

A Gestão Recente do Sistema Único de Saúde: Financiamento Restringido

Autoria

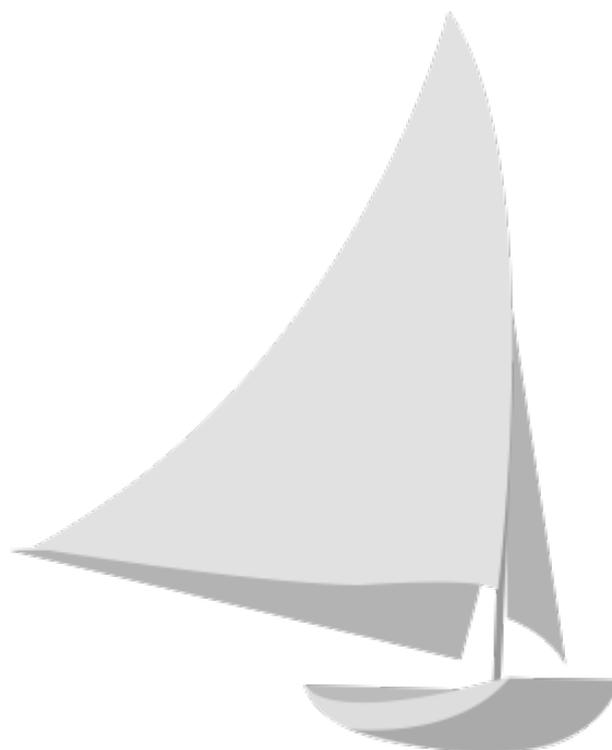
Francisco Rózsa Funcia - francisco.r.funcia@gmail.com
Prog de Pós-Grad em Admin/USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

LUIS PAULO BRESCIANI - LUIS.BRESCIANI@FGV.BR
Prog de Pós-Grad em Admin/USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Programa de Graduação em AP/FGV/EAESP - Fundação Getulio Vargas/Esc de Admin de Empresas de São Paulo

Resumo

Este artigo busca apresentar os efeitos combinados da recessão econômica (a partir de 2015) com as novas regras estabelecidas pela EC 95/2016 para os gastos federais (nova regra de cálculo do piso SUS e teto de despesas primárias) sobre o financiamento do SUS pela União, Estados (com Distrito Federal) e Municípios. Da análise dos dados no período 2011-2017, foi possível concluir que o subfinanciamento do SUS não pode ser atribuído à esfera municipal de governo, que tem aplicado efetivamente cerca de 25% da receita base de cálculo, em termos médios no Brasil, muito acima do piso de 15%. Os efeitos negativos da recessão econômica para o financiamento municipal do SUS deve inviabilizar a alocação adicional de recursos dessa esfera de governo para compensar a redução de recursos federais decorrente da EC 95/2016, o que poderá ampliar o processo de financiamento restringido do SUS para os próximos anos.





A Gestão Recente do Sistema Único de Saúde: Financiamento Restringido

Resumo

Este artigo busca apresentar os efeitos combinados da recessão econômica (a partir de 2015) com as novas regras estabelecidas pela EC 95/2016 para os gastos federais (nova regra de cálculo do piso SUS e teto de despesas primárias) sobre o financiamento do SUS pela União, Estados (com Distrito Federal) e Municípios. Da análise dos dados no período 2011-2017, foi possível concluir que o subfinanciamento do SUS não pode ser atribuído à esfera municipal de governo, que tem aplicado efetivamente cerca de 25% da receita base de cálculo, em termos médios no Brasil, muito acima do piso de 15%. Os efeitos negativos da recessão econômica para o financiamento municipal do SUS deve inviabilizar a alocação adicional de recursos dessa esfera de governo para compensar a redução de recursos federais decorrente da EC 95/2016, o que poderá ampliar o processo de financiamento restringido do SUS para os próximos anos.

Palavras-chave

Sistema Único de Saúde - SUS; Subfinanciamento; Gestão Descentralizada e Financiamento Tripartite. Gasto Público no SUS; Emenda Constitucional 95/2016 (teto de gastos).

Introdução

O presente artigo trata do financiamento da política de saúde nas três esferas de governo diante da recessão econômica (a partir de 2015) e das recentes mudanças promovidas pela Emenda Constitucional (EC) 95/2016 (a partir de 2017), tendo como objeto de estudo o Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para os efeitos combinados sobre os municípios brasileiros.

Dentre as políticas públicas da área social, a política de saúde é uma das mais relevantes. Segundo a concepção estabelecida pela Organização Mundial de Saúde - OMS (1946), há uma relação de interdisciplinaridade e intersetorialidade para a realização dos objetivos dessa política setorial, enquanto direito fundamental do ser humano, e que ultrapassa a visão reducionista da saúde como a ausência de doença. Para a OMS, saúde expressa “um estado de completo bem-estar físico, mental e social (...), sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.

A Constituição do Brasil (CF) de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com essa abordagem da OMS, considerando a saúde como um direito de cidadania a ser garantido mediante políticas públicas integradas, cujas ações são de relevância pública (artigos 196 e 197). O parágrafo 1º do artigo 198 estabeleceu que a responsabilidade pelo financiamento do SUS é tripartite (da União, dos Estados e dos Municípios) e definiu as fontes de financiamento (orçamento fiscal e orçamento da seguridade social), bem como os “pisos” (aplicação mínima) para esse fim em cada esfera governamental.

