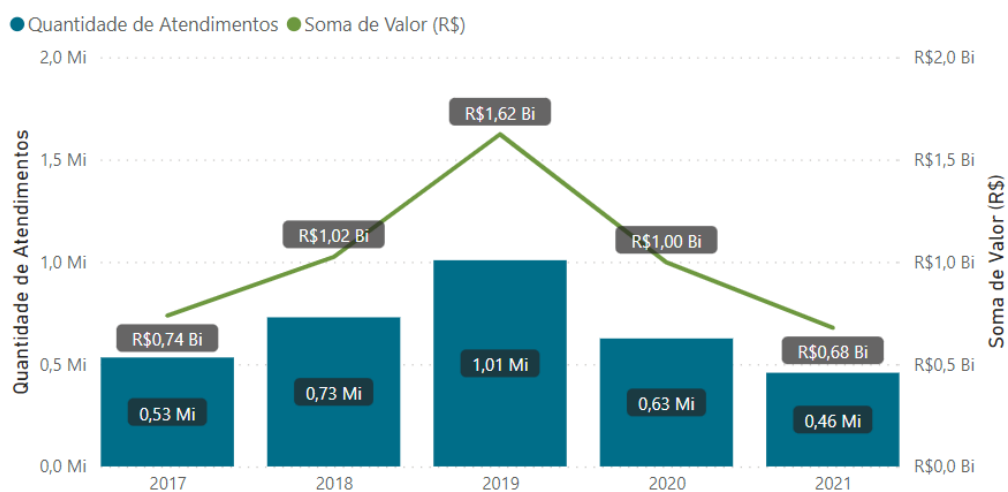
Entre os anos de 2015 e 2020, é razoável supor que a fiscalização da ANS se tornou mais eficiente visto que tanto os valores cobrados quanto o Índice de Efetivo Pagamento¹⁶ (IEP) aumentaram consistentemente no intervalo analisado, com um acréscimo de quase 10% no IEP e mais de 300% nas cobranças (Gráfico 10). Quando se analisa em conjunto o Gráfico 9, Gráfico 10 e Gráfico 11, é possível notar como o ano de 2019 foi um *outlier* em questão de cobranças, contribuindo sensivelmente para o incremento no IEP e se tornando o ano responsável pelo maior repasse ao Fundo Nacional de Saúde – praticamente o dobro do ano de 2017.

Figura 4 – Situação Processual dos Atendimentos

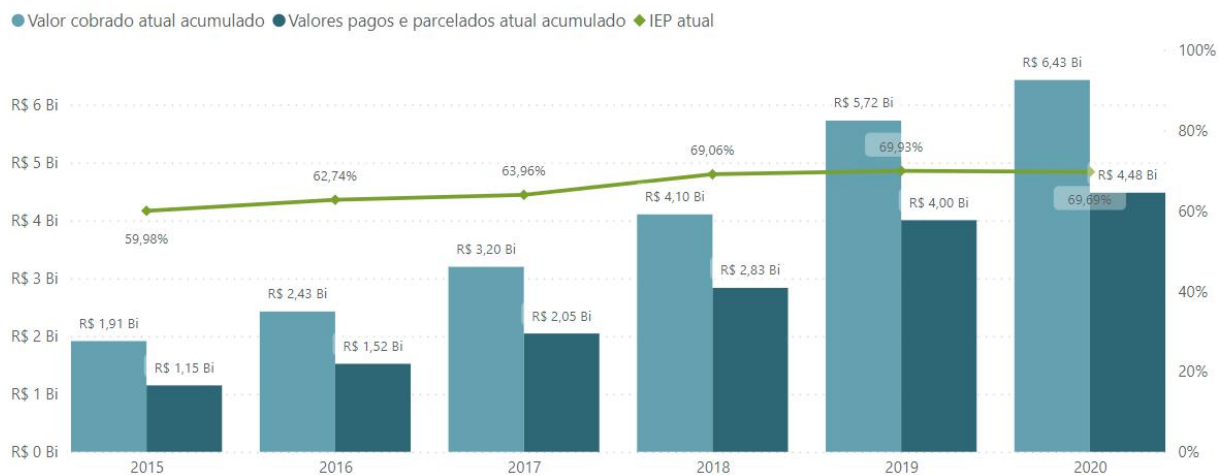


Fonte: Panorama do Ressarcimento ao SUS (09/2021).

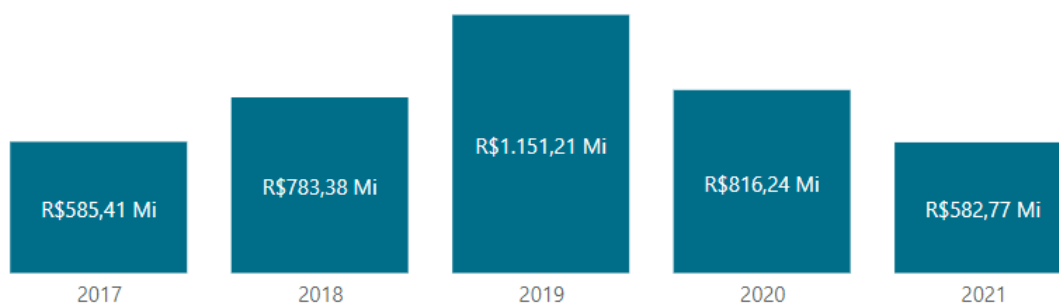
¹⁶ Indicador de adimplência administrativa do ressarcimento ao SUS, formado pela soma dos valores pagos e parcelados administrativamente sobre o total cobrado via GRU. Não são considerados valores pagos judicialmente e é um índice cumulativo, ou seja, os valores pagos no passado constituem os indicadores futuros.

Gráfico 9 – Total de atendimentos cobrados com GRU por ano

Fonte: Boletim Informativo da ANS (06/2021).

Gráfico 10 – Índice de Efetivo Pagamento (Valores acumulados de 2001 a junho de 2020)

Fonte: Painel Financeiro de Ressarcimento ao SUS (2020).

Gráfico 11 – Valor anual repassado ao Fundo Nacional de Saúde

Fonte: Boletim Informativo da ANS (06/2021).

Em junho de 2020, a soma do valor cobrado acumulado às dez maiores operadoras (Tabela 4) constituía 1,7 bilhão de reais e cerca de 26% do total de cobranças acumuladas. Entre

esta lista, destacam-se negativamente as operadoras Notre Dame Intermédica Saúde S.A. e Hapvida Assistência Médica LTDA – ambas completamente inadimplentes em relação às cobranças da ANS pelo ressarcimento ao SUS. Trata-se de duas das maiores operadoras em planos privados de saúde no Brasil, que em conjunto possuem mais de 5,3 milhões de clientes, enriquecendo sem prestar o atendimento e sem pagar o débito de direito ao Serviço Único de Saúde.

Ademais, segundo o Portal de Dados Abertos do Governo Federal, desde 2001 Notre Dame Intermédica Saúde S.A. e Hapvida Assistência Médica LTDA possuíram diversos contratos com a Administração Pública, totalizando cerca de 140,4 milhões de reais. Somente a Hapvida Assistência Médica LTDA somava mais de 140 milhões de reais em contratos de prestação de serviços, a maioria prestados às Forças Armadas. Chega a ser contraditório, por parte da Administração Pública, firmar contrato com agentes privados que possuem débitos ativos que ultrapassam 200 milhões de reais cada um. Além disso, é notável a grande influência política no meio empresarial que o setor de saúde possui, tendo em vista a presença de Cândido Pinheiro (fundador da Hapvida) e Carlos Sanchez (dono da EMS, líder do segmento de medicamentos genéricos no mercado brasileiro) em encontro com o presidente Lula e empresários¹⁷, em 28 de junho de 2022, a fim de aproximar a candidatura do petista a um núcleo da sociedade que apoiou em peso a candidatura de Jair Bolsonaro em 2018.

Tabela 4 – Índice de Efetivo Pagamento das 10 maiores operadoras

Operadora	Beneficiários - quantidade atual	Valores pagos e parcelados atual acumulado	Valor cobrado atual acumulado	Valor médio cobrado por beneficiário	IEP atual
BRDESCO SAÚDE S.A.	3.386.261	R\$ 274.987.536,07	R\$ 274.987.536	R\$ 3,51	100,00%
NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	2.990.867	R\$ 749,27	R\$ 229.619.551	R\$ 5,10	0,00%
AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	2.899.323	R\$ 391.063.764,65	R\$ 392.822.343	R\$ 4,96	99,55%
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	2.408.234	R\$ 0,00	R\$ 221.666.380	R\$ 4,64	0,00%
SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	1.798.466	R\$ 81.893.159,25	R\$ 82.594.999	R\$ 2,13	99,15%
CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL	1.753.334	R\$ 47.788.648,50	R\$ 148.964.262	R\$ 4,20	32,08%
UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO	1.246.060	R\$ 36.862.513,37	R\$ 175.587.921	R\$ 6,53	20,99%
SÃO FRANCISCO SISTEMAS DE SAÚDE SOCIEDADE EMPRESÁRIA LIMITADA	763.568	R\$ 38.548.368,92	R\$ 43.470.824	R\$ 3,63	88,68%
UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO DO RIO DE JANEIRO	720.419	R\$ 80.191.283,76	R\$ 82.811.086	R\$ 4,81	96,84%
CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL	643.105	R\$ 65.590.178,97	R\$ 65.929.526	R\$ 4,35	99,49%

Fonte: Painel Financeiro de Ressarcimento ao SUS (2020).

¹⁷ Ver notícia em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-62058616>.

Segundo o Mapa de utilização do SUS (2021), o Brasil possui pouco mais de 47 milhões em beneficiários de planos de saúde complementar e a região sudeste contém mais da metade dos usuários (Tabela 5). Todavia, é justamente essa região que apresenta o menor número de leitos de internação fora do SUS por 1000 beneficiários em planos com cobertura hospitalar; além disso, o Sudeste exibe o menor número de leitos de internação SUS por 1000 habitantes. Trata-se de uma região com alta densidade demográfica¹⁸, pois é aquela que possui o maior número de habitantes e a segunda menor área entre as cinco regiões do Brasil, o que explica a desvantagem do Sudeste em relação às outras na distribuição de leitos de internação, contraditório ao senso comum que entende essa região como privilegiada em serviços de saúde.

Ao se analisar a Tabela 6, nota-se que a gravidez é responsável por 4 dos 10 procedimentos mais frequentes em internações identificadas no ressarcimento ao SUS, sendo o parto cesariano responsável pelo 4º maior valor total no ano de 2019. Já em relação aos procedimentos mais caros em internações (Tabela 7), destacam-se as cirurgias de implante coclear¹⁹, cujo valor total ultrapassou os 7,5 milhões de reais em 2019 com 96 procedimentos identificados. Aliás, a troca do processador de fala para implante coclear multicanal foi o procedimento mais caro dos atendimentos ambulatoriais identificados no ressarcimento ao SUS (Tabela 8).

¹⁸ De acordo com o Censo Demográfico (IBGE, 2010), a densidade demográfica do Sudeste é de 86,92- a maior do país, bem acima da densidade apresentada pela segunda colocada que é de 48,58.

¹⁹ O uso de implante coclear está indicado para habilitação e reabilitação auditiva de pessoas que apresentem perda auditiva neurossensorial bilateral, de grau severo a profundo (Portaria GM/MS nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014).

Tabela 5 – Informativos e indicadores sintéticos gerais em 2019

INDICADOR	BRASIL	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL	
População total	210.147.125	18.430.980	57.071.654	16.297.074	88.371.433	29.975.984	
Beneficiários em Planos de Assistência Médica	47.023.441	1.685.964	6.591.514	3.218.309	28.662.766	6.864.888	
Cobertura por planos privados de saúde de assistência médica (%)	22,38%	9,15%	11,55%	19,75%	32,43%	22,90%	
Beneficiários em planos com Cobertura Hospitalar	44.939.792	1.663.735	6.446.045	3.113.384	27.378.522	6.338.106	
Beneficiário por tipo de contratação do plano	Individual ou Familiar	9.017.677	388.232	1.757.502	507.719	5.117.357	1.246.867
	Coletivo Empresarial	31.727.901	1.092.143	4.048.945	2.239.332	19.745.844	4.601.637
	Coletivo por adesão	6.188.579	198.355	769.000	466.955	3.743.672	1.010.597
Número de leitos de internação não SUS	135.634	6.539	22.990	13.388	69.622	23.095	
Número de leitos de internação não SUS por 1.000 beneficiários em planos de cobertura hospitalar	3,02	3,93	3,57	4,30	2,54	3,64	
Número de leitos de internação SUS	294.968	24.353	91.517	23.439	105.878	49.781	
Número de leitos de internação SUS por 1.000 habitantes	1,40	1,32	1,60	1,44	1,20	1,66	
Número de internações identificadas	176.455	6.709	28.005	13.292	98.555	29.894	
Número de internações identificadas cobradas	70.625	2.856	14.279	6.113	36.333	11.044	
Taxa de internações cobradas	40,02%	42,57%	50,99%	45,99%	36,87%	36,94%	
Número de internações no SUS	12.300.402	1.013.402	3.305.212	954.851	4.840.998	2.185.939	
Taxa de internação de beneficiários no SUS (internações identificadas no Ressarcimento por cada 1.000 beneficiários em planos com cobertura hospitalar)	3,93	4,03	4,34	4,27	3,60	4,72	
Proporção de internação de beneficiários no SUS (internações identificadas no ressarcimento para cada 100 internações no SUS)	1,43	0,66	0,85	1,39	2,04	1,37	
Número de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (APACs) identificados	311.851	9.890	50.002	14.482	180.318	57.159	
Número de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (APACs) cobrados	102.982	4.674	25.257	4.288	55.486	13.277	
Taxa de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (APACs) cobrados	33,02%	47,26%	50,51%	29,61%	30,77%	23,23%	

Fonte: Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde (2021).

Tabela 6 – Procedimentos mais frequentes em internações identificadas no ressarcimento ao SUS em 2019

Procedimento	Quantidade Brasil	Valor Médio	Valor Total do Brasil
Parto Normal	9.098	R\$ 833,51	R\$ 7.583.273,98
Parto Cesariano	8.952	R\$ 1.094,38	R\$ 9.796.889,76
Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	7.820	R\$ 1.630,80	R\$ 12.752.856,00
Tratamento de Intercorrências Clínicas na Gravidez	5.125	R\$ 270,83	R\$ 1.388.003,75
Tratamento c/ Cirurgias Múltiplas	4.245	R\$ 4.797,41	R\$ 20.365.005,45
Curetagem Pós-Abortamento / Puerperal	4.020	R\$ 309,22	R\$ 1.243.064,40
Tratamento de Outras Doenças Bacterianas	3.539	R\$ 3.785,22	R\$ 13.395.893,58
Tratamento De Doenças Infecciosas Intestinais	2.859	R\$ 556,65	R\$ 1.591.462,35
Vasectomia	2.732	R\$ 540,12	R\$ 1.475.607,84
Tratamento de Intercorrência Pós-Transplante de Órgãos / Células-Tronco Hematopoéticas	2.665	R\$ 2.775,98	R\$ 7.397.986,70

Fonte: Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde (2021).

Tabela 7 – Procedimentos mais caros em internações identificadas em 2019

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE BRASIL	VALOR MÉDIO	VALOR TOTAL
TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE MEDULA OSSEA - NAO APARENTADO	1	R\$ 174.703,19	R\$ 174.703,19
TRANSPLANTE ALOGENICO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS DE SANGUE PERIFERICO - NAO APARENTADO	1	R\$ 171.845,38	R\$ 171.845,38
CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR BILATERAL	15	R\$ 135.909,94	R\$ 2.038.649,10
TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE MEDULA ÓSSEA - APARENTADO	3	R\$ 107.990,84	R\$ 323.972,52
TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DE SANGUE PERIFÉRICO - APARENTADO	4	R\$ 97.250,13	R\$ 389.000,52
TRANSPLANTE SIMULTANEO DE PANCREAS E RIM	47	R\$ 90.004,47	R\$ 4.230.210,09
IMPLANTE DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR (CDI) MULTI-SITIO TRANSVENOSO	14	R\$ 86.819,94	R\$ 1.215.479,16
TROCA DE GERADOR E DE ELETRODOS DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTISITIO	1	R\$ 85.830,49	R\$ 85.830,49
TROCA DE GERADOR DE CARDIO-DESFIBRILADOR MULTI-SITIO	4	R\$ 76.143,16	R\$ 304.572,64
CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR UNILATERAL	81	R\$ 68.357,85	R\$ 5.536.985,85

Fonte: Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde (2021).

Tabela 8 – Atendimentos ambulatoriais identificados no ressarcimento ao SUS em 2019

INDICADOR	BRASIL	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL
"Valor total Identificado"	R\$421.986.441,64	R\$15.020.570,14	R\$67.787.269,61	R\$20.490.948,17	R\$257.009.595,29	R\$61.678.058,43
"Valor Máximo por Procedimento"	R\$27.970,83	R\$17.466,00	R\$27.970,83	R\$17.792,63	R\$23.975,00	R\$23.975,00
Valor Mínimo por Procedimento	R\$103,65	R\$118,13	R\$118,13	R\$119,63	R\$112,13	R\$103,65
Procedimento Mais Frequente	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORACAO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS
Procedimento Mais Caro	TROCA DO PROCESSADOR DE FALA P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/ LINFOBLÁSTICA AGUDA E DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO - 1ª LINHA FASES TERAPÉUTICAS INICIAIS.	TROCA DO PROCESSADOR DE FALA P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL	QUIMIOTERAPIA DE LEUCEMIA LINFOIDE/ LINFOBLÁSTICA AGUDA E DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO - 1ª LINHA FASES TERAPÉUTICAS INICIAIS.	TROCA DO PROCESSADOR DE FALA P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL	TROCA DO PROCESSADOR DE FALA P/ IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL

Fonte: Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde (2021).

Em relação aos procedimentos ambulatoriais identificados no ressarcimento ao SUS, a hemodiálise é identificada como o mais frequente no país e totalizou quase 57,5 milhões de reais em cobranças no ano de 2019, com 15.684 atendimentos (Tabela 9). Em meio aos 10 procedimentos mais caros, 8 deles são para tratamento a tipos de câncer cujo valor médio ultrapassa os 8 mil reais (Tabela 10). Cabe ressaltar que segundo o Guia do Ressarcimento ao SUS (2019), “os atendimentos identificados no ressarcimento ao SUS são aqueles que constam da cobertura mínima obrigatória estabelecida pela ANS por meio do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”.

Tabela 9 – Procedimentos mais frequentes em atendimentos ambulatoriais cobrados no ressarcimento ao SUS em 2019

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR MÉDIO	VALOR TOTAL
HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	15.684	R\$ 3.663,50	R\$ 57.458.334,00
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE POS-TRANSPLANTE DE RIM FIGADO CORAÇÃO PULMAO CELULAS-TRONCO HEMATOPOETICAS E/OU PANCREAS	14.782	R\$ 250,90	R\$ 3.708.803,80
HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO II	8.684	R\$ 115,03	R\$ 998.920,52
HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO I	7.946	R\$ 119,63	R\$ 950.579,98
HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA EM ESTÁDIO III	5.440	R\$ 119,63	R\$ 650.787,20
HORMONIOTERAPIA DO ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO - 1ª LINHA	4.622	R\$ 501,25	R\$ 2.316.777,50
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTAÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL	4.350	R\$ 217,26	R\$ 945.081,00
AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	3.180	R\$ 197,21	R\$ 627.127,80
QUIMIOTERAPIA DE DOENÇA MIELOPROLIFERATIVA RARA - 1ª LINHA	2.848	R\$ 207,69	R\$ 591.501,12
HORMONIOTERAPIA DO CARCINOMA DE MAMA AVANÇADO - 2ª LINHA	2.171	R\$ 516,20	R\$ 1.120.670,20

Fonte: Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde (2021).

Tabela 10 - Procedimentos mais caros em atendimentos ambulatoriais cobrados no ressarcimento ao SUS em 2019

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	VALOR MÉDIO	VALOR TOTAL
Troca do processador de fala p/implante coclear multicanal	20	R\$20.978,13	R\$419.562,60
Quimioterapia de Leucemia Linfóide/Linfoblástica Aguda e de Linfoma Linfoblástico - 1ª Linha - Fases Terapêuticas Iniciais	51	R\$14.210,20	R\$724.720,20
Quimioterapia de Osteossarcoma - 2ª linha	8	R\$12.096,75	R\$96.774,00
Áudio processador da prótese auditiva ancorada no osso	1	R\$11.255,63	R\$11.255,63
Quimioterapia de Leucemia Linfóide/Linfoblástica Aguda e de Linfoma Linfoblástico na infância e adolescência - 1ª Linha - Fases Terapêuticas Iniciais	144	R\$10.323,91	R\$1.486.643,04
Radioterapia de mama	188	R\$7.991,56	R\$1.502.413,28
Radioterapia de próstata	61	R\$6.811,00	R\$415.471,00
Radiocirurgia - Um isocentro	7	R\$6.000,00	R\$42.000,00
Radioterapia estereotáxica	14	R\$5.664,38	R\$79.301,32
Irradiação de pele total	11	R\$5.632,36	R\$61.955,96

Fonte: Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde (2021).

Tendo em vista os dados e indicadores apresentados nesse capítulo, é fácil notar que o Sistema Único de Saúde atende os beneficiários de planos privados em procedimentos de alto custo financeiro como: hemodiálise, transplantes, quimioterapia, radioterapia e cirurgias diversas. Assim sendo, esse é mais um sinal de contradição na realidade brasileira, onde o gasto privado per capita em saúde supera o público, mas os procedimentos mais caros continuam sendo providos pelo setor público.

Ademais, também foi discutido ao longo desse capítulo como a tributação brasileira tem servido à concentração de renda nacional e desestimulado o consumo das famílias pertencentes às classes média e baixa. Logo, este tipo de renúncia fiscal possui características regressivas ao beneficiar majoritariamente os extratos mais ricos da sociedade, capazes de contratar planos privados e ainda desembolsar sua renda disponível em outros gastos privados em saúde elegíveis à restituição.

4. CONCLUSÃO

A instituição do SUS pela Constituição de 1988 foi um marco nacional na promoção do bem-estar social ao alcance de todos a despeito do seu vínculo empregatício, porém, apesar do Brasil possuir o maior sistema público de provisão em saúde, há a preponderância do setor privado frente ao público nos gastos *per capita*. Em meio ao intenso debate acerca da dívida pública brasileira e sua trajetória, o Estado brasileiro vem adotando regras fiscais, como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a Emenda Constitucional 95, com o intuito de reduzir os índices da dívida pública. O objetivo deste trabalho foi analisar como o Estado brasileiro tem transferido a responsabilidade para o mercado no fornecimento de bens sociais – exclusivamente a saúde pública. Através da narrativa de racionalização das finanças públicas e austeridade fiscal, o acesso ao SUS tem sido prejudicado e as camadas mais pobres da população tem sofrido com a redução dos bens e serviços de saúde.

Assim sendo, foi visto no capítulo 2 como o arcabouço fiscal no Brasil tem sido moldado por normas inflexíveis que não contemplam a redistribuição de renda através dos gastos sociais. Além disso, foi analisado como o orçamento da saúde fica prejudicado por regras fiscais que acompanham os ciclos econômicos do Brasil em vez de acompanhar os imperativos da realidade brasileira. Também foram analisadas as perdas orçamentárias causadas pela EC 95 e outras regras fiscais em ações e serviços públicos de saúde nos últimos anos. A simulação de um ajuste real de 5% a.a. na regra do orçamento mínimo em saúde foi demonstrada como uma norma condizente com as proporções do SUS em atendimentos e complexidade. Além dos gastos públicos em saúde serem fundamentais na redução das desigualdades, há também o aspecto da promoção do crescimento econômico por meio das despesas do Sistema Único de Saúde e investimentos na infraestrutura do setor público de saúde, visto que o setor de saúde é multiplicador de empregos diretos e indiretos.

Quando se reconhece o papel do Estado na economia por meio da política fiscal a fim de conduzir o desenvolvimento econômico, é constatado que o orçamento público e a dívida pública devem servir aos interesses da população. Desse modo, discutiu-se as finanças funcionais de Abba Lerner, onde toda a política fiscal de um governo, seus empréstimos e reembolsos, sua emissão de moeda e redução da liquidez são guiados segundo os resultados dessas ações sobre a economia e não em qualquer receituário estabelecido sobre o que é responsável ou não. Logo, pelos ensinamentos de Lerner, o planejamento econômico nacional tem como perspectiva o crescimento, a elevação do nível de emprego e a redução da desigualdade. Finalmente, o ideário ortodoxo que receita a austeridade fiscal aos Estados

nacionais tem servido à mercantilização dos bens e serviços em saúde no Brasil, pois o baixo nível de recursos aplicados no SUS (Sistema Único de Saúde), em comparação com países europeus da OCDE, e insuficientes gastos *per capita* em saúde pública acabam por causar a migração da classe média para a provisão privada em saúde.

Ao longo do capítulo 3, discutiu-se como os interesses do mercado de planos de saúde são favorecidos quando o Estado através da Receita Federal possibilita o reembolso parcial dos gastos em saúde para os declarantes do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRPF) tanto em mensalidades de planos de saúde privados quanto em gastos diretos com profissionais da área, sem intermédio de planos privados, na restituição anual. Entretanto, não existem limites para as faixas de renda que usufruem deste reembolso e nem mesmo um teto para as possibilidades de valor declarado como gasto. Esse tipo de renúncia fiscal se caracteriza como regressiva por beneficiar majoritariamente os grupos mais ricos da sociedade, capazes de contratar planos privados e ainda desembolsar sua renda disponível em outros gastos privados em saúde elegíveis à restituição. Em meio ao cenário de crescente dívida pública, essas renúncias fiscais acabam sendo desfavoráveis ao Estado, principalmente se for considerada a baixa arrecadação em anos de recessão econômica.

Ao final, foram vistos dados e indicadores sobre o processo de ressarcimento ao SUS por parte das operadoras e o índice de efetivo pagamento das 10 maiores operadoras no mercado de planos de saúde. Em relação aos procedimentos ambulatoriais identificados no ressarcimento ao SUS, a hemodiálise é identificada como o mais frequente no país e, em meio aos 10 procedimentos mais caros, 8 deles são para tratamento a tipos de câncer cujo valor médio ultrapassa os 8 mil reais. Portanto, o SUS atende os beneficiários de planos privados em procedimentos de alto custo financeiro apesar do gasto privado *per capita* superar o público e o SUS custar em 2019 R\$ 3,79 *per capita*/dia para financiar desde atendimentos básicos a cirurgias de alta complexidade (MORETTI *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Boletim Informativo: Utilização do Sistema Único de Saúde por beneficiários de planos de saúde e Ressarcimento ao SUS.**

Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMGE1YjMzYWYtNzBhNy00MTY4LTlhYWQzMU5MjJIN2JlOTlkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSectionb7c98b0d6c306b4431d4>. Acesso em 07 dez. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Guia do Ressarcimento ao SUS.**

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Compromissos_interacoes_ANS/ressarcimento/guia-ressarcimento-ao-sus-2019-online.pdf.

Acesso em 09 dez. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa de utilização do SUS por beneficiários de planos privados de assistência à saúde.** Disponível em:

https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-e-publicacoes-do-ressarcimento-ao-sus/mapa_de_utilizacao_do_sus_2021_r4.pdf. Acesso em 07 dez. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Painel Financeiro do Ressarcimento ao SUS.** Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDM5YWJjMTYtYTQxYS00YmYxLWI0MWFtNTcyN2NlMjIyNjlkIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9&pageName=ReportSection>. Acesso em 07 dez. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Panorama do Ressarcimento ao SUS.** Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjRjNWJmZmEtNmM3Zi00MTZjLTgwY2QtODU3Y2UzNzRjOTIzIiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em 07 dez. 2021.

AGÊNCIA SENADO. **Fim de vigência do estado de calamidade acaba com auxílios emergenciais e muda regras fiscais e orçamentárias.** Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/01/06/fim-de-vigencia-do-estado-de-calamidade-acaba-com-auxilios-emergenciais-e-muda-regras-fiscais-e-orcamentarias>. Acesso em 26 jan. 2022.

AGÊNCIA SENADO. **PEC do 'Orçamento de Guerra' autoriza BC a comprar títulos privados para garantir liquidez.** Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/06/pec-do-orcamento-de-guerra-autoriza-bc-a-comprar-titulos-privados-para-garantir-liquidez>. Acesso em 03 fev. 2022.

ANDREAZZI, M. F. S.; OCKÉ-REIS, C. O. **Renúncia de arrecadação fiscal:** subsídios para discussão e formulação de uma política pública. 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/q7kkq4yMc87GkKmvysQdRQ/?lang=pt>. Acesso em 10 out 2021.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Relatório de Gestão das Reservas Internacionais.** Vol. 13. Mar. 2021. Disponível em:

https://www.bcb.gov.br/content/estabilidadefinanceira/relgestaoreservas/GESTAORESERSVA_S202103-relatorio_anual_reservas_internacionais_2021.pdf. Acesso em 20 nov. 2021.

BANCO MUNDIAL. **World Bank Open Data.** Disponível em: <https://data.worldbank.org/>. Acesso em 22 nov. 2021.

BARBOSA, Nelson. **21 anos de meta de resultado primário.** Disponível em:

<https://blogdoibre.fgv.br/posts/21-anos-de-meta-de-resultado-primario>. Acesso em: 03 fev. 2022.

BUSATO E ALMEIDA. **Intolerância à dívida e austeridade expansionista:** Uma revisão crítica à luz do debate recente. 2021. Disponível em:

https://www.ie.ufrj.br/images/IE/TDS/2021/TD_IE_014_2021_BUSATO_ALMEIDA.pdf. Acesso em: 13 mai. 2022.

BRASIL. **Código Tributário Nacional.** 1967. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5172Compilado.htm. Acesso em: 12 mai. 2022.

BRASIL. **Constituição Federal.** 1988. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 nov. 2021.

CEBES. **A saúde é uma oportunidade de sairmos da crise.** Disponível em:

<https://cebes.org.br/carlos-gadelha-a-saude-e-uma-oportunidade-de-sairmos-da-crise/25775/>. Acesso em 02 fev. 2022.

CNN BRASIL. **Após impasse, acordo prevê R\$ 1,7 bi do Orçamento para reajuste salarial de policiais.** Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/apos-impasse-acordo-preve-r-17-bi-do-orcamento-para-reajuste-salarial-de-policiais/#:~:text=A%20CNN%20apurou%20que%2C%20ap%C3%B3s%20intensas%20neg>

ocia% C3%A7% C3%B5es% 2C% 20o, Departamento% 20Penitenci% C3%A1rio% 20Nacional % 20e% 20do% 20Minist% C3%A9rio% 20da% 20Justi% C3%A7a. Acesso em 26 jan. 2022.

DWECK, E. *et al.* **Economia pós-pandemia: Desmontando os mitos da austeridade fiscal e construindo um novo paradigma econômico.** São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

ENAP. **Introdução ao Orçamento Público**, Brasília, módulo 1, p.14, 2017.

GADELHA, C. A. G. **O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521–535, 2003.

GADELHA, C. A. G. **O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental.** *Cadernos do Desenvolvimento*, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 28, p. 25-49, jan.-abr. 2021.

GIAMBIAGI E ALÉM. **Finanças Públicas - Teoria e Prática no Brasil.** 2011. Rio de Janeiro, 4ª edição, p.10. Editora Campus – Elsevier.

IBGE. **Densidade demográfica nos Censos Demográficos.** Disponível em:

<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1298>. Acesso em 09 dez. 2021.

IBGE. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em 21 jan. 2022.

IPEA. **Objetivos de desenvolvimento sustentável.** Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/ods/>. Acesso em 22 nov. 2021.

INSTITUTO FISCAL INDEPENDENTE. **Relatório de acompanhamento fiscal.** 2018.

Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/536464/RAF12_JAN2018_pt06.pdf.

Acesso em 20 nov. 2021.

INSTITUTO FISCAL INDEPENDENTE. **Créditos extraordinários.** 2021.

[https://datastudio.google.com/u/0/reporting/12071674-bd8c-4949-af82-](https://datastudio.google.com/u/0/reporting/12071674-bd8c-4949-af82-504ce236bd5d/page/VZ9XB)

[504ce236bd5d/page/VZ9XB](https://datastudio.google.com/u/0/reporting/12071674-bd8c-4949-af82-504ce236bd5d/page/VZ9XB). Acesso em 21 jan. 2022.

KALECKI, M. *Three ways to full employment. The economics of full employment*, v. 6, p. 39, *Blackwell Oxford*, 1944.

KERSTENETZKY, C. **Investimento público em serviços sociais como componente central de uma agenda de desenvolvimento.** 2022. Disponível em:

https://www.ie.ufrj.br/images/IE/TDS/2022/TD_IE_003_2022_KERSTENETZKY.pdf.

Acesso em: 13 mai. 2022.

- LAZZARI, E. **Sistemas Tributários Regressivos em Democracias Desiguais: o caso brasileiro**. 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-24082021-205305/pt-br.php>. Acesso em 12 mai. 2022.
- LERNER, A. P. *Functional Finance and the Federal Debt*. **Social Research**. Vol. 10, nº. 1, p. 38-51, fev. 1943. Publicado em: *The New School*.
- MARIANO, Cynara M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doação de Órgãos**: transplantes, lista de espera e como ser doador. 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ressarcimento ao SUS**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/operadoras/compromissos-e-interacoes-com-a-ans-1/espaco-ressarcimento-ao-sus-1>. Acesso em 20 nov. 2021.
- MORETTI, B. *et al.* **Orçamento federal da saúde em 2021**: Austeridade fiscal e clientelismo em meio ao recrudescimento da pandemia. 2021. Nota técnica do Grupo de Economia do Setor Público. Disponível em: <https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota202101.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.
- OCKÉ-REIS, C. O. **Gasto privado em saúde no Brasil**. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n7/1351-1353/>. Acesso em 10 out. 2021.
- OCKÉ-REIS, C. O. *et al.* **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?** 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rec/a/RJXpzCqFcYjDPrRQ5w5BDgD/?lang=pt>. Acesso em 10 out 2021.
- OCKÉ-REIS, C. O. **Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2035-2042/#>. Acesso em 10 mai. 2022.
- OCDE. **OECD.Data**. Disponível em: <https://data.oecd.org/>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- OMS. **The Global Health Observatory**. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicators-index>. Acesso em: 09 mai. 2022.
- OREIRO, J. L. **A política econômica e a quebra da chamada Regra de Ouro**. Disponível em: <https://gennegociosegestao.com.br/regra-de-ouro/>. Acesso em 20 nov. 2021.
- OSTRY, J.D.; LOUNGANI, P.; FURCERI, D. *Neoliberalism: oversold?* **Finance & Development**, v. 53, n. 2, p. 38-41, 2016.

RANGEL, I. Elementos de economia do projeto. In: RANGEL, I.: **Obras reunidas**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005a. Vol. 1.

RECEITA FEDERAL. **Carga Tributária no Brasil**: Análise por tributos e bases de incidência. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/carga-tributaria-no-brasil/ctb-2019-v2-publicacao.pdf>. Acesso em 20 nov. 2021.

RECEITA FEDERAL. **Demonstrativo dos Gastos Tributários Bases Efetivas**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/dgt-bases-efetivas-2018-serie-2016-a-2021-base-conceitual-e-gerencial.pdf>. Acesso em 20 nov. 2021.

RECEITA FEDERAL. **Gasto Tributário** – Conceito e Critérios de Classificação. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/renuncia-fiscal/demonstrativos-dos-gastos-tributarios/arquivos-e-imagens/sistema-tributario-de-referencia-str-v1-02.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.

RECEITA FEDERAL. **Grandes Números IRPF** – Ano-Calendarário 2020, Exercício 2021. Brasília, p.7, set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/11-08-2014-grandes-numeros-dirpf/capa_indice_tabelas_ac2020_v2.pdf. Acesso em 12 mai. 2022.

ROBINSON, J. **Ensaio sobre o crescimento econômico**. Os Pensadores. São Paulo, Editora Abril, 1976. Traduzido do original inglês: *Essays in the Theory of Economic Growth, The Macmillan Press Ltd.*, Londres. 1962, p.1-111.

ROSSI, P.; DAVID, G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. **CADERNOS do DESENVOLVIMENTO**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 28, p. 267-280, jan.-abr. 2021. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/560>. Acesso em 20 nov. 2021.

SÁ, E. B. **O público e o privado no sistema de saúde**: Uma apreciação do projeto de Plano de Saúde Acessível. 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32249&Itemid=9. Acesso em 10 out 2021.

SIASG. **Portal de Dados Abertos do Governo Federal**. Disponível em: <http://compras.dados.gov.br/docs/home.html>. Acesso em 08 dez. 2021.

SIOP. **Painel do Orçamento Federal**. Disponível em:

https://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true&sheet=SH06. Acesso em: 20 nov. 2021.

STUCKLER, David; BASU, Sanjay. **A economia desumana** – por que mata a austeridade. Portugal: Bizancio, 2014.

TAMASHIRO *et al.* **Resenha: A quarta revolução industrial / Klaus Schwab**; Tradução: Daniel Moreira Miranda – São Paulo: Edipro, 2016. Revista Ciências do Trabalho, n. 9, p. 127-134, dez. 2017.

TESOURO NACIONAL. **Uma Análise dos Ativos, Passivos e Fluxos Financeiros da União**. 2021. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/06/RCTN-2020.pdf>. Acesso em 20 nov. 2021.

TESOURO NACIONAL. **Monitoramento dos Gastos da União com Combate à COVID-19**. 2022. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19>. Acesso em 05 jul. 2022.

VIEIRA, Fabiola; BENEVIDES, Rodrigo. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/09/160920_nt_28_disoc-Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em 17 jan. 2022.

VILELLA; VAZ. **Regras Fiscais no Brasil: Prática e Teoria**. Texto para Discussão 039 | 2021. Disponível em: <https://www.ie.ufrj.br/publicacoes-j/textos-para-discussao.html>. Acesso em 09 mai. 2022.