

**Brazilian Journal of Forensic Sciences,
Medical Law and Bioethics**

Journal homepage: www.ipebj.com.br/forensicjournal



**O Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro à Luz das
Estatísticas Mundiais de Saúde**

**The Financing of the Brazilian Health System in the Light of
World Health Statistics**

Celso Barberato^{1,2}, Carla Aparecida Arena Ventura¹, Isabel Amélia Costa Mendes¹,
Simone de Godoy Costa¹, Leila Maria Marchi Alves Ancheschi¹

¹*Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP,
Brasil/Centro colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem*

²*Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

Received 5 March 2017

Resumo: Conquanto a Constituição Federal do Brasil assegure a todos o direito à saúde, o que se percebe é que tal direito, hodiernamente, não tem atingido a sua plena eficácia social. Diversas são as causas apontadas para a ineficácia social do direito à saúde, dentre as quais, se destaca um suposto subfinanciamento do setor público. Nesse contexto, o presente trabalho tem por objetivo identificar o valor do investimento do Estado brasileiro em ações e serviços de saúde, embasando-se na seguinte pergunta de pesquisa: Qual é o valor anual médio *per capita*, em Reais, investido pelo Brasil nas ações e serviços públicos de saúde? Para responder a tal indagação foram coletados e analisados diversos indicadores-chave divulgados pela Organização Mundial da Saúde e pelo Banco Mundial. Ao final, se chegou à conclusão de que o valor anual médio *per capita* em Reais, investido pelo Brasil na área de saúde pública, no período de 2005 a 2012, foi de R\$ 1.118,77. Outrossim, inferiu-se que, ante inexistência de um montante paradigmático de gastos públicos com saúde universalmente aceito, não é possível se afirmar, com certeza, que o setor público de saúde do Brasil é subfinanciado, fato que, contudo, não pode servir de fundamento para que mais recursos não sejam destinados ao setor, porquanto também não é possível se afirmar que a saúde pública brasileira não é subfinanciada.

Palavras-chave: Direito à saúde; Efetividade; Financiamento governamental.

Abstract: Although the federal constitution of Brazil assures everyone the right to health, what is perceived is that this right, nowadays, has not reached its full social effectiveness. There are several reasons for the social inefficiency of the right to health, among which the alleged underfunding of the public sector stands out. In this context, the objective of this study is to identify the value of the Brazilian state's investment in healthcare actions and services, based on the following research question: What is the average annual per capita value in Reais, invested by Brazil in actions and public health services? To answer this question, a number of key indicators were collected and analyzed by the World Health Organization and the World Bank. In the end, it was concluded that the average annual per capita value invested by Brazil in the area of public health in the period from 2005 to 2012 was R\$ 1,118.77. Moreover, it has been inferred that, in the absence of a paradigmatic amount of public expenditures with universally accepted health, it is not possible to say with certainty that Brazil's public health sector is underfunded, a fact that, however, cannot serve as More resources are not destined to the sector, since it is also not possible to affirm that Brazilian public health is not underfunded.

Keywords: Right to Health; Effectiveness; Financing Government.

1. Introdução

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no Capítulo II de seu Título VIII, dispõe sobre o regime brasileiro de seguridade social. Esse regime compreende um conjunto de ações do poder público e da sociedade cujo objetivo é assegurar a todos os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.¹

A saúde, por sua vez, é concebida como direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida mediante políticas públicas tendentes a assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹. A principal política pública para a consolidação deste direito foi a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

Todavia, atualmente, o que se verifica é que a população brasileira, de um modo geral, não possui acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Nesse particular, vale ressaltar que muitas são as causas apontadas para a ineficácia social do referido direito. Dentre elas, estão a falta de infraestrutura adequada dos hospitais, a escassez de leitos e de equipamentos hospitalares, a carência de profissionais em determinadas localidades, a desorganização da gestão das filas de espera, a má-gestão dos recursos destinados ao setor e a insuficiência de recursos financeiros².

A ineficácia social do direito à saúde tem gerado relevantes preocupações políticas, jurídicas e sociais, porquanto o direito à saúde estadeia a nota da essencialidade, bem como a qualidade de ser interdependente e inerente a uma vida humana digna. Nesse contexto, o presente estudo apresenta como objetivo identificar o investimento do Estado brasileiro em ações e serviços de saúde por meio da análise de dados estatísticos divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Banco Mundial (World Bank). Embasa-se na seguinte pergunta de pesquisa: Qual é o valor anual médio *per capita*, em Reais, investido pelo Estado brasileiro nas ações e serviços públicos de saúde?

Os indicadores utilizados para o desenvolvimento deste estudo foram obtidos principalmente por meio do sítio eletrônico do Observatório de Saúde Global (GHO)³, sendo que a análise recaiu sobre o período de 2005 a 2012, uma vez que os dados disponibilizados online são relativos a este período de tempo. Assim, a coleta partiu do destaque e da segregação dos dados estatísticos relativos ao Estado brasileiro, de modo a identificar qual foi o valor do gasto sanitário total do Brasil, como percentual de seu Produto Interno Bruto (PIB), em cada um dos anos compreendidos pelo lapso temporal acima citado, a fim de se chegar a um percentual anual médio.

Posteriormente, buscou-se conhecer qual foi o valor do gasto sanitário do poder público brasileiro, assim como, qual foi o importe despendido pelo setor privado do Brasil, ambos como porcentagem do gasto sanitário total em cada um dos anos do período estudado, com vistas a se definir qual foi a porcentagem média do financiamento público e do financiamento privado sobre o percentual médio anual do gasto sanitário do Brasil no período vertente. Identificado o valor médio anual do gasto sanitário do poder público brasileiro entre os anos de 2005 e 2012, como percentual de Produto Interno Bruto do país (PIB), passou-se à coleta de dados junto ao sítio oficial do Banco Mundial⁴, utilizando o descritor “BRAZIL”, com o escopo de verificar qual foi o valor do PIB do Brasil em dólares americanos em cada um dos anos do período em questão, objetivando-se chegar a uma média simples do valor do PIB brasileiro para o referido período.

Ato contínuo, considerando o valor médio anual do gasto sanitário do poder público brasileiro entre os anos de 2005 a 2012, bem como o valor médio do PIB brasileiro para o referido período, alcançou-se o valor médio anual do gasto sanitário do poder público brasileiro em dólares americanos. Em sequência, também junto ao sítio oficial do Banco Mundial, coletaram-se dados estatísticos relativos à população

brasileira para cada um dos anos estudados⁵, pretendendo-se estabelecer o número médio de habitantes do país durante o período examinado.

Em seguida, procedeu-se à divisão do valor médio anual do gasto sanitário do poder público brasileiro em dólares americanos pelo número médio de habitantes do país durante o período em questão, descobrindo-se, assim, o valor médio anual *per capita* do gasto sanitário do poder público brasileiro em dólares americanos. Prosseguindo-se, houve a conversão do valor médio anual *per capita* do gasto sanitário do poder público brasileiro de dólares americanos para Reais em conformidade com a cotação oficial do dia, o que possibilitou o conhecimento do valor médio anual *per capita*, em Reais, investido pelo Estado brasileiro nas ações e serviços públicos de saúde entre os anos de 2005 e 2012.

Após, tendo em vista que a insuficiência de recursos financeiros é apontada por muitos⁶ como uma das causas para a ineficácia social do direito à saúde, procurou-se comparar o valor do gasto sanitário do poder público brasileiro com os valores despendidos por outros países que possuem sistemas de saúde congêneres, com a intenção de avaliar se os montantes empregados nas ações e serviços públicos de saúde são análogos ou distintos, valendo ressaltar, que esta análise também se centrou em indicadores-chave atinentes ao período de 2005 a 2012, uma vez que os dados disponibilizados online são relativos a este período de tempo.

2. O sistema brasileiro de saúde e o seu financiamento

A compreensão das principais características e especificidades do sistema brasileiro de saúde e de suas formas de financiamento consiste em pressuposto lógico para o entendimento do tema proposto. Nesse sentido, Reale⁷ reforça a relevância do estudo sempre com base em uma noção preliminar a respeito do tema analisado. Sendo assim, vale lembrar que a execução das ações e serviços destinados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde pode ser realizada tanto pelo poder público quanto pelo setor privado.

A execução dos serviços de saúde pelo poder público ocorre por meio de um conjunto de ações e serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada denominada de Sistema Único de Saúde (SUS)¹. O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Federal nº 8.080/90, pela Lei Federal nº 8.142/90, bem como por meio das Normas Operacionais Básicas - NOBs –

identificadas como Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde destinadas a definir os objetivos e as estratégias do processo de descentralização da política de saúde⁸.

A par das ações e dos serviços de saúde prestados pelo poder público, o sistema de saúde brasileiro também conta com um sistema privado de prestação de serviços nessa área. O sistema privado, por seu turno, executa ações e serviços basicamente de três formas: particular pura, suplementar e complementar⁹. Na forma particular pura, o tomador dos serviços escolhe livremente o prestador e o contrata diretamente, sem a intervenção de terceiros.

Na prestação de serviços suplementares de assistência à saúde, o tomador de serviços se vale de intermediários, como as operadoras de planos de saúde e as empresas de seguro saúde, que colocam à sua disposição, a depender do caso, um catálogo de prestadores de serviços para que ele escolha dentre os profissionais indicados.

Na prestação de serviços complementares de assistência à saúde, as entidades privadas firmam contratos ou convênios com o poder público com vistas a complementar as ações e os serviços de saúde que fazem parte do SUS, disponibilizando a sua estrutura física e os seus profissionais para a prestação dos mencionados serviços.

2.1 O financiamento do sistema público de saúde brasileiro

O Sistema Único de Saúde é financiado com recursos públicos provenientes da seguridade social¹. Esses recursos advêm dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, assim como das contribuições sociais do empregador¹, da empresa, da entidade equiparada à empresa, do trabalhador, dos segurados da previdência social, do importador de bens ou serviços do exterior, daquele que se equiparar ao importador de bens ou serviços do exterior e da contribuição sobre a receita de concursos de prognósticos.

Tendo em vista que o estudo vertente recai sobre o período compreendido entre os anos de 2005 a 2012, vale lembrar a forma pela qual se operou o financiamento público do setor de saúde no referido período. Sendo assim, destaca-se que, no ano 2000, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29 que alterou

¹ As principais contribuições sociais do empregador são as seguintes: COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - incidente sobre o faturamento; e CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – incidente sobre o lucro das pessoas jurídicas.

diversos dispositivos constitucionais e acrescentou o artigo 77 aos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCTs) para assegurar a vinculação de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Nessa emenda restou estabelecido que a União deveria aplicar em ações e serviços públicos de saúde, no ano 2000, no mínimo, o montante empenhado no ano de 1999, acrescido de 5%.

De 2001 a 2004, a União deveria destinar à área da saúde, no mínimo, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados e o Distrito Federal deveriam destinar, no primeiro ano, pelo menos 7% do produto da arrecadação de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, às ações e serviços públicos de saúde, sendo que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir 12%. Já os Municípios e do Distrito Federal deveriam destinar, no primeiro ano, pelo menos 7% do produto da arrecadação de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, às ações e serviços públicos de saúde, sendo que esse percentual deveria crescer anualmente até atingir 15%¹⁰.

Note-se, que não obstante a EC nº 29/00 ter determinado que a União aplicasse recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, não esclareceu de onde esses recursos deveriam advir, ao contrário do que fez com os demais entes políticos. Ademais, a EC nº 29/00 também não estabeleceu quais ações e serviços públicos poderiam ser enquadrados no conceito de "ações e serviços públicos de saúde".

Assim, em 2012, os percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados Distrito Federal e Municípios nas ações e serviços públicos de saúde foram regulamentados pela Lei Complementar Federal nº 141 que, por sua vez, esclareceu em seu artigo 2º, quais eram as ações e os serviços públicos abarcados pela expressão "ações e serviços públicos de saúde", bem como determinou que a União aplicasse anualmente na área da saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual.

Outrossim, estabeleceu a referida lei, que os Estados e o Distrito Federal deveriam aplicar na área da saúde no mínimo 12% da arrecadação do ITCMD, do ICMS, do IPVA, dos recursos provenientes do IR incidente na fonte sobre os

rendimentos pagos por eles, suas autarquias e suas fundações, dos recursos provenientes do repasse pela União ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal e, do repasse do montante decorrente da arrecadação do IPI.

Além disso, determinou a aludida legislação que os Municípios e o Distrito Federal deveriam aplicar anualmente, na área da saúde, no mínimo 15% da arrecadação do IPTU, do ITBI, do ISSQN, dos recursos provenientes do IR incidente na fonte sobre os rendimentos pagos por eles, suas autarquias e suas fundações, dos valores correspondentes ao repasse do IPVA, dos valores correspondentes à transferência do montante relativo à arrecadação do ICMS, do repasse, pela União, ao Fundo de Participação dos Municípios e, dos valores correspondentes ao repasse do IPI¹¹.

Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 86 de 17 de março de 2015 alterou os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal estabelecendo que o gasto mínimo a ser aplicado pela União no setor de saúde passaria a ser vinculado à receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%.

Todavia, esse percentual mínimo só poderia ser exigido a partir de 2020, na medida em que a sua implementação seria progressiva. Dessa forma, de acordo com a EC nº 86/15, no ano de 2016, a União teria que aplicar no mínimo 13,2% de sua receita corrente líquida nas ações e serviços públicos de saúde. Em 2017 o percentual mínimo a ser aplicado pela União seria de 13,7% da receita corrente líquida.

Em 2018, o mencionado ente político teria que aplicar nas ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 14,1% de sua receita corrente líquida. Em 2019 o piso seria de 14,5% e, a partir de 2020, o gasto mínimo a ser aplicado pela União nas ações e serviços públicos de saúde não poderia ser inferior a 15% de sua receita corrente líquida¹¹.

Ressalte-se, entretanto, que a EC nº 86/15 deu ensejo a considerável alteração na base de cálculo do percentual a ser aplicado pela União nas ações e serviços públicos de saúde, uma vez que o valor dos gastos da União tinha como base o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual e, com o advento da EC nº 86/15, a base de cálculo passou a ser a receita corrente líquida (RCL), que nada mais é do que a soma das receitas tributárias relativas às

contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, deduzidos os valores das transferências constitucionais.

2.2. O financiamento do sistema privado de saúde brasileiro

O sistema privado de saúde brasileiro executa suas ações e serviços basicamente por meio das formas particular pura, suplementar e complementar. O sistema privado complementar é financiado por meio de recursos públicos, haja vista que nesse sistema as entidades privadas disponibilizam a sua estrutura física e profissionais para a prestação dos serviços de saúde e recebem, como contraprestação, recursos públicos em valores equivalentes àqueles pactuados com o SUS por meio de uma tabela de preços.

No tocante ao sistema privado suplementar, em razão de os pacientes se valerem de intermediários como as operadoras de planos de assistência à saúde e as empresas de seguro saúde, o pagamento, em regra, é feito antecipadamente, por preço pré-determinado e tem o seu valor reajustado anualmente.⁸

Já no sistema particular puro, o financiamento é realizado por meio do pagamento direto, na medida em que o tomador dos serviços escolhe livremente o prestador e o contrata diretamente, sem a intervenção de terceiros, lhe pagando o preço pelo serviço prestado.

3. O financiamento do sistema de saúde brasileiro à luz das estatísticas mundiais de saúde

As Estatísticas Mundiais da Saúde consistem numa compilação anual de dados relacionados com a saúde elaborada pelo Observatório de Saúde Global (GHO), ligado à Organização Mundial de Saúde (OMS), cujo objetivo é fornecer dados estatísticos sobre os 194 Estados-Membros da OMS com o fito de possibilitar o acompanhamento da situação e das tendências globais, regionais e nacionais de saúde.

Segundo as referidas estatísticas, entre os anos de 2005 e 2012, o Brasil gastou em média, anualmente, 8,55% do valor total de seu Produto Interno Bruto (PIB) com saúde³.

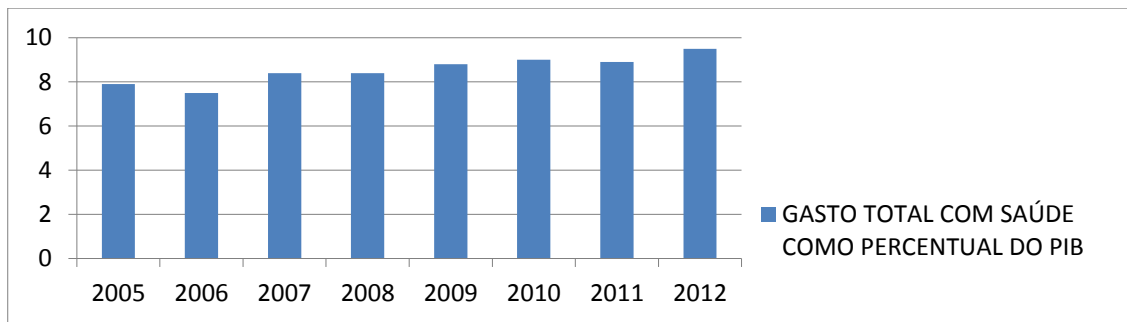


Figura 1. Gasto total com saúde no Brasil como percentual do PIB. Base de dados da OMS (WHO)³.

Note-se, que no ano de 2005, o gasto sanitário do Brasil como percentual do PIB foi de 7,9%. Em 2006, esse percentual diminuiu para 7,5%. Nos anos de 2007 e 2008 o Brasil gastou 8,4% de seu PIB com a área da saúde. Posteriormente, em 2009, esse valor correspondeu a 8,8% do PIB do país, passando, em 2010, para 9,0%. Em seguida, em 2011, o gasto sanitário brasileiro representou 8,9% do PIB nacional, sendo que em 2012 atingiu o percentual de 9,5%.

Do percentual médio anual do gasto sanitário do Brasil como percentual do PIB, em média, 54,83% foram provenientes do financiamento privado e 45,17% provenientes do financiamento público.

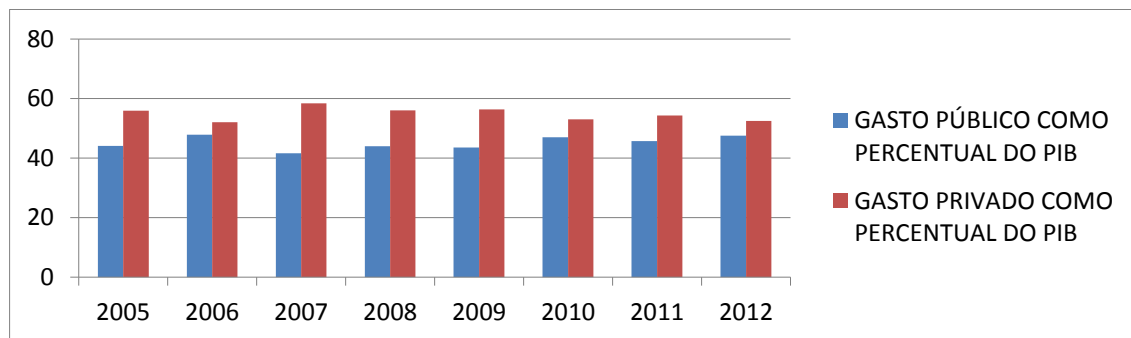


Figura 2. Gasto sanitário público e gasto sanitário privado como percentual do gasto sanitário total do Brasil. Base de dados da OMS (WHO)³.

Observe-se, que no ano de 2005, o financiamento público das ações e serviços de saúde representou 44,1% do gasto sanitário total do país com a referida área. Em 2006, esse percentual cresceu atingindo o percentual de 47,9%. No ano de 2007, o gasto público com saúde ficou na casa de 41,6%, passando para 44% nos idos de 2008. Em 2009 o investimento do poder público na área da saúde representou 43,6% do gasto sanitário total do país com a função saúde. Em 2010, essa porcentagem subiu para 47%. No ano de 2011, o setor público foi responsável por

45,7% do gasto sanitário total do país com a área da saúde e, em 2012, esse percentual correspondeu a 47,5%.

Por sua vez, o financiamento privado na área da saúde atingiu no ano de 2005, 55,9% do gasto sanitário total do país. Em 2006, esse percentual diminuiu para 52,1%. No ano de 2007 correspondeu a 58,4%. Em 2008 representou 56%. Posteriormente, em 2009, esse valor fez a porcentagem de 56,4%, atingindo, em 2010, o percentual de 53,0%.

Em seguida, em 2011, o financiamento privado nas ações e serviços de saúde representou 54,3% do gasto sanitário total do país, sendo que em 2012 atingiu o percentual de 52,5%. Assim, é possível concluir que o percentual médio anual gasto sanitário do poder público brasileiro de 2005 a 2012 correspondeu a 3,86% do PIB do país.

De acordo com dados extraídos do site oficial do Banco Mundial - que também é uma agência especializada do sistema onusiano - o valor médio anual do PIB do Brasil em dólares americanos no período acima mencionado foi de US\$ 1.755.412.891.250,00 (um trilhão setecentos e cinquenta e cinco bilhões quatrocentos e doze milhões oitocentos e noventa e um mil e duzentos e cinquenta dólares americanos).

Ressalte-se, que em 2005 o PIB do Brasil atingiu a marca de US\$ 891.629.970.000,00. No ano 2006 esse valor foi majorado para US\$ 1.107.640.330.000,00. Em 2007, o PIB do Brasil fez o importe de US\$ 1.397.084.380.000,00, sendo que em 2008 alcançou US\$ 1.695.824.520.000,00. Posteriormente, em 2009, o PIB brasileiro atingiu o montante de US\$ 1.667.020.110.000,00. Ato contínuo, em 2010, o valor do PIB correspondeu a US\$ 2.208.872.210.000,00. Doravante, no ano de 2011, o PIB do país atingiu a quantia de US\$ 2.614.573.170.000,00. Por fim, em 2012, o valor do PIB ficou em US\$ 2.460.658.440.000,00.

Logo, considerando que o percentual médio anual do gasto com saúde pelo poder público de 2005 a 2012 correspondeu a 3,86% do PIB do país e, tomando-se em conta que o valor médio anual do PIB do Brasil em dólares americanos no período acima mencionado foi de US\$ 1.755.412.891.250,00 (um trilhão setecentos e cinquenta e cinco bilhões quatrocentos e doze milhões oitocentos e noventa e um mil e duzentos e cinquenta dólares americanos), observa-se que gasto público médio anual do Estado brasileiro com saúde no período de 2005 a 2012 correspondeu a

aproximadamente US\$ 67.758.937.602,25 (sessenta e sete bilhões setecentos e cinquenta e oito milhões novecentos e trinta e sete mil seiscentos e dois dólares e vinte e cinco centavos).

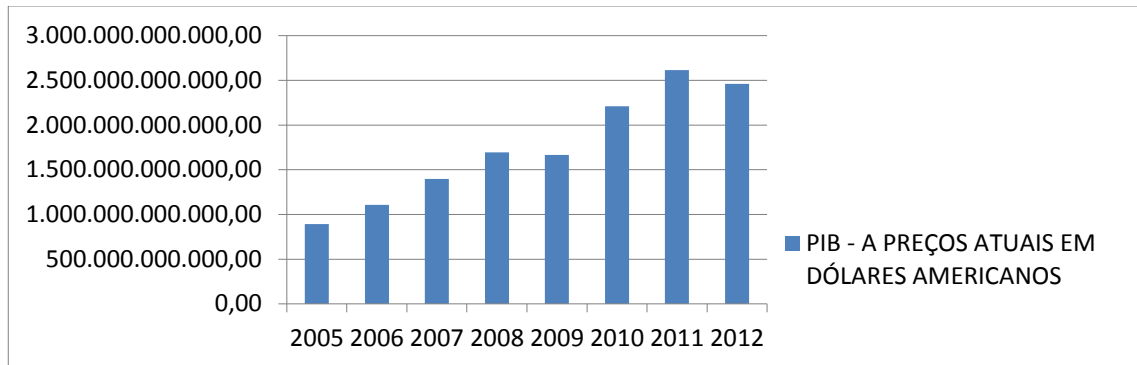


Figura 3. PIB do Brasil a preços atuais em dólares americanos. Base de dados do Banco Mundial¹².

Nesse compasso, não se pode olvidar, a média da população do país durante o período estudado foi de 195.620.795 (cento e noventa e cinco milhões seiscentos e vinte mil setecentos e noventa e cinco) brasileiros.

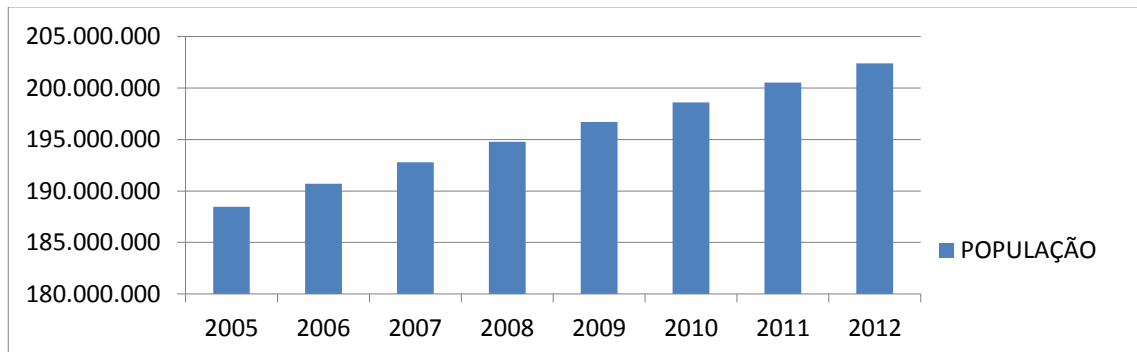


Figura 4. População Total do Brasil. Base de dados do Banco Mundial⁵.

Frise-se que, em 2005, a população do país era de 188.479.240 pessoas, sendo que esse valor foi sendo majorado nos anos seguintes. Assim, em 2006 a população do Brasil atingiu 190.698.241 pessoas; em 2007 esse número subiu para 192.784.521; em 2008 alcançou 194.769.696; em 2009 ascendeu para 196.701.298; em 2010 se elevou para 198.614.208; em 2011 aumentou para 200.517.584 e; em 2012, atingiu 202.401.584 pessoas.

Logo, é inevitável inferir, que o valor médio anual do financiamento público em saúde para cada brasileiro foi equivalente a US\$ 346,37 (trezentos e quarenta e seis

dólares americanos e trinta e sete centavos), ou seja, aproximadamente R\$ 1.118, 77 (mil cento e dezoito reais e setenta e sete centavos)¹¹ *per capita* ao ano.

Isso posto, considerando que a insuficiência de recursos financeiros é apontada por muitos⁶ como uma das causas para a ineficácia social do direito à saúde, procurou-se comparar o valor do gasto sanitário do poder público brasileiro com os valores despendidos por outros Estados que possuem sistemas de saúde congêneres, especialmente com a Espanha e com o Reino Unido, com a intenção de avaliar se os montantes empregados nas ações e serviços públicos de saúde são análogos ou distintos, valendo ressaltar, que esta análise também se centrou em indicadores-chave atinentes ao período de 2005 a 2012.

Nesse compasso, ao se comparar os dados acima expostos com os dados do Reino Unido e da Espanha, observa-se que o montante de recursos públicos empregados por estes Estados nas ações e serviços públicos de saúde é muito superior àquele aplicado pelo Brasil.

Segundo os indicadores, o Reino Unido gastou em média, anualmente, 8,95% do valor total de seu Produto Interno Bruto (PIB) com saúde. Já a Espanha gastou em média anualmente, 8,98% do valor total de seu Produto Interno Bruto (PIB) com saúde³.

Do percentual médio do PIB gasto pelo Reino Unido em saúde, 15,9% foram provenientes do financiamento privado e 84,1% provenientes do financiamento público³. Com relação à Espanha, 27,93% do gasto com saúde foram provenientes do financiamento privado e 72,07 % advindos do financiamento público³.

Assim, é possível concluir que o percentual médio anual do financiamento público da saúde no Reino Unido entre os anos de 2005 e 2012 correspondeu a 7,52% do PIB do país, sendo que o percentual médio anual do financiamento público do sistema de saúde na Espanha no período supramencionado foi de 6,46% do PIB.

Nessa senda, dados obtidos junto ao Banco Mundial, indicam que o valor médio anual do PIB do Reino Unido em dólares americanos no período acima mencionado foi de US\$ 2.589.198.605.000,00 (dois trilhões quinhentos e oitenta e nove bilhões cento e noventa e oito milhões seiscentos e cinco mil dólares americanos)¹², enquanto o valor médio anual do PIB da Espanha, em dólares americanos, no período acima mencionado foi de US\$ 1.411.847.203.750,00 (um

¹¹ Cotação oficial do Dólar Americano para 09/11/2016. (US\$ 1,00 = R\$ 3,22). Fonte: Brasil BCB.

trilhão quatrocentos e onze bilhões oitocentos e quarenta e sete milhões duzentos e três mil setecentos e cinquenta dólares americanos)¹².

Destarte, é de rigor depreender que o gasto público médio anual do Reino Unido com saúde no período de 2005 a 2012 correspondeu a US\$ 194.707.735.096 (cento e noventa e quatro bilhões setecentos e sete milhões setecentos e trinta e cinco mil e noventa e seis dólares americanos), sendo que o gasto público médio anual da Espanha em ações e serviços de saúde foi de US\$ 91.205.329.362 (noventa e um bilhões duzentos e cinco milhões trezentos e vinte nove mil trezentos e sessenta e dois dólares americanos).

Levando-se em conta que a média da população do Reino Unido durante o mencionado período foi de 62.047.417 (sessenta e dois milhões quarenta e sete mil e quatrocentas e dezessete) pessoas⁴ e a da Espanha de 45.710.872 (quarenta e cinco milhões setecentos e dez mil oitocentos e setenta e duas) pessoas⁴, é forçoso inferir que o valor médio anual do financiamento público em saúde para cada cidadão do Reino Unido foi de US\$ 3.138,04 (três mil cento e trinta e oito dólares americanos e quatro centavos), sendo que o referido valor para cada cidadão espanhol foi de US\$ 1.995,26 (mil novecentos e noventa e cinco dólares americanos e vinte e seis centavos).

Isto é, enquanto o Brasil gastou um valor equivalente a R\$ 1.118, 77 (mil cento e dezoito reais e setenta e sete centavos) *per capita* ao ano, o Reino Unido gastou R\$ 10.135,86 (dez mil cento e trinta e cinco reais e oitenta e seis centavos) e a Espanha R\$ 6.444,68 (seis mil quatrocentos e quarenta e quatro reais e sessenta e oito centavos).

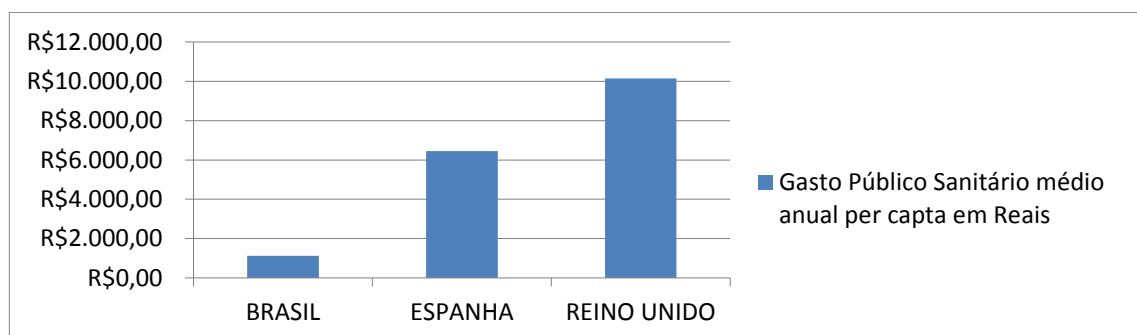


Figura 5. Gráfico comparativo entre o gasto público sanitário médio anual *per capita* em reais. Fonte: Elaboração própria. Base de dados da OMS (WHO) e do Banco Mundial (World Bank).

Observe-se que o gasto público sanitário médio anual *per capita* do Reino Unido em saúde foi nove vezes superior ao gasto brasileiro. Já o gasto público médio anual *per capita* da Espanha foi quase seis vezes superior ao gasto do Brasil.

Essa disparidade de gastos leva inevitavelmente à discussão acerca de um possível subfinanciamento do setor público de saúde brasileiro.

Nesse particular, não se pode olvidar, que subfinanciar^{III} é destinar a determinado setor um valor de capital abaixo daquele que é necessário para as suas despesas. Portanto, para se saber se há um subfinanciamento no setor de saúde brasileiro é necessário se saber antes, qual é o valor necessário para as despesas do aludido setor, ou seja, qual é o valor ideal de gastos. Contudo, ainda não se tem notícia de um montante ideal de gastos em matéria de saúde.

Isso porque, o setor de saúde sofre influência de inúmeras variáveis que dificultam sobremaneira o estabelecimento de um valor paradigmático de gastos públicos. Fatores como a diversidade de enfermidades, inflação dos insumos de saúde, gastos com o pessoal especializado, advento de novos equipamentos, quantidade de profissionais, incidência de tributos, formas de arrecadação de recursos, eficiência dos sistemas de gestão de gastos, formas de prestação de serviços, etc., encontram-se permeados por grande relatividade, haja vista variarem muito de um local para o outro.

Assim, não seria possível se afirmar, com certeza, que existe um subfinanciamento no setor público de saúde brasileiro, na medida em que tal assertiva não prescindiria de um conhecimento prévio acerca do valor adequado de recursos financeiros a serem investidos pelo Brasil no mencionado setor.

Destarte, mesmo sendo possível a comparação entre o gasto sanitário do Brasil e o gasto sanitário de outros Estados que possuem sistemas de saúde semelhantes e, mesmo que essa comparação demonstre que o gasto público sanitário do Brasil é muito inferior ao de outros Estados, não se pode dizer que o setor público de saúde brasileiro é subfinanciado, porquanto, repita-se, não há um valor paradigmático de gastos apto a embasar tal asserção.

^{III} Subfinanciar: conceder capital abaixo do necessário (para custear um negócio ou empreendimento). Infopédia. Dicionário Porto Editora.

De outro lado, não se pode olvidar, que da mesma forma que não é possível se afirmar que existe um subfinanciamento do setor público de saúde brasileiro, também não é possível se afirmar que ele não existe.

Isso porque, tanto a existência quanto a inexistência de um possível subfinanciamento não prescindem de um conhecimento prévio acerca do montante ideal de recursos a serem despendidos com o citado setor.

Dessa forma, a impossibilidade de se asseverar que o setor público de saúde brasileiro é subfinanciado não pode servir de fundamento para que mais recursos não sejam destinados à aludida área, porquanto também não se revela possível se afirmar que não existe subfinanciamento.

Nesse contexto, a comparação entre o gasto sanitário do Brasil e o gasto sanitário de outros Estados que possuem sistemas de saúde congêneres revela sua importância, na medida em que serve de relevante diretriz para se aferir se o montante investido pelo Brasil em seu setor de saúde é ou não adequado às despesas.

Nesse particular, já foi possível verificar que o Brasil ainda investe muito pouco em seu setor de saúde, sendo certo que ele é o único país onde os recursos privados superam os recursos públicos.

Além disso, os poucos recursos públicos investidos são reconhecidamente mal administrados^{IV}.

Soma-se a isso o fato de que houve um aumento substancial da carga tributária no Brasil, mas os recursos públicos endereçados ao orçamento da seguridade social não acompanharam esse crescimento, tendo ocorrido uma verdadeira estagnação na totalidade dos recursos repassados ao OSS^V.

^{IV} Nessa direção, o livro faz uma tentativa de mostrar que a falta de recursos e suprimentos, em muitos casos, não é o obstáculo principal ao aumento do acesso e à melhoria da qualidade dos serviços prestados. O sistema de saúde claramente poderia produzir mais serviços de saúde e melhores resultados com o mesmo nível de recursos se enfrentasse alguns fatores de ineficiência identificados. Como exemplo, ganhos significativos poderiam ser obtidos com um melhor alinhamento entre a capacidade hospitalar e a provisão de serviços médicos especializados, investindo-se na melhoria da eficiência técnica dos hospitais, na redução do desperdício e do uso inadequado de recursos, entre outras iniciativas. Em outra direção, também haveria ganhos na priorização da distribuição dos gastos públicos, com base em processos mais robustos de incorporação e gestão de tecnologias existentes e novas. Não há soluções simples para lidar com essas questões tão complexas, mas há um grande número de experiências internacionais sobre esses temas que certamente poderiam beneficiar o Brasil. Ao mesmo tempo, vale ressaltar que, mesmo com os aumentos de eficiência, as pressões sobre os gastos provavelmente não diminuirão nas próximas décadas. [...]. World Bank. 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil.

^V Behring (2008) indica a tendência de crescimento vegetativo no financiamento da seguridade social, girando em torno de 12% do PIB, que denota o que a autora chama de “ausência de saltos efetivos” no que tange a alocação de recursos para a seguridade social. De modo que com relação à evolução da carga tributária no Brasil, tem-se um crescimento substancial, principalmente se leva em conta que em

Ademais, vale lembrar, que mais da metade dos recursos públicos do SUS é destinada ao setor privado de saúde complementar⁶, sendo que este exerce atividades típicas de Estado que correspondem às funções que deveriam ser exercidas por ocupantes de cargos públicos efetivos, o que violaria o inciso II, do art. 37, da Constituição Federal, na medida estaria havendo dispensa indevida de concurso público para a contratação dos profissionais que atuam nessas entidades, assim como a dispensa de licitação para a compra de material médico hospitalar¹².

Demais disso, a DRU^{VI} vem sendo materializada mediante a retirada de expressivos valores do OSS^{VII}, permitindo que o governo federal se utilize desses recursos para o pagamento dos juros da dívida pública para contribuir com o superávit primário, o que reduz sobremaneira os recursos investidos na área da saúde.

Noutro ponto, vale rememorar que a EC nº 86/15 alterou a base de cálculo do percentual a ser aplicado pela União nas ações e serviços públicos de saúde, do valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de no mínimo o percentual correspondente à variação nominal do PIB para a receita corrente líquida (RCL), sendo que estimativas apontam que tal alteração deu ensejo a uma perda de recursos da ordem de R\$ 3,8 bilhões de Reais^{VIII}.

Enfim, tudo leva a crer que no Brasil “gasta-se pouco e gasta-se mal”⁶ com a área da saúde, sendo que a impossibilidade de se afirmar que existe um subfinanciamento do setor, não pode servir de fundamento para que mais recursos

1947 a carga tributária brasileira representava 13,8% do PIB, em 2010 esse percentual chegou a 35,13% do PIB. Contudo, esse crescimento não resulta em crescimento real para o financiamento das políticas da seguridade social e ainda por cima, recaí sobre os trabalhadores, seja através do imposto de renda na fonte ou no consumo, sendo, portanto uma carga tributária regressiva. Cislaghi JF, Teixeira SO, Souza T. O Financiamento do SUS: principais dilemas.

^{VI} A DRU – Desvinculação de Receitas da União - transforma os recursos do orçamento da seguridade social em recursos fiscais, permitindo que o governo federal se utilize desses recursos para contribuir com o superávit primário, por meio do pagamento dos juros da dívida pública.

^{VII} “[...] registre-se: em 2010, R\$ 53,8 bilhões; em 2011, R\$ 75,8 bilhões ; em 2012, R\$ 82,7 bilhões, em 2013, R\$ 76,2 bilhões e, em 2014, R\$ 53,9 bilhões (ANFIP, 2015) [...]. Se não existisse a DRU, recursos para as áreas que integram a seguridade social não faltariam.”. Mendes A, Rozsa F. O SUS e seu financiamento.

^{VIII} “[...] A vigência da EC86/2015 começou em 2016. Neste ano, o piso da saúde será o equivalente a 13,2% da RCL, estimados em R\$ 100,2 bilhões. Segundo algumas estimativas, pela regra anterior, de aplicação da variação nominal do PIB sobre o empenhado em 2015, o piso de financiamento federal do SUS seria de aproximadamente R\$ 104 bilhões (OCKÉ-REIS; FUNCIA, 2015). A diminuição do piso federal para 2016 pela nova regra é decorrência da brutal retração da atividade econômica a partir de 2015 que provocou uma redução da Receita Corrente Líquida (RCL) da União, agregado ao qual está vinculado o novo piso de financiamento federal do SUS. [...] Barros MED, Diniz Mel, Piola SF. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil.

não sejam destinados ao setor, até porque, também não se revela possível se afirmar que não existe tal subfinanciamento.

Ademais, assim como todos os demais países do mundo, o Brasil⁶ ainda não alcançou o objetivo de conferir aos seus cidadãos, uma prestação universal e igualitária de serviços de saúde.^{IX}

4. Considerações finais

O presente estudo examinou a estrutura basilar do sistema de saúde brasileiro, analisou as principais particularidades do sistema de financiamento público, investigou as formas de financiamento privado, averiguou os dados concernentes ao financiamento dos serviços de saúde do Brasil e demonstrou que o valor médio anual *per capita* em Reais investido pelo Estado brasileiro nas ações e serviços públicos de saúde foi de R\$ 1.118, 77 (mil cento e dezoito reais e setenta e sete centavos).

Revelou, outrossim, que o valor do financiamento público do sistema de saúde brasileiro é risível se comparado aos valores gastos por Estados com sistemas de saúde congêneres, mormente, a Espanha e o Reino Unido.

Evidenciou que a impossibilidade de se afirmar que existe um subfinanciamento do setor de saúde no Brasil, não pode servir de fundamento para que mais recursos não sejam destinados ao setor, até porque, também não se afigura possível afirmar que não existe subfinanciamento.

Por fim, destacou que o Brasil ainda não alcançou o objetivo de conferir os valores destinados ao setor público de saúde do Brasil aos seus cidadãos, uma prestação universal e igualitária de serviços de saúde.

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Tribunal de Contas da União (BR). Relatório de levantamento – FiscSaúde. Brasília. 2014.

^{IX} [...] Nenhum país foi ainda capaz de garantir a todos o acesso imediato à totalidade de serviços que possam manter ou melhorar a sua saúde. Todos eles enfrentam restrições de recursos de um tipo ou de outro, embora essas restrições sejam mais críticas nos países de baixo rendimento.[...] *World Health Organization*. Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal.

3. Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça. Dados do Observatório mundial da saúde. Estatísticas sanitárias mundiais 2005/2012 [internet]. Acesso em: 2017 Feb 10. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/
4. Banco Mundial. *Washington, D.C., EUA*. Últimas notícias e informações do Banco Mundial e seu trabalho de desenvolvimento no Brasil [internet]. Acesso em: 2017 Feb 10. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/search?q=brazil>.
5. Banco Mundial. *Washington, D.C., EUA*. População total do Brasil. Acesso em: 2017 Feb 10. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=BR>
6. Cislighi JF, Teixeira SO, Souza T. O Financiamento do SUS: principais dilemas. Ipea. Conferência do Desenvolvimento Code 2011. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos [internet]. 2011. Acesso em: 2017 Feb 10. p. 1-19. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>.
7. Reale M. Lições Preliminares de Direito. 23.ed. São Paulo: Saraiva; 1996. p.1.
8. Dallari S, Nunes Júnior VS. Direito Sanitário. Verbatim. São Paulo; 2010. p. 77.
9. Riani, MK. Planos de saúde: A harmonização dos interesses na relação de consumo. Nova Lima. 2010. p. 23.
10. Lenza P. Direito constitucional esquematizado. 17 ed. ver. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva; 2013. p. 1.257.
11. Brasil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2012 jan 16.
12. Banco Mundial. *Washington, D.C., EUA*. PIB corrente em dólares [internet]. Acesso em: 2017 Feb 10. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=BR>