Nesse contexto, o financiamento do SUS é um aspecto relevante para a realização das ações e serviços públicos que possam atender às necessidades de saúde da população de acordo com as diretrizes constitucionalmente estabelecidas para esse sistema. Muitos estudos realizados nos últimos trinta anos têm apontado para o caráter crônico do subfinanciamento do SUS, assim caracterizado pela “insuficiência de recursos para cumprir com seus objetivos constitucionais” (Marques, Piola, & Ocké-Reis, 2016, p.251) e, consequentemente, para atender às necessidades de saúde da população.

Porém, a política econômica de caráter recessivo adotada no Brasil desde 2015 tem influenciado negativamente a receita pública e, consequentemente, colocado em risco o já insuficiente financiamento da política de saúde nas três esferas de governo; esse processo, foi aprofundado a partir de 2017 com o início da vigência da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que alterou a regra de cálculo do piso federal da saúde e estabeleceu um teto financeiro para o pagamento de todas as despesas primárias da União, com efeitos restritivos para a disponibilidade



financeira do Ministério da Saúde. Apesar dos efeitos dessa mudança constitucional interferirem diretamente na realização das despesas primárias federais, o caso das ações e serviços públicos de saúde deve ser avaliado de forma especial, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde têm sido por meio de transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Nessa perspectiva, o objetivo do presente artigo é avaliar o processo de financiamento tripartite do SUS, no contexto da recessão econômica a partir de 2015 e da vigência das novas regras da EC 95/2016 (a partir de 2017). Para tanto, o artigo está estruturado em três seções, além desta introdução: a primeira trata do referencial teórico sobre a gestão e o financiamento das políticas públicas no Brasil em geral, e do SUS em particular; a segunda refere-se à análise dos dados sobre o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil (2011-2017), concluindo-se com as considerações finais.

Em termos metodológicos, foi realizado um levantamento de dados orçamentários e financeiros das três esferas de governo junto a fontes secundárias (documentos governamentais e estudos publicados sobre o tema), inclusive em relação às receitas municipais oriundas de transferências intergovernamentais do SUS. O período 2011 a 2017 foi adotado para os fins do presente estudo pelo fato de incorporar anos anteriores aos da recessão (subperíodo 2011 a 2014), sendo que a recessão econômica e a EC 95/2016 fazem parte do subperíodo 2015 a 2017.

1. Políticas públicas no Brasil: gestão e financiamento

Os estudos que envolvem a gestão pública têm crescido no mundo e no Brasil, diante principalmente da crise fiscal dos Estados nacionais que restringem a capacidade de financiamento das políticas públicas, especialmente as sociais.

Desde a década de 1980, segundo Secchi (2009), “as administrações públicas em todo o mundo realizaram mudanças substanciais nas políticas de gestão pública (PGPs) e no desenho de organizações programáticas (DOPs)”: como alternativas à ineficiência do modelo burocrático, foram desenvolvidos os modelos administração pública gerencial e do governo empreendedor, bem como a governança pública como um “modelo relacional porque oferece uma abordagem diferenciada de conexão entre o sistema governamental e o ambiente que circunda o governo”. O crescimento da demanda por ações e serviços públicos sociais agrava o quadro do subfinanciamento crônico dessas políticas. Essa situação, conforme Costa e Castanhar (2003, p.971), requer a obtenção de “maior eficiência e maior impacto nos investimentos governamentais em programas sociais [por meio de] avaliação sistemática, contínua e eficaz desses programas”.

No Brasil, a discussão desse novo modelo de gestão pública foi proposta por Bresser Pereira (1997), mas antecedida pelas inovações introduzidas pela CF de 1988, em que a descentralização das políticas públicas no contexto da inclusão dos direitos de cidadania evidenciou tanto a inadequação da estruturação do aparelho de Estado para fazer frente às novas exigências de formulação e implementação de ações que garantissem tais direitos, como o caráter restritivo do financiamento das políticas sociais em especial.

A respeito da descentralização da gestão pública, cabe destacar a reflexão de Fleury (2014, p.26): “se o pressuposto racional-legal, de universalidade das relações contratuais e de exercício da cidadania requerem a concentração do poder, não implicam, necessariamente, um formato de administração centralizada”.

Quanto ao financiamento restringido, este argumento decorre principalmente de uma estrutura tributária que faz com que a receita disponível (capacidade de financiamento das políticas públicas em cada ente da Federação após as transferências constitucionais intergovernamentais) ainda esteja centralizada na União (58%), seguida da esfera estadual e Distrito Federal (25%) e da esfera municipal (17%), conforme consta em Fagnani (2018, p.42). Desta forma, a grande



maioria dos municípios brasileiros são excessivamente dependentes das transferências da União (e dos Estados) para atender ao conjunto de obrigações constitucionalmente estabelecidas. Para Arretche (2001), a formulação dos objetivos de um programa de política pública tende a refletir os acordos firmados ex-ante, para garantia de sua implementação (entre os agentes formuladores e implementadores governamentais e não governamentais, além dos beneficiários e provedores), bem como as estratégias de implementação geralmente são definidas baseadas em informações imperfeitas, incompletas e “em expectativas quanto ao comportamento futuro das variáveis da realidade”.

Nesse contexto, ainda segundo Arretche (2001), diante das diferenças e especificidades de cada local, é possível que, durante a implementação de políticas públicas, ocorrências como a instabilidade política e econômica e a restrição orçamentária e financeira, dentre outras, inviabilizem a consecução dos objetivos planejados e resultem numa revisão de prioridades. Com isso, a política pