

Esther Dweck¹Bruno Moretti²Maria Fernanda G. Cardoso de Melo³

Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas⁴

RESUMO

O artigo procura demonstrar como fragilidades estruturais do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) associadas às finanças públicas brasileiras se manifestaram durante a pandemia do novo coronavírus, exigindo respostas emergenciais. O trabalho discute em particular: a) o impacto das regras fiscais sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS); b) o desequilíbrio na arquitetura do federalismo fiscal brasileiro entre a oferta de serviços pelos entes subnacionais e sua dependência em relação ao governo federal; c) as relações público-privadas e seus efeitos sobre o CEIS, envolvendo, especialmente, a desigualdade no acesso a leitos, a regulação da atuação dos planos de saúde quanto à pandemia e as regras de aquisição de produtos estratégicos, tendo em vista a dependência externa do Brasil. Conclui-se pela necessidade de construção de uma agenda que responda aos desafios estruturantes do SUS e às vulnerabilidades do CEIS, num contexto de demanda crescente por serviços de saúde e mudanças tecnológicas.

Palavras-chave

Covid-19; Complexo-Econômico Industrial da Saúde (CEIS); Sistema Único de Saúde (SUS); Regras fiscais; Federalismo da saúde; Relação público-privada.

ABSTRACT

This article aims to demonstrate how structural fragilities of the Economic and Industrial Complex of Health (CEIS) associated with Brazilian public finances have manifested during the novel coronavirus pandemic, requiring emergency responses. The paper discusses in particular: a) the fiscal rules' impacts on the Unified Health System (SUS) funding; b) the asymmetrical design of the Brazilian fiscal federalism between services delivered by subnational entities and their dependence on the federal government; c) public-private partnerships and their effects on CEIS, especially those involving the inequity on the access to hospital beds, the regulation of health insurances regarding the pandemic, and the norms for the purchase of strategic products given Brazil's external dependence. The conclusion is the need to construct an agenda that responds to the structural challenges of SUS and the vulnerabilities of CEIS in a context of increasing demand for health services and technological changes.

Keywords

Covid-19; Economic and Industrial Complex of Health (CEIS); Unified Health System (SUS); Fiscal norms; Health federalism; Public-private partnerships.

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e-mail: edweck@ie.ufrj.br

2. Ministério da Economia, e-mail: bmoretti1@gmail.com

3. Faculdades de Campinas (Facamp), e-mail: nanda.melo@gmail.com

4. Este artigo conta com apoio financeiro da Fiocruz por meio do projeto "Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0". As opiniões expressas refletem a visão dos autores.

1. Introdução

A presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Nísia Trindade, em entrevista ao jornal *Estado de São Paulo* de 7 de maio de 2020, afirmou que a pandemia de Covid-19 é o grande marco que inaugura o século XXI, conforme a proposta de Eric Hobsbawm de que o século não se inicia pela data do calendário e sim por algum fenômeno que traga uma mudança profunda em relação ao período histórico anterior. O “breve século XX”, por sua vez, teria terminado ao final da década de 1980 e início dos anos 1990, com a consolidação de um modelo de desenvolvimento repleto de riscos à sociedade. A pandemia tornou aparentes as fragilidades desse contrato social do mundo ocidental e, em particular, do Brasil, como ressaltado em editorial do *Financial Times*.⁵ Diante disso, a pandemia de Covid-19 revelou questões adicionais sobre o papel do Estado e os instrumentos disponíveis para sua atuação, questionando dogmas amplamente difundidos desde a década de 1990. Cabe então perguntar se as últimas três ou quatro décadas foram um breve interregno ou se, mesmo com a pandemia, teremos a manutenção ou até mesmo aprofundamento das bases sobre as quais o modelo de desenvolvimento recente foi moldado.

Esse modelo anterior à pandemia preconiza um papel muito limitado às finanças públicas. Em especial, a política fiscal deveria ser conduzida exclusivamente para a garantia de trajetórias sustentáveis da dívida pública, o que levou a mudanças no arcabouço institucional de diversos países durante as décadas de 1980 e 1990, como a adoção de regras fiscais rígidas, sem qualquer espaço para discricionariedade. No Brasil, essa visão foi se consolidando desde meados da década de 1980 em um processo não linear. Assim, temos hoje um arcabouço fiscal institucional incongruente, com diversas superposições, que limita de forma artificial a atuação do Estado, como ficou evidente durante a pandemia.

O comando e a atuação do Estado são fundamentais para a construção de um plano nacional para o enfrentamento da pandemia e para mitigar os desdobramentos econômicos, políticos e sociais que dela decorrem e que agravam os problemas estruturais do país. No entanto, as diversas amarras existentes à atuação do Estado, no Brasil, dificultaram a atuação do governo federal para acionar os mecanismos e ins-

5. Disponível em: <https://www.ft.com/content/7eff769a-74dd-11ea-95fe-fcd274e920ca>. Acesso em: 8 ago. 2020.

trumentos que poderiam amortecer as graves consequências da pandemia em um país marcado por uma profunda e multifacetada desigualdade. Com o fechamento das atividades não essenciais, o isolamento social adequado foi um privilégio daqueles que conseguiram manter suas atividades econômicas remotamente e que dispunham de moradia adequada a um confinamento estendido. A única maneira de estender a toda a população o “direito ao isolamento” era por meio de um aumento volumoso dos gastos públicos de forma a garantir, por exemplo, uma renda emergencial, o que esbarrava nas regras fiscais existentes.

Ao mesmo tempo, eram necessários recursos para expandir os serviços de saúde, para suprir uma demanda tão concentrada temporalmente por atendimento. Ter um Sistema Único de Saúde (SUS), com ampla capilaridade institucional já enraizada, possibilitou o acesso aos serviços e à informação à população de uma ponta a outra do país. Porém, a pandemia aflorou pontos frágeis do SUS, que já vinham sendo debatidos por especialistas desde o início da implantação dessa que podemos considerar uma das maiores conquistas da cidadania brasileira.

De certa forma, isso decorre de uma superposição institucional brasileira, na qual a proposta da construção de um Estado de Bem-Estar Social trazida pela Constituição Federal, procurando corrigir o padrão concentrador de renda e riqueza do modelo de desenvolvimento das décadas de 1930-1980, foi parcialmente interrompida por uma arquitetura institucional das finanças públicas tipicamente neoliberal engendrada a partir dos anos 1990. Como procuraremos discutir neste artigo, a pandemia evidenciou as fragilidades estruturais do SUS associadas à ausência de uma arquitetura institucional fiscal compatível com um Sistema Único de Saúde, o que é inegável em pelo menos três aspectos: o financiamento da saúde pública, as questões federativas da oferta do serviço de saúde e as relações público-privadas tanto em termos da aquisição de bens e serviços quanto da relação entre o sistema público e o sistema de saúde suplementar.

Sendo assim, neste artigo iremos destacar, em primeiro lugar, os impactos trazidos para o “financiamento do SUS”, assinalando os efeitos das regras fiscais e analisando como essas afetaram a capacidade de ampliação da oferta de serviço durante e após a pandemia. Em segundo lugar, apontaremos como as limitações do “federalismo da saúde” tornaram-se um entrave durante a pandemia diante da capacidade restrita de ação dos entes subnacionais e das desigualdades regionais históricas, como a insufi-

ciência de equipamentos e de leitos, que estão concentrados nos grandes centros urbanos. Finalmente, iremos destacar os impasses decorrentes das “relações público-privadas” no sistema de saúde brasileiro que se manifestam em diferentes dimensões, como na aquisição de equipamentos e insumos médicos e de dispositivos diagnósticos; na distribuição desigual de leitos públicos e privados; no acesso aos medicamentos e tratamentos e na regulação dos planos de saúde. Assim, ao longo do artigo, procuraremos destacar como a pandemia reforçou a necessidade da superação das vulnerabilidades históricas do SUS de forma a assegurar a garantia dos princípios constitucionais.

