

Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015

The three branches of Government and financing of the Brazilian Unified National Health System: 2015 in review

Los tres poderes del Estado y el financiamiento del Sistema Único de Salud brasileño: el año de 2015

Alethele Oliveira Santos ¹
 Maria Celia Delduque ^{1,2}
 Sandra Mara Campos Alves ²

¹ Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, Brasil.

Correspondência

M. C. Delduque
 SHIS QI 3, Conjunto 5, Casa 9,
 Brasília, DF
 71605-250, Brasil.
 delduque@delduque.com.br

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser compreendido como lócus privilegiado de observação das relações entre os poderes constituídos no Brasil. As arestas não aparadas entre o Poder Executivo, o Poder Legislativo e o Poder Judiciário se tornam mais visíveis quando observadas pelo ângulo do financiamento do SUS.

Os artigos 6º e 19º da *Constituição Federal* brasileira ¹ estabelecem a saúde como direito social, que deve ser garantido pelo Estado a todos que estiverem em território brasileiro, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Passados quase 30 anos da Carta Política, o sistema público de saúde brasileiro ainda deve ser caracterizado como “em desenvolvimento”.

A política de saúde no Brasil compreende a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais ainda, compreende a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância).

Os anos de luta por um financiamento adequado e sustentável para o SUS não livraram o setor da submissão ao crescimento exponencial de seus custos, seja pelo desenvolvimento de novas tecnologias, pelo envelhecimento da população ou pela crescente judicialização do direito à saúde. O SUS tem absorvido os impactos dos aumentos dos níveis de violência social, dos aci-

dentos automobilísticos, da poluição crescente, das doenças crônicas etc., e isso sem ter constituído mecanismos adequados e sustentáveis de seu financiamento.

Rawls ², para quem a saúde é um elemento da estrutura básica da sociedade cujos efeitos sobre as capacidades cognitivas, morais e éticas do cidadão são profundos e duradouros, argumenta que a saúde compõe o conceito de justiça distributiva. Este conceito está contemplado na *Constituição Federal*, ao determinar em seu texto a universalidade de acesso ao SUS. A pretensão constitucional de que a racionalidade distributiva deve ser o modelo de desenvolvimento nacional está expressa no princípio da universalidade de acesso ao SUS e deve pautar a atuação dos poderes instituídos.

O financiamento da saúde é anticíclico, pois além de garantir o funcionamento do SUS, é capaz de mitigar os efeitos da crise sobre o emprego ³. Tem caráter anti-inflacionário porque funciona como redutor de gastos das famílias e dos empregadores com serviços privados de saúde ³.

Para além dos debates padrão, que sempre rodeiam o financiamento do SUS há fatos novos no ano 2015: (i) Emenda Constitucional (EC) 86/2015; (ii) o desarquivamento do projeto de lei por iniciativa popular (PLP) 321/2013 (Saúde + 10); (iii) as tentativas de ressurreição da Contribuição Provisória por Movimentação Financeira (CPMF), Contribuição à Seguridade Social (CSS); (iv) o Projeto de Emenda Constitucional (PEC)

01-A/2015; (v) a crise econômica nacional e o Projeto de Lei Orçamentário Anual (PLOA) 2016.

A EC 86/2015 alterou o modelo de financiamento proposto pela EC 29/2000, na medida em que torna impositivas as emendas parlamentares incluindo-as no cômputo das despesas em saúde. À primeira vista pode parecer que a EC 86/2015 trouxe um incremento financeiro ao setor da saúde, todavia, em termos nominais, em 2016, os valores destinados pelo Ministério da Saúde podem significar aporte menor que do ano corrente. A EC 86/2015 apresentou também percentuais mínimos e progressivos de aplicação financeira em saúde pela União – consideradas as emendas impositivas. Os percentuais apresentados pela EC 86/2015, em seu artigo 2º confrontam o conteúdo do PLP 321/2013, que requereu investimentos em saúde, por parte da União, na ordem de 10% das receitas correntes brutas. Mesmo que o PLP tenha sido apresentado por 1,9 milhão de assinaturas, seu conteúdo não foi apreciado e serviu de arremedo a outros projetos legislativos.

O Parlamento defendeu a destinação das emendas parlamentares às suas bases, o que em geral é feito sem guardar compatibilidade com os planos de saúde, que não compreendem o investimento ou custeio necessário e consequentemente reduzem e fragilizam a capacidade organizativa do gestor sanitário. A interpretação da lei não considerou que as tais emendas funcionassem como incremento financeiro, levando à leitura de que o mandamento legal de piso (mínimo) passasse a vigorar como teto (máximo) dos recursos financeiros destinados à saúde.

O ano 2015 também foi o das tentativas de ressurreição da CPMF. A destinação de percentual da contribuição aos Estados, Distrito Federal e Municípios, ainda que contribua para os cofres próprios, não aumenta recursos financeiros para a setorial saúde. Se de um lado a EC 86/2015 foi capaz de reduzir o financiamento em saúde, na medida em que faz somar no cômputo total as emendas impositivas, limitando-o em 15% depois de cumpridos 5 anos de escalonamento, a proposta da contribuição não acrescenta ou repõe recursos financeiros à saúde.

A PEC 01/2015, que visa alterar o art. 198 da *Constituição Federal*, dispõe que o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, deve obedecer aos percentuais de 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7% da receita corrente líquida, de forma escalonada em cinco exercícios. Ao considerar que a saúde é propulsora de desenvolvimento econômico e social, o escalonamento da destinação de recursos financeiros para a saúde deve ater-se a tempo

menor, sob pena de que o SUS agonize antes de vencido o último prazo.

Entre as idas e vindas dos trâmites parlamentares, o relatório que sugere a aprovação da proposta, alterou o artigo 166 da *Constituição Federal*, em seu § 9º para permitir emendas parlamentares individuais destinadas às ações e serviços de saúde, aos hospitais universitários e unidades de saúde do sistema penitenciário – em explícito confronto com a *Lei Complementar nº 141/2012*, na medida em que os primeiros pertencem à pasta da educação e os últimos, à pasta da Justiça.

O que parece mais alarmante, contudo, é a proposta orçamentária federal para o ano 2016, do setor da saúde.

O Ministério da Saúde está entre os principais órgãos da Despesa Orçamentária da União e alcança, com ações de serviço público de saúde, cerca de R\$ 109 bilhões. As ações e serviços de saúde compreendidos pela atenção primária e média/alta complexidade (assistência ambulatorial, hospitalar, suporte profilático e terapêutico) representam cerca de 3/4 do orçamento federal para a saúde, do qual, 2/3 referem transferência regular e automática aos Estados, Distrito Federal e Municípios. Os números que impactam a PLOA 2016 revelam déficit orçamentário, o que é mais grave que o déficit financeiro.

O Ministério da Saúde ampliou a relação de participação da atenção primária, em relação à média e alta complexidade, condição essa que não pode ser observada na PLOA 2016, uma vez que, segundo as regras estabelecidas pela EC 86/2015, houve destinação menor de recursos para esse bloco de financiamento. Em 2014, o bloco de média e alta complexidade contou com R\$ 39 bilhões em aporte financeiro da esfera federal, valor esse que não se mostrou suficiente à demanda. Em 2015, o mesmo bloco contou com R\$ 43 bilhões e em 2016, segundo a PLOA, contará com R\$ 37 bilhões⁴.

Comparando o modelo de financiamento previsto na EC 29/2000 e na EC 86/2015 (que pautou a PLOA) há notória diferença, até porque não há previsão legal que impeça que os valores aplicados em saúde retroajam – dando prevalência ao princípio da reserva do possível⁵.

Por mais que se queira crer na autonomia da gestão, em suas capacidades de inovar e de obter resultados, ela não é suportada por financiamento adequado e sustentável. A aceitação do jargão de que a gestão do SUS é ineficiente não pode merecer guarida. Sempre faltou dinheiro e agora faltará orçamento!

Não se pretende fazer a defesa de gestores que cometem crimes contra a Administração Pública, todavia, não se pode comparar o alcance

de outros sistemas universais com o SUS, em que o aporte de recursos financeiros não alcança 4% do PIB.

A agenda do financiamento da saúde requer um pensamento mais refinado e cauteloso. Há que se pensar acerca da regulação do mercado de serviços de saúde; a regulação do complexo médico industrial; a justificativa para o subsídio estatal nos planos privados de saúde; a equidade na renúncia fiscal e muitas outras possibilidades que podem vir à baila e devem ser consideradas pelos sanitaristas.

Financiamento não é um assunto que passe ao largo dos olhos do Judiciário, tanto assim que o Supremo Tribunal Federal, na emblemática decisão à Suspensão de Tutela Antecipada (STA 175) asseverou: “*O Sistema Único de Saúde está baseado no financiamento público e na cobertura universal das ações de saúde. Dessa forma, para que o Estado possa garantir a manutenção do sistema, é necessário que se atente para a estabilidade dos gastos com a saúde e, conseqüentemente, para a captação de recursos*”⁵.

Contudo, ainda que os poderes instituídos tenham em vista a sustentabilidade do SUS, o debate deve alcançar os conselhos de saúde, as associações, os sindicatos, o terceiro setor e principalmente, o cidadão comum. Essa movimentação social é a baliza para a tomada de decisão dos poderes, uma vez que só ela é capaz de legitimar o SUS⁶.

O quadro apresentado entrelaça as diversas proposições legislativas acerca do financiamento do SUS; a posição realista e minguada de recursos financeiros com a qual o Poder Executivo deve contar e agir; e, as decisões judiciais – quer em processos individuais, quer em repercussões gerais⁷ – que têm consequência no sistema sanitário nacional e denotam a indubitável relação entre os poderes.

Quer se crer que os poderes pretendem resguardar a vedação ao retrocesso social⁸, mas a atuação desregrada e socialmente descompromissada de qualquer um deles pode levar o SUS ao colapso, esgarçando ainda mais o tecido da coesão nacional.

Colaboradores

Todas as autoras contribuíram para a redação do artigo e sua revisão.

1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. <http://www.planalto.gov.br> (acessado em 15/Nov/2015).
2. Rawls J. Uma teoria de justiça. São Paulo: Editora Martins Fontes; 2002.
3. Ocké-Reis C. Qual a magnitude do gasto tributário em saúde? <http://cebes.org.br/2014/12/carlos-ocke-escreve-sobre-gasto-tributario-em-saude/> (acessado em 15/Nov/2015).
4. Funcia FR. Quanto o Ministério da Saúde precisará ter no orçamento de 2016 para manter o padrão de gastos de 2014 em ações e serviços públicos de saúde (ASPS)? <http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20021%202015%20-%2004%2010%202015.pdf> (acessado em 14/Nov/2015).
5. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada – STA 175. <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/sta175.pdf> (acessado em 03/Nov/2015).
6. Piketty T. O capital no século XXI. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2014.
7. Supremo Tribunal Federal. Glossário. <http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=R&id=451> (acessado em 08/Nov/2015).
8. Supremo Tribunal Federal. <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/visualizarEmenta.asp?s1=000179240&base=baseAcordaos> (acessado em 15/Nov/2015).

Recebido em 25/Nov/2015

Aprovado em 10/Dez/2015