2. Impactos sobre financiamento do SUS

O financiamento é sem sombra de dúvidas uma das maiores fragilidades estruturais do SUS e decorre, em grande parte, da artificialidade dos limites impostos pelas regras fiscais, como ficou nítido com a emergência trazida pela pandemia. A crise que se seguiu fortaleceu aspectos que já estavam sendo debatidos anteriormente e, mesmo os economistas que defendem as regras fiscais vigentes, passaram a exigir uma atuação rápida e vultosa do Estado.

Em diversos países, governos passaram a adotar ações necessárias para garantir a única medida recomendada pelas autoridades de saúde: o isolamento social. No Brasil, tivemos o que se costuma chamar na discussão de desenvolvimento econômico a “vantagem do atraso”. Pudemos assistir a forma como a epidemia atingiu outros países antes que houvesse o contágio descontrolado por aqui. No entanto, a adoção das medidas necessárias para o enfrentamento da pandemia esbarrava nas regras fiscais vigentes que impediam a ação mais contundente do governo federal.

Desde a promulgação da Constituição, a implantação dos direitos sociais conviveu com a construção de um arcabouço fiscal definido a partir de determinações teóricas baseadas na visão de regras fiscais rígidas e com baixa discricionariedade. Duas regras vigentes até hoje foram aprovadas já no texto constitucional original: a chamada “Regra de Ouro”, que define que o Estado só pode emitir dívida para pagar despesas de capital, portanto, impede que grande parte das despesas da área de saúde, as despesas correntes, sejam executadas diretamente por endividamento público; e a proi-

bição da aquisição direta pelo Banco Central de títulos emitidos pelo Tesouro. Em 2000, foi sancionada a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF ou LCP 101/2000), que consolida uma mudança no Pacto Federativo brasileiro, com enxugamento e redução da capacidade de atuação do Estado, principalmente no âmbito subnacional, impondo uma reorientação para o “equilíbrio fiscal” baseado em instrumentos legais, como regras rígidas de despesa com pessoal, limite de endividamento e metas de resultados fiscais, em especial, o resultado primário. Finalmente, na contramão do aumento da flexibilidade das regras fiscais que ocorria no mundo, em 2016, foi aprovada uma nova regra fiscal, ainda mais rígida do que as anteriores. A emenda constitucional (EC) do “teto de gastos”, EC 95/2016, impõe a redução gradativa da atuação do Estado (ROSSI; DWECK, 2016), ao limitar a correção das despesas primárias federais à inflação passada.

2.1 Suspensão temporária das regras durante o estado de calamidade

Em meados de março, quando gestores subnacionais passaram a determinar de forma descentralizada a adoção de medidas de restrição à circulação de pessoas e às atividades econômicas, o governo federal ainda estava diante de um possível contingenciamento das despesas federais. As estimativas naquele momento já apontavam para a necessidade de um corte de R\$ 40 bilhões⁶ nas despesas discricionárias. Esse é um exemplo típico do caráter pró-cíclico da regra de resultado primário da LRF, pois, diante da queda da arrecadação decorrente da desaceleração econômica, o governo é “obrigado” a cortar despesas, aprofundando a desaceleração econômica. A solução encontrada pelo governo foi utilizar uma das cláusulas de escape previstas no artigo 65 da LRF e pedir ao Congresso o reconhecimento da situação de calamidade pública.

Entretanto, mesmo com a suspensão da necessidade de cumprir o resultado primário, a possibilidade de expansão dos gastos ainda esbarrava em outras duas regras fiscais. Em especial, o orçamento de 2020 já havia sido aprovado no limite do “teto de gastos”, sem margem para ampliação das despesas primárias e com a necessidade de

6. Disponível em: <<https://valorinveste.globo.com/mercados/brasil-e-politica/noticia/2020/03/18/guedes-contin-genciamento-seria-de-r-40-bi-sem-declarar-estado-de-calamidade.ghtml>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

uma flexibilização da “Regra de Ouro”, por meio da aprovação pelo Congresso de uma autorização orçamentária para a emissão de R\$ 350 bilhões de dívida para cobrir despesas correntes. Não por acaso, as primeiras medidas anunciadas pelo governo federal, ainda em março, não previam qualquer ampliação do orçamento federal, apenas antecipação ou remanejamento do orçamento aprovado.

Cada vez tornava-se mais claro que grande parte da população brasileira não teria o “direito ao isolamento”, pois perderia completamente a renda e não teria como sustentar suas famílias. Empresas e entes subnacionais também se viam diante de uma súbita redução de fluxo de caixa e de arrecadação, comprometendo, respectivamente, as suas capacidades de manter o pagamento de seus trabalhadores e de prover os serviços públicos à população.

Diante desse quadro, só o governo federal seria capaz de ampliar os recursos para o enfrentamento da pandemia e mitigar os efeitos com medidas compensatórias necessárias, como a transferência de renda à população (auxílio emergencial e seguro-desemprego), a expansão de crédito subsidiado às empresas, a garantia de repasses maiores aos entes subnacionais e a manutenção de parcela dos salários dos empregados formais.

Para fazer frente a esse desafio, utilizou-se uma das únicas cláusulas de escape da EC 95/2016, que retira da base de cálculo do teto os créditos extraordinários, e todo o orçamento relacionado à pandemia passou a ser executado diretamente por esses créditos. Ainda assim, as medidas necessárias ao enfrentamento da pandemia foram sendo tomadas muito lentamente, como demonstraremos a seguir. Apenas em 7 de maio foi promulgada a EC 106/2020 que afastou de forma definitiva a Regra de Ouro e outros limitadores da LRF para todos os entes da federação, enquanto durar a situação de calamidade.

Cabe ressaltar que, no caso do teto de gastos, ao contrário das outras duas regras, não houve uma suspensão de sua vigência. Ao contrário, apenas as despesas diretamente ligadas à pandemia estão sendo executadas por meio de créditos extraordinários, ao passo que as demais despesas continuam sujeitas ao teto.

Diante da pandemia de Covid-19, portanto, houve um consenso quanto à flexibilização temporária das regras fiscais brasileiras, demonstrando que sempre houve capacidade de atuação do Estado. Conforme discutido por Bastos, Martins e Dweck (2020, p. 10), não há qualquer dificuldade para o governo federal se financiar nesse momento, mesmo com as previsões de forte ampliação do indicador de endividamento público federal.

2.2 O desfinanciamento do SUS no período 2018-2020

Há uma vasta literatura sobre o subfinanciamento histórico do SUS desde sua implantação (DAIN, 2001, 2007; DAIN; CASTRO, 2016; MENDES; MARQUES, 2009; PIOLA *et al.*, 2013). No entanto, essa trajetória foi agravada com a aprovação da EC 95/2016, que congelou o piso constitucional em ações e serviços públicos de saúde (Asps) durante os vinte anos de vigência do teto de gastos. Desde 2018, o governo federal tem a obrigação de aplicar em Asps o valor mínimo de 2017 corrigido apenas pela inflação anterior. A tabela 1 demonstra o valor estimado das perdas⁷ para Asps entre 2018 e 2020, cujo montante total, de acordo com os parâmetros considerados para o cálculo,⁸ é de R\$ 22,5 bilhões, conforme apontando por Moretti *et al.* (2020).

Portanto, a EC 95 congelou o piso de aplicação em 15% da RCL de 2017, atualizando os valores pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de 12 meses, acumulados até junho do mês que antecede o exercício orçamentário em questão. Em 2017, a despesa com saúde correspondeu a 15,8% da RCL, superior ao mínimo, tendo caído para 13,5% da RCL em 2019. Destaca-se o efeito, já no curto prazo, das regras de gasto sobre a saúde. Do ponto de vista estrutural, é provável que o desfinanciamento implique comprometimento de ações e até dos pilares constitucionais do SUS, já que, até 2036, estima-se que o congelamento do piso de aplicação pela EC 95 pode levar o gasto do setor a menos de 10% da RCL (ROSSI; DWECK, 2016, p. 2). Ademais, ao fim do Novo Regime Fiscal, os gastos federais de saúde podem representar cerca de 30% dos gastos totais do setor, sendo que, em 2000, respondiam por quase 60% (SOTER; MORETTI, 2016).

7. Como se sabe, uma maneira de medir o impacto da EC 95/2016 sobre o financiamento federal do SUS é cotejar o piso de aplicação congelado nos valores de 2017 (15% da receita corrente líquida - RCL) com os valores empenhados em ações e serviços públicos de saúde. A lógica é demonstrar que, caso vigorasse o mínimo constitucional anterior ao congelamento pela EC 95 (nos termos da EC 86/2015), entre 2018 e 2020, o SUS deveria ter alocação superior à efetivamente observada. Para tanto, são utilizados dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento - Siop (para aplicação dos recursos orçamentários) e do Tesouro Nacional (para RCL).

8. Entre 2018 e 2019, são considerados os valores empenhados, comparados ao piso vigente anteriormente ao congelamento pela EC 95. Para 2020, são utilizados os valores da LOA, nos termos aprovados pelo Congresso Nacional, comparados à RCL prevista na LOA. Aqui vale uma consideração: o ano de 2020, diante da crise sanitária e econômica, é marcado por forte incerteza do ponto de vista econômico e fiscal. Do lado das despesas, houve ampliação do orçamento por meio de créditos extraordinários. Do lado da receita, espera-se queda da arrecadação. Portanto, em relação a 2020, o importante é registrar, no cenário pré-pandemia (quando da aprovação da LOA pelo Congresso Nacional), os efeitos esperados sobre os gastos do SUS em função do congelamento do piso de aplicação. Os gastos extraordinários em face à pandemia serão tratados nos próximos tópicos.

Tabela 1 | Despesas em ações e serviços públicos de saúde (Asps) – R\$ bilhões

Ano	Despesas ASPs - A*	RCL B**	EC 86 (15% da RCL) C	Perdas (C - A)
2018	116,82	805,35	120,80	3,98
2019	122,27	905,66	135,85	13,58
2020	125,23	868,00	130,20	4,97
TOTAL	364,33	2.579,01	386,85	22,53

Fontes: *Siop, para 2018 e 2019, empenho; para 2020, LOA. Não considera recursos de *royalties* do pré-sal e reposição de restos a pagar. Considera valores condicionados à regra de ouro. ** STN (2018 e 2019) e Relatório final da LOA (2020).

Convém assinalar que, além da redução de valores aplicados como proporção da RCL,⁹ é crescente o comprometimento do orçamento da saúde com despesas alocadas pelo Parlamento, segundo uma lógica, portanto, mais inclinada à relação entre parlamentar e sua base eleitoral do que aos critérios de distribuição de recursos no âmbito do SUS. Entre tais recursos, destacam-se as emendas impositivas (individuais e de bancada), as emendas não impositivas (especialmente, as de relator) e os recursos discricionários, que não aparecem como emendas, mas são alocados conforme definição parlamentar (com destaque para os recursos de incremento do custeio da atenção básica e da média e alta complexidade). Em 2019, as emendas impositivas e os referidos recursos de incremento do custeio de saúde totalizaram R\$ 12,3 bilhões, correspondendo a 10% do orçamento empenhado de Asps. Desse total, as emendas impositivas tiveram execução de R\$ 6,7 bilhões, crescimento nominal de 130% em relação a 2014 (R\$ 2,9 bilhões).

Na medida em que são classificados como ações e serviços públicos de saúde, nos termos da LC nº 141/2012, os valores de emendas são contabilizados para fins de apuração dos valores mínimos obrigatórios do setor. Nesse sentido, agrava-se a situação do financiamento da saúde nos últimos anos, já que parcela do orçamento vem sendo aplicada por meio de indicações parlamentares, que tendem a não contemplar um conjunto de regiões e setores da saúde, como, por exemplo, o próprio Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

9. Não é possível tratar em detalhes do tema neste artigo, mas também houve redução dos recursos federais de saúde em termos reais *per capita* entre 2017 e 2019.

2.3 Efeitos sobre o financiamento do SUS da retomada das regras fiscais

Conforme discutido anteriormente, durante a pandemia, as regras de gasto (meta de resultado primário, regra de ouro e teto de gasto) não constituem restrições à ampliação das despesas primárias direcionadas à pandemia. Em consequência, percebe-se a ampliação dos gastos públicos durante o estado de calamidade, constituindo uma espécie de efeito demonstração de que as restrições ao gasto público não decorrem de uma falta de recursos. Os impedimentos às despesas públicas derivam das regras fiscais restritivas, suspensas ou não observadas durante a pandemia. Por outro lado, nos termos da EC 106/2020, a suspensão parcial das regras fiscais só vigorará até dezembro de 2020.

Para estimar o impacto sobre o SUS da retomada das regras fiscais em 2021, importa considerar os valores adicionais autorizados para gastos em Asps em função da pandemia. A LOA foi aprovada com previsão de R\$ 125,2 bilhões para Asps. Em razão dos créditos extraordinários editados durante o estado de calamidade, a despesa com Asps passou a R\$ 161,2 bilhões, ampliação de R\$ 36 bilhões em relação aos valores aprovados na LOA, até 8 de agosto de 2020. Com o projeto de orçamento de Asps para 2021 no patamar do piso congelado da EC 95/2016, o gasto federal estimado com o SUS será de R\$ 123,8 bilhões, resultando em uma perda de R\$ 37,4 bilhões.¹⁰

Pode-se objetar que, em 2021, se reduzirá a necessidade de despesas relacionadas à pandemia, todavia, a manutenção dos elevados patamares de casos de Covid-19, a demanda represada por serviços de saúde (como os diversos procedimentos que deixaram de ocorrer durante a pandemia) e o aumento do desemprego, que impactará o acesso à saúde suplementar, constituirão forte pressão sobre a rede pública. Anteriormente à pandemia, cerca de $\frac{3}{4}$ da população dependia exclusivamente do SUS para ter acesso à saúde, percentual que tende a aumentar em decorrência da crise econômica em curso.

Ademais, há que se ressaltar a pressão sobre o SUS de fatores estruturais, como o subfinanciamento crônico, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a incorporação tecnológica, a inflação de saúde superior ao IPCA, entre outros fatores. Portanto, a retomada do congelamento do piso de aplicação do SUS terá impacto negativo sobre o financiamento e a capacidade de prestação de serviços de saúde.

10. Esse cálculo compara os valores autorizados em 2020, até 8 de agosto, com o piso da EC 95 para 2021, considerando o IPCA de julho de 2019 a junho de 2020 de 2,13%

A forte oscilação orçamentária, considerando valores aprovados na Lei Orçamentária de 2020, créditos orçamentários relativos à pandemia e o piso congelado de 2021, aponta para o efeito estrutural das regras fiscais, especialmente a EC 95, sobre o orçamento da saúde. As restrições se tornam mais agudas na medida em que se aplicam a um setor com subfinanciamento crônico e pressões estruturais de custos.

2.4 Como as regras e classificações orçamentárias afetam o financiamento do SUS

Conforme demonstrado, o congelamento do piso de aplicação do SUS pela EC 95 retirou R\$ 22,5 bilhões do SUS entre 2018 e 2020. Em 2021, diante da forte restrição decorrente da EC 95, o orçamento da saúde foi encaminhado pelo Executivo no piso definido pela emenda. Pode-se argumentar que o Congresso Nacional está apto a ampliar as despesas do SUS; no entanto, há espaço restrito para esse aumento, dado pelo teto. Mesmo que a arrecadação tenha comportamento melhor do que o previsto, não haverá aumento do gasto, já que o teto impõe um limite à despesa.

Em 2021, dada a meta de resultado primário, se houver frustração de arrecadação, a despesa primária será contingenciada, ficando aquém do teto. Isto é, a combinação das regras fiscais – teto de gasto e meta de resultado primário – produz forte impacto sobre o SUS, restringindo seu financiamento para além do mínimo já reduzido pela EC 95. Nos últimos anos, o Executivo tem enviado a proposta orçamentária da saúde em torno do piso. Além disso, o Poder Executivo vem encaminhando o Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa) ao Congresso com despesas condicionadas à aprovação de Projeto de Lei de Crédito pelo Congresso com vistas à realização de despesas correntes acima do limite definido pela Regra de Ouro. Em 2020, o Ploa chegou a prever mais de R\$ 30 bilhões do SUS condicionados, o que foi alterado pelo Congresso durante a tramitação do orçamento.

As regras fiscais brasileiras estão assentadas em classificações orçamentárias que não levam em consideração o impacto das despesas para a sociedade, seja em termos da provisão de bens públicos, da redução da desigualdade, ou mesmo do estímulo à atividade econômica e ao desenvolvimento produtivo e tecnológico. Em particular, as regras de superávit primário e o teto de gastos, privilegiam despesas financeiras em

detrimento das despesas primárias, uma vez que impõem restrições apenas às últimas. Já a Regra de Ouro, reforça uma falsa dicotomia entre despesas correntes e de capital. Portanto, as classificações orçamentárias das despesas públicas reforçam as restrições das regras fiscais sobre o financiamento da saúde.

Convém lembrar que as despesas com Asps são majoritariamente primárias e correntes. Em 2014, segundo dados do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop), os investimentos já chegaram a representar mais de 5% do orçamento do setor; porém, em 2019, representavam 3% dos valores aplicados em saúde. Ao mesmo tempo, do ponto de vista estrutural, as despesas com saúde são essenciais ao desenvolvimento produtivo e social de um país desigual que precisa se adaptar a uma transição demográfica acelerada.

Em suma, as regras fiscais vigentes têm efeitos estruturais sobre a economia e a sociedade, pois não classificam as despesas de acordo com seus impactos potenciais, não apenas em termos de garantia de direitos sociais, mas de efeitos econômicos (balança comercial, indução do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, geração de empregos e renda, incorporação de tecnologia, entre outros). Elas restringem gastos que podem, inclusive, ter impacto positivo sobre a dinâmica econômica, contribuindo sobremaneira com as contas públicas. Uma classificação de despesas mais elaborada deveria segregar as despesas de acordo com seus efeitos potenciais econômicos, sociais e ambientais, prevendo-se, no regime fiscal, regramentos distintos para expansão real da despesa de acordo com tais efeitos. Dessa maneira, as regras fiscais poderiam constituir instrumentos de Estado mais adequados para incidir sobre as desigualdades sociais, mas também sobre os gargalos estruturais da base produtiva e tecnológica do SUS, sem perder de vista a sustentabilidade fiscal.

2.5 Baixa execução orçamentária e financeira do orçamento da saúde para enfrentamento da pandemia

Conforme já apontado, houve ampliação da previsão de gastos do SUS em 2020 de R\$ 36 bilhões. A rubrica de enfrentamento da pandemia no âmbito do Ministério da Saúde (MS) tem orçamento de R\$ 41,2 bilhões, pois mais de R\$ 5 bilhões decorrem de remanejamento interno ao Ministério da Saúde. A tabela 2 mostra a dispo-

nibilidade dos recursos por modalidade de aplicação, apontando uma lenta execução dos valores, apesar do rápido avanço do número de notificações de casos e óbitos relacionados à Covid-19. Percebe-se que os valores pagos até 10 de agosto de 2020 correspondem a menos de 50% do valor autorizado. As transferências aos demais entes tiveram execução de 53% dos valores autorizados e, em relação às compras centralizadas no Ministério da Saúde (respiradores, testes, equipamentos de proteção individual, entre outros), os valores pagos correspondem a 25% do orçamento previsto. Diante da lentidão na liberação de recursos, no dia 2 de julho de 2020, o CNS recomendou a adoção de medidas corretivas urgentes que promovessem a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com a celeridade requerida pela emergência sanitária causada pela Covid-19 no Brasil.¹¹ Vale lembrar que, até meados de julho, a execução da ação ainda se encontrava em cerca de 30% dos valores autorizados.

Tabela 2 | Enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (R\$ bilhões) – MS

Modalidade de aplicação	LOA	Empenhado	Pago	Saldo a empenhar	Saldo a pagar
Transferências a entes	31,68	21,21	16,80	10,47	14,89
Aplicações diretas	9,00	4,25	2,22	4,76	6,78
Transferências ao exterior	0,43	0,43	0,43	-	-
Outras*	0,11	0,11	0,03	0,00	0,08
TOTAL	41,23	26,00	19,48	15,23	21,75

Fonte: Siop. Consulta em 10 ago. 2020. *Aplicação direta decorrente de operações entre órgãos, transferências a instituições privadas sem fins lucrativos e a definir.

A baixa execução da ação de enfrentamento da pandemia demonstra a necessidade de rediscutir o equilíbrio federativo do SUS. Os entes subnacionais têm a gestão direta das redes de saúde, mas não dispõem de instrumentos fiscais para ampliar o financiamento de suas ações, conforme será destacado a seguir.

11. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1256-recomendacao-n-049-de-02-de-julho-de-2020>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

3. A questão federativa – os limites da ação subnacional

A questão federativa constitui uma dimensão fundamental para se pensar o papel do Estado, especificamente na sua atuação como indutor de diretrizes para a gestão e como distribuidor dos recursos no financiamento dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Com a descentralização fiscal após a Constituição de 1988 e a ampliação das prerrogativas dos entes federativos na oferta de serviços de saúde, a limitação da capacidade de financiamento geral dos estados e municípios gerou constrangimentos e desequilíbrios federativos, dificultando a redução das desigualdades nas condições de financiamento dos estados e municípios brasileiros (LIMA, 2008).

Nesse contexto federativo, uma questão estrutural relevante é a dependência dos estados e municípios das transferências federais para a saúde, diante desse constrangimento na capacidade de arrecadação própria. A pandemia ilustrou sobremaneira essa questão estrutural ao expor claramente as fragilidades existentes, das quais destacamos o repasse de recursos extraordinários e a execução do orçamento da pandemia e sua relação com as notificações dos casos de óbitos por Covid-19.

Dada a importância dos estados e municípios na oferta direta de serviços de saúde, os entes subnacionais assumiram a linha de frente no enfrentamento à pandemia. Com o risco iminente do colapso dos seus sistemas de saúde, as autoridades locais passaram a adotar medidas de isolamento social de forma a suavizar a curva de contágio e permitir algum planejamento para ampliar a oferta de serviços e evitar o caos social.

Contudo, os entes subnacionais não possuem os meios necessários para financiar a expansão do serviço de saúde ou para sustentar as medidas sanitárias para enfrentamento da pandemia como, por exemplo, a garantia de renda para a população atingida pela redução da atividade econômica.

Conforme discutido acima, durante a pandemia, o governo federal retirou as amarras artificiais que impediam a sua atuação para mitigar os efeitos da crise econômica. Além disso, o governo central possui instrumentos importantes, típicos de Estados nacionais que emitem dívida soberana, que o permite ampliar suas despesas independentemente da sua capacidade efetiva de arrecadação. O governo federal é o emissor da moeda nacional e de títulos de dívida pública de ampla aceitação. No entanto, o mesmo não é possível para unidades subnacionais.

Conforme discutido em Dweck *et al.* (2020), frente à queda substancial das receitas, o federalismo fiscal brasileiro força as unidades subnacionais a cortar despesas – o que tem como consequência, além da redução da prestação de serviços públicos à população em um momento crítico, a retração ainda maior da demanda agregada, com impactos locais e regionais particularmente dramáticos.

3.1 O repasse dos recursos extraordinários

Em Dweck *et al.* (2020), discute-se que, por pressão dos entes subnacionais que recorreram até ao Supremo para conseguir algum alívio financeiro, o governo federal resolveu anunciar um pacote de apoio aos estados em resposta à crise do novo coronavírus. Inicialmente, o governo tentou retomar o chamado “Plano Mansueto”, mas com diversas exigências de contrapartidas que só agravariam a situação econômica dos entes subnacionais.

Após intensa discussão no Parlamento, o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus Sars-COV-2 foi sancionado em 27 de maio de 2020, quando já havia mais de sessenta dias do início das medidas de isolamento social. Em linhas gerais, o projeto propõe: a) suspender o pagamento das dívidas que estados, DF e municípios tenham com a União; b) reestruturar as operações de crédito que estados, DF e municípios tenham contraído junto ao sistema financeiro e instituições multilaterais de crédito; e c) repassar recursos da União, na forma de auxílio financeiro, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, no exercício de 2020, e em ações de enfrentamento ao coronavírus Sars-COV-2.

Além disso, o projeto também prevê a suspensão da execução das garantias pela União em caso de inadimplemento dos entes e dispensa estados, DF e municípios de cumprir algumas regras da LRF, além de outras leis, tais como o atingimento dos resultados fiscais e a limitação de empenho prevista no artigo 9º da LRF, e afastar quaisquer limitações e condições legais ou infralegais para a realização e o recebimento de transferências voluntárias.

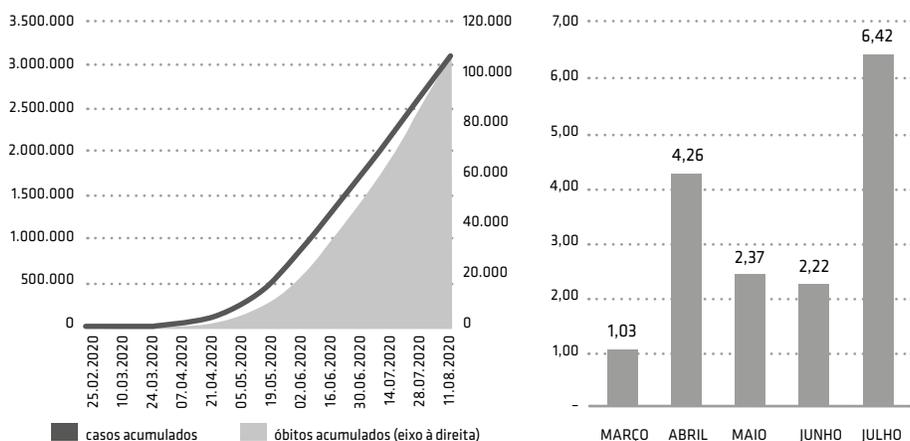
Como contrapartida, o projeto impôs uma série de proibições aos entes até o final de 2021, das quais se destacam o reajuste de salário e progressões de servidores públicos, a realização de concurso público, a criação de despesa obrigatória de caráter continuado e a adoção de qualquer medida que implique reajuste de despesa obrigatória acima da variação da inflação. Além disso, a lei complementar exige que estados e municípios desistam de eventuais ações judiciais relacionadas à pandemia movidas contra a União.

A aprovação do programa garantiu recursos totais no valor de R\$ 120,2 bilhões aos entes federados por meio de repasses diretos (R\$ 60,15 bilhões em quatro parcelas) e renegociação de dívidas com a União, os bancos públicos e os organismos internacionais (R\$ 60,05 bilhões).¹² A primeira parcela de socorro federal a estados e municípios foi repassada no dia 9 de junho, no valor de R\$ 15 bilhões, sendo R\$ 9,25 bilhões para os estados, R\$ 5,7 bilhões para os municípios e R\$ 38,6 milhões para o Distrito Federal. O auxílio financeiro é para compensar a perda de arrecadação e garantir ações de saúde e assistência social.

3.2 Execução do orçamento da pandemia e as notificações

A lentidão na resposta aos entes subnacionais e na garantia das medidas necessárias para o direito ao isolamento afetou a capacidade de se manter níveis altos de isolamento social. O nível mais alto foi atingido na segunda quinzena de março, logo quando as medidas começaram a ser adotadas. Desde então, a despeito de diferenças locais, o índice médio de isolamento social no Brasil só declinou.

Gráfico 1 | Casos e óbitos acumulados - Covid 19 e transferências de saúde aos entes - Covid 19 (R\$ bilhões)



Fontes: Ministério da Saúde (gráfico à esquerda) e SigaBrasil (gráfico à direita). Consulta em 11 ago. 2020.

12. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/financas-impostos-e-gestao-publica/2020/06/estados-municipios-e-df-recebem-1a-parcela-de-auxilio-do-governo-federal>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

Um aspecto que chama atenção, como pode ser visto no Gráfico 1, é o fato de que, enquanto se discutia o programa de auxílio, houve redução da transferência a entes de recursos do Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia entre abril e maio, apesar da aceleração da notificação de casos e óbitos relacionados à Covid-19 nesse mesmo período.

4. Relações público-privadas na saúde

As relações público-privadas na saúde consistem em outra dimensão importante dos gargalos estruturais do SUS e é onde o papel regulatório do Estado se faz fundamental para a superação dos obstáculos.

Cabe ressaltar que, para além do subfinanciamento e da descentralização dos serviços, como já apontado, o SUS tem parcela substantiva de seus procedimentos, sobretudo na média e alta complexidade, sob responsabilidade do setor privado, o que confere ao sistema brasileiro uma característica de sistema dual com um *mix* público-privado na oferta de serviços e equipamentos de saúde que são financiados com recursos públicos (BAHIA, 1999; 2018; NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Além disso, há o subsistema privado de saúde, presente no sistema de saúde brasileiro desde sua origem, do qual participam os seguros e planos de saúde privados, a chamada saúde complementar, e a oferta privada clássica da venda de serviços de saúde diretamente às famílias. No entanto, o acesso a esse mercado, diferente do SUS, é restrito àqueles que pagam pelos serviços com recursos do próprio bolso (*out-of-pocket*) ou via seguros e planos de saúde privados. Apesar desse caráter restrito, esse sistema também conta, parcialmente, de forma direta ou indireta, com vastos recursos públicos, em especial, por meio de isenções tributárias, tanto para pessoa física quanto jurídica (DAIN *et al.*, 2015; OCKÉ-REIS; GAMA, 2016; MELO, 2017). Cabe lembrar que um aspecto importante a se considerar é que a expansão dos serviços privados na área da saúde é parte de um jogo forte e complexo da concorrência internacional de expansão do mercado e do capital (GADELHA; TEMPORÃO, 2020; HIRATUKA; DA ROCHA; SARTI, 2016), sendo esta uma área promissora de expansão, ainda mais com a pandemia. Dessa maneira, deve ser papel do Estado garantir que essa expansão se faça na

direção da ampliação da universalidade do SUS, do fortalecimento do direito à saúde e do combate às desigualdades, ou seja, na direção do interesse público e não apenas do lucro (VIANA; ELIAS, 2007, p. 1775-1776; MELO, 2017, p. 179-183).

Nesse sentido, uma questão estrutural relevante dentro desse contexto público-privado é a dependência do SUS em relação ao setor privado na oferta de bens e serviços e do setor externo em relação aos gargalos da produção interna.

A pandemia evidenciou essa questão estrutural explicitando as fragilidades existentes das quais destacamos a dificuldade na ampliação da oferta pública do serviço e, em particular, discutiremos três pontos: a dificuldade encontrada para as compras públicas de insumos de saúde, a desigualdade na disponibilidade de leitos e a atuação dos planos de saúde.

4.1 Compras públicas

Conforme já apontado na seção 2.5, apenas 14% dos recursos para aplicação direta pelo Ministério da Saúde na ação de enfrentamento da pandemia tinham sido pagos até 10 de agosto de 2020. De modo geral, pode-se apontar, conforme indicações de gestores de saúde, alguns obstáculos às compras de insumos de saúde.

Em primeiro lugar, com a baixa execução da aquisição direta pelo Ministério da Saúde (respiradores, testes, equipamentos de proteção individuais - EPIs, entre outros), os entes tentam realizar compras com menor escala e em condições desvantajosas, tendo em vista fatores como aumento da procura em nível mundial, alta do dólar e baixa oferta interna.

Como não há produção suficiente no Brasil de diversos insumos de saúde, há a tentativa de adquiri-los no exterior. A situação emergencial enseja flexibilização de condições (como preços majorados e antecipação de recursos), o que, inclusive, foi autorizado pela Medida Provisória nº 961, de 2020. No entanto, não há segurança jurídica sobre um regime de contratação em condições emergenciais de saúde, fazendo com que gestores locais do SUS oscilem entre o risco de desabastecimento e os questionamentos de órgão de controle.

Finalmente, em relação a insumos para unidade de tratamento intensivo (UTI), verifica-se que há escassez em boa parte dos estados, conforme ofício do Conselho

Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.¹³ Foram levantadas informações de dezessete medicamentos, sendo que onze estão em situação de desabastecimento em mais da metade das secretarias estaduais que responderam o questionário. O aumento da procura está associado ao elevado número de pacientes que precisam ser intubados e do período prolongado de internação. Há restrições para a indústria nacional responder ao aumento da procura, inclusive em razão da dificuldade de importar matérias-primas e da alta do dólar. Não há regras que definam o papel da União em meio a uma emergência de saúde, especialmente voltadas à realização de compras centralizadas para suprir a maior demanda por insumos em situações específicas. Em função da maior capacidade da União, a compra centralizada ou a elaboração de atas de registro de preço para adesão dos entes seriam uma solução adequada para o abastecimento, ainda que os insumos, em situações de normalidade, não sejam de responsabilidade federal nos normativos do SUS.

A pandemia, portanto, reforçou a impropriedade das regras de aquisição no Brasil, especialmente para insumos de saúde. Vale destacar: a) a falta de segurança jurídica em relação às compras emergenciais; b) a ausência de políticas e normas para estimular a produção interna de insumos, reduzindo a dependência externa; c) a falta de estímulos a novos formatos de parceria para transferência de tecnologia a laboratórios públicos; e d) as dificuldades estruturais para os entes fazerem aquisição de insumos de saúde, tais como licitações desertas; descumprimento de exigências dos editais, como apresentação de certificados exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); preços acima do preço máximo de venda ao governo (PMVG).

4.2 A desigualdade na disponibilidade de leitos

Com o aumento na demanda por leitos para o tratamento de Covid-19 de forma concentrada, crescente e veloz, tanto no SUS como no sistema privado de saúde, foi necessária a ampliação da oferta. Mais uma vez, ficou nítida a questão estrutural da dependência do SUS na oferta de leitos privados, evidenciando a desigualdade na disponibilidade e no acesso a leitos. Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de maio de 2020, havia no Brasil 446.503 leitos

13. Disponível em: <<https://escriba.camara.leg.br/escriba-servicosweb/html/59656>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

de internação, destes, 69,4% (314.725) estavam disponíveis para o atendimento universal e 30,6% (132.508), exclusivamente para os clientes de planos de saúde e particulares. Contudo, como aponta a nota técnica elaborada pelo Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde (Geps/Medicina Preventiva), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde (GPDES), do Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Iesc/UFRJ), mesmo na rede SUS, cerca de 21,5% dos leitos são de natureza privada e 64% são filantrópicos, ou seja, há uma segmentação da oferta de leitos, sendo majoritariamente de oferta privada.

Em relação apenas aos leitos de terapia intensiva, segundo a recomendação n. 26 de 2020 do Conselho Nacional de Saúde,¹⁴ utilizando os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em fevereiro de 2020, o SUS contava com 14.876 leitos adultos de terapia intensiva, enquanto 15.898 leitos de terapia intensiva eram destinados exclusivamente a pacientes particulares e beneficiários de seguros e planos de saúde. Embora $\frac{3}{4}$ da população dependa exclusivamente do SUS, a rede pública dispõe de menos da metade dos leitos de UTI. Enquanto isso, os planos privados de assistência médica contam com cerca de 47 milhões de beneficiários e ainda se valem de uma série de incentivos fiscais.

Costa e Lago (2020, p. 4) mostram que a média da disponibilidade bruta de leitos de UTI no segmento público do SUS era de 13,6 leitos de UTI por 100 mil habitantes, enquanto no setor de planos de saúde era de 62,6 por 100 mil pessoas seguradas, apresentando uma densidade média de leitos de UTI no setor de saúde suplementar 3,8 vezes superior à verificada no SUS.

Costa e Lago (2020, p. 4 e 8,) mostram também que a discrepância entre os estados é muito grande, especialmente nos estados do Maranhão, onde há 14 leitos de UTI por 100 mil habitantes SUS dependentes em contraposição a 109 leitos de UTI por 100 mil habitantes com plano de saúde, Mato Grosso (9 x 78), Pará (10 x 70), Piauí (9 x 56), Rio de Janeiro (16 x 82), Rondônia (13 x 82) e Tocantins (10 x 104) e DF (15 x 112). Em São Paulo, por exemplo, cidade mais populosa do Brasil, a densidade para SUS dependentes e pessoas com planos de saúde privados é de 21 x 43, respectivamente. Os au-

14. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020>>. Acesso em: 5 jul. 2020.

tores ainda revelam que 68% da população brasileira residia em um estado que já possuía condição crítica de disponibilidade de leitos de UTI em dezembro de 2019, considerando parâmetros “benevolentes” para a taxa de ocupação. Outro problema apontado pelos autores é a distribuição desigual concentrada em grandes capitais, deixando a população das cidades de pequeno e médio porte, assim como da periferia das áreas metropolitanas, com mais dificuldade para acessar UTI.

A Lei n. 13.979 de 6 de fevereiro de 2020¹⁵ já previa a requisição de bens e serviços durante a emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus, mediante a justa indenização, medida já autorizada na Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8080, de 1990). Entretanto, a requisição em saúde, utilizada por alguns entes, trouxe para o setor público a administração dessas unidades e leitos. Para contornar essa questão, alguns estados e municípios contrataram organizações sociais para fazer a administração, com implicações para a gestão e a fiscalização. Outros têm optado pela contratação emergencial e a habilitação compulsória de leitos, que ficam sujeitos à central de regulação do SUS, mas sob gestão privada.

Em março de 2020, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 568,¹⁶ alterou o valor do custeio diário dos leitos de UTI adulto e pediátrico para R\$ 1,6 mil, em caráter excepcional e exclusivo para atendimento de pacientes com Covid-19, válido durante a pandemia. Antes, o valor pago era de R\$ 800,00. Há entes que complementam esses valores, ampliando os repasses ao setor privado. Mesmo com o aumento do valor pago, dando um incentivo à rede privada, há questionamento por parte de setores da saúde suplementar, pois, se destinados exclusivamente à saúde suplementar, esses leitos poderiam obter um preço mais elevado.

Até o fim de julho de 2020, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde,¹⁷ já tinham sido habilitados pelo Ministério da Saúde mais de 11 mil leitos de UTI exclusivos para Covid-19 e Síndrome Respiratória Grave (SRAG), gerando um gasto estimado de R\$ 1,6 bilhão, a partir do custo unitário de R\$ 1.600,00/leito e 90 dias de ocupação.

15. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 5 jul. 2020.

16. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-568-de-26-de-marco-de-2020-*--251705696. Acesso em: 5 jul. 2020.

17. Disponível em: <http://www.conass.org.br/leitossrag-uti-covid-19-monitoramento-de-habilitacoes/>. Acesso em: 30 jul. 2020.

Para além da habilitação dos leitos relativos à Covid-19, a pandemia reforçou uma desigualdade estrutural tanto na oferta pública e privada como no acesso aos serviços de saúde.¹⁸ Nesse sentido, a rediscussão das relações público-privadas em saúde constitui elemento essencial em uma agenda estrutural de redução de desigualdades e construção de uma base produtiva e tecnológica para assegurar o direito universal à saúde.

4.3 A atuação dos planos de saúde

Diante das desigualdades na oferta e no acesso a leitos, a pandemia demonstrou a necessidade de discutir o papel das operadoras de planos de saúde, como, por exemplo, na discussão suscitada pela proposta de criação de uma fila ou lista única para atendimento em hospitais públicos e nos hospitais privados.

De acordo com a proposta, divulgada em Nota Técnica de 1 de abril de 2020, elaborada pelos grupos Geps/Medicina Preventiva da FMUSP e GPDES/Iesc/UFRJ e também pelo Manifesto Leitos para Todos + Vidas Iguais,¹⁹ deveria haver uma fila única para acesso aos leitos públicos e privados de internações e de UTIs com regulação central feita pelo setor público. Essa fila levaria em conta o direito ao acesso de acordo com a necessidade do uso e não a capacidade de pagamento. Apesar de propostas legislativas sobre a questão, até início de agosto ainda não havia sido aprovado pelo Congresso qualquer projeto nesse sentido. Com a segmentação das filas, a taxa de letalidade nos leitos públicos chega a ser o dobro da de leitos privados, não pela qualidade diferenciada do serviço, mas pela maior espera no caso dos leitos disponíveis ao SUS.²⁰

Ainda assim, mesmo sem um plano de ação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para o enfrentamento da Covid-19, algumas medidas foram tomadas em relação ao setor de saúde suplementar, que envolvem desde a ajuda financeira direta ao setor, por meio de saques do Fundo Garantidor, como também a con-

18. Sobre a relação entre pandemia e desigualdades no Brasil, ver Silva *et al.* (2020).

19. Disponível em: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe_JGVuXVU75Tt3A9gxDEhYp66ajvxWnwthPyB-33V7QNhdqda/viewform. Acesso em: 5 jul. 2020.

20. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/21/mortalidade-em-utis-publicas-para-covid-19-e-o-dobro-de-hospitais-privados.htm>. Acesso em: 5 jul. 2020.

cessão de créditos, empréstimos, repasses e subsídios governamentais. Quatro tipos de medidas foram tomadas até 31 de março de 2020 (GEPS; GPDES, 2020, p. 3-4): 1) a flexibilização de saques autorizados ao Fundo Garantidor dos planos de saúde; 2) as linhas de crédito, repasses e subsídios governamentais ao setor privado da saúde; 3) a racionalização do fluxo assistencial dos planos de saúde, visando economia de recursos e; 4) os apontamentos sobre possíveis repercussões da epidemia em inadimplências, rescisões de contratos, mensalidades e reajustes futuros dos planos de saúde.

Em março de 2020 foi autorizado aos planos de saúde mobilizar até 20% do Fundo Garantidor (uma reserva formada por ativos dos próprios planos de saúde para cobrir casos de insolvência), com o objetivo de facilitar o investimento na ampliação de leitos e de unidades ambulatoriais a pacientes de coronavírus. No entanto, diante das contrapartidas, como a manutenção do atendimento a inadimplentes, diversas operadoras resistiram a assinar o termo de compromisso para acessar os recursos. Cabe destacar, conforme nota técnica do Geps, que não havia clareza sobre os instrumentos e regras de aprovação e fiscalização dos saques ao fundo sobre os mecanismos para prevenção e eventual punição do uso indevido relacionado à pandemia.

Há também um programa de financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) com orçamento de até R\$ 2 bilhões destinado à ampliação imediata da oferta de leitos emergenciais, bem como de materiais e equipamentos médicos e hospitalares. O BNDES diz que “empresas de outros setores que buscam converter suas produções em equipamentos e insumos para a saúde também serão contempladas”.²¹ E a Caixa Econômica Federal (CEF) também lançou uma linha de crédito com recursos adicionais de cerca de R\$ 2 bilhões para santas casas e hospitais filantrópicos.

Assim, as medidas e discussões apontam que é preciso haver mais clareza e transparência na regulação da ANS e nas medidas legislativas em definir como os planos de saúde podem contribuir e qual a natureza da sua participação na pandemia. Diante dos efeitos econômicos da crise sanitária, a saúde suplementar, que conta com incentivos fiscais relevantes, deveria ter papel mais ativo em retirar, em parte, as pressões sobre a rede pública, tendo em vista a perda de renda, o desemprego e a maior deman-

21. Disponível em: <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/financiamento/produto/programa-apoio-emergencial-coronavirus>. Acesso em: 5 jul. 2020.

da por saúde. Esses pontos revelam uma questão estrutural importante que precisa ser debatida e que deveria apontar para a participação mais cooperativa e integrada da saúde suplementar em relação ao SUS.

5. Considerações finais

Ao longo deste artigo procuramos discutir como os elementos conjunturais trazidos pela pandemia de Covid-19 reforçam questões estruturais da dinâmica econômica, produtiva e tecnológica do CEIS que interferem na sustentabilidade do SUS. Em linhas gerais, destacamos os seguintes pontos: os limites artificiais à atuação do Estado; o efeito das regras fiscais sobre o financiamento do SUS antes, durante e após a pandemia; o subfinanciamento histórico e desfinanciamento recente do SUS; a dificuldade da execução de recursos extraordinários diante das regras de controle; a inadequação das classificações orçamentárias para captar a importância do CEIS e garantir o seu financiamento de forma mais perene; os limites da ação subnacional dentro do contexto do federalismo fiscal e da saúde; as impropriedades das regras de aquisição no Brasil, especialmente para insumos de saúde, e a dificuldade de indução produtiva e tecnológica; a desigualdade na oferta de leitos do SUS x saúde suplementar; os problemas de regulação da saúde suplementar e a competição por recursos com o SUS.

Esse conjunto de aspectos aponta para a necessidade de uma agenda estrutural de mudanças que abranja relações federativas no SUS, regras fiscais, orçamentárias e de aquisição de produtos estratégicos de saúde. Tais mudanças visam fortalecer o SUS, reduzir desigualdades no acesso à saúde e induzir a organização do complexo econômico e industrial do setor, em sintonia com o direito à saúde e as mudanças tecnológicas em curso.

Em relação ao financiamento da saúde pública, sob uma perspectiva estrutural, destaca-se a questão das regras de gasto no Brasil. Foi visto que a ampliação de despesas para enfrentamento da pandemia requereu suspensão das regras fiscais ou a autorização de gastos não contabilizados no teto, por meio de créditos extraordinários. Isto é, o subfinanciamento crônico do SUS (e recente desfinanciamento, com a EC 95) não é explicado pela falta de recursos, mas por regras de gasto que impõem limites à atuação do Estado.

Com o fim do estado de calamidade, a retomada de tais regras terá implicações conjunturais (dado o aumento da demanda por saúde e o papel do setor na retomada da economia), tanto que já se discutem mudanças pontuais que permitam, no curto prazo, a ampliação dos gastos primários. No entanto, é preciso rever estruturalmente as regras de gastos, já que elas constituem um obstáculo ao financiamento do SUS e ao enfrentamento das vulnerabilidades do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

O financiamento adequado do SUS, visando especialmente à indução do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, demanda a transição para um modelo mais flexível, que não imponha a redução de serviços públicos e no qual os gastos redistributivos e com forte efeito multiplicador sejam preservados diante da frustração de arrecadação. As mudanças necessárias devem se estender às regras orçamentárias, mediante novas classificações que, particularmente, induzam gastos capazes de alterar a base produtiva e tecnológica do SUS, gerar renda e emprego e garantir a disponibilidade interna de produtos estratégicos de saúde.

Na dimensão federativa, uma questão estrutural relevante é a arquitetura institucional fiscal que delega aos entes subnacionais a oferta de diversos serviços públicos, em especial os de saúde, sem a garantia de recursos suficientes e de instrumentos para contornar uma forte queda da arrecadação. Nesse sentido, o federalismo fiscal brasileiro é marcado por uma forte dependência dos estados e municípios das transferências federais, tanto a repartição de receitas quanto aquelas voltadas para objetivos específicos como saúde e educação. O constrangimento imposto pelas regras fiscais à União afeta diretamente essas transferências, aumentando a dependência da capacidade de arrecadação própria dos entes federados. No entanto, estes não têm qualquer instrumento para contornar mudanças cíclicas na arrecadação, muito menos compensar a redução da participação da União no financiamento do Estado de Bem-Estar Social. A pandemia ilustrou sobremaneira essa questão estrutural ao expor claramente as fragilidades existentes, das quais destacamos o repasse de recursos extraordinários e a execução do orçamento da pandemia e sua relação com as notificações dos casos de óbitos por Covid-19.

As relações público-privadas na saúde consistem em outra dimensão importante dos gargalos estruturais do SUS e onde o papel regulatório do Estado se faz fundamental para a superação dos obstáculos. Para além do subfinanciamento crônico, há um *mix* público-privado na oferta de serviços e equipamentos de saúde que são finan-

ciados com recursos públicos e um subsistema privado de saúde, com a oferta privada clássica da venda de serviços de saúde diretamente às famílias que pagam pelo serviço, mas que desfruta também de recursos públicos.

Portanto, uma questão estrutural relevante, dentro desse contexto das relações público-privadas, é a dependência do SUS do setor privado na oferta de bens e serviços e do setor externo para com os gargalos da produção interna. A pandemia evidenciou essa questão estrutural explicitada neste artigo na dificuldade na ampliação da oferta pública do serviço e, em particular, discutimos três pontos: a dificuldade encontrada para as compras públicas de equipamentos e insumos de saúde, a desigualdade na disponibilidade de leitos entre o SUS e a saúde suplementar e a atuação dos planos de saúde em relação à pandemia.

Enfim, o enfrentamento dos efeitos econômicos e sociais da pandemia não deve se esgotar na flexibilização de regras no curto prazo. É cada vez mais urgente a construção de uma agenda que responda aos desafios do SUS e às vulnerabilidades do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, num contexto de demanda crescente por serviços de saúde e mudanças tecnológicas. É preciso, então, repensar a arquitetura institucional das finanças públicas para dar sustentação ao Estado de Bem-Estar do século XXI, considerando as transformações sociais, econômicas e tecnológicas em curso.

Referências

- BAHIA, L. *Mudanças e padrões das relações público-privadas: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00067218, abr. 2018.
- BASTOS, C.; MARTINS, N.; DWECK, E. Taxa de juros zero: impactos e limites. (Preprint). *Nota de Política Econômica*. GESP/IE/UFRJ, Rio de Janeiro, abr. 2010. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.25216.66567>. Acesso em: 2 jul. 2020.
- COSTA, N. R.; LAGO, M. J. *A disponibilidade de leitos em unidade de tratamento intensivo no SUS e nos planos de saúde diante da epidemia da Covid-19 no Brasil*. (Nota Técnica). Publicado em: 19 mar. 2020. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/a92729d3ea-e11d7fe26e4f4bd9a663c16f13a410.PDF>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

- DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, v. 10, n. 2, p. 113-140, 2001.
- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, nov. 2007.
- DAIN, S. et al. *Regime fiscal dos estabelecimentos e empresas de planos e seguros privados de saúde: legislação fiscal, mensuração dos gastos tributários, relações com a política fiscal, impactos sobre a equidade e relações com a regulação*. (Relatório Final) - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Publicado em: nov. 2015. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/12/relatorio-final-0-Regime-Fiscal-Planos-Privados.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.
- DAIN, S.; CASTRO, K. P. Alternativas para o financiamento da saúde pela União: espaço fiscal e oportunidades para as próximas duas décadas. In: GADELHA, P. et al. (Orgs.). *Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016. p. 137-187.
- DWECK, E. et al. Por que estados e municípios precisam de auxílio em meio a pandemia. (Preprint). *Nota de Política Econômica*. GESP/IE/UFRJ, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/31Hm2yI>. Acesso em: 2 jul. 2020.
- GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, 2018.
- GEPS/GPDES. Grupo de Estudo sobre Planos de Saúde; Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empresariamento na Saúde. As empresas de planos de saúde no contexto da pandemia do coronavírus: entre a omissão e o oportunismo. (Nota Técnica). Publicada em: 1 abr. 2020. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/coronavirus-planosdesaude-pdf/>>. Acesso em: 15 jun. 2020.
- HIRATUKA, C.; DA ROCHA, M. A.; SARTI, F. Mudanças recentes no setor privado de serviços de saúde no Brasil: internacionalização e financeirização. In: GADELHA, P. et al. (Orgs.). *Brasil Saúde Amanhã: população, economia e gestão*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2016. v. 1, p. 1-220.
- LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-598, 2008.
- MELO, M. F. G. C. de. *Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro*. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2017.
- MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 841-850, 2009.
- MORETTI, B. et al. Mudar a política econômica e fortalecer o SUS para evitar o caos. *Abrasco*. (Site). Publicado em: 30 mar. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/mudar-a-politica-economica-e-fortalecer-o-sus-para-evitar-o-caos/46220/>. Acesso em: 6 jul. 2020.
- NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Gestão pública e relação público-privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 152-179.
- OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. da. *Radiografia do gasto tributário em saúde, 2003-2013*. Nota técnica, n. 19. Brasília: Ipea, 2016.

- PIOLA, S. F. *et al.* Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. *Texto para discussão*, IPEA, Brasília; Rio de Janeiro, n. 1846, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2020.
- ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00194316, 2016.
- SILVA, R.N.A. *et al.* Covid-19 in Brazil has exposed socio-economic inequalities and underfunding of its public health system. *The BMJ Opinion*. (Site). Publicado em: 19 jun. 2020. Disponível em: <<https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/19/covid-19-in-brazil-has-exposed-deeply-rooted-socio-economic-inequalities-and-chronic-underfunding-of-its-public-health-system/>>. Acesso em: 6 jul. 2020.
- SOTER, A.P.; MORETTI, B. Análise preliminar dos efeitos da vedação do crescimento real das despesas federais e o comprometimento da universalidade do SUS. *Anais do [...] Encontro Nacional de Economia da Saúde*. Salvador: ABRES, 2016.
- VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. . Saúde e desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1765-1777, nov. 2007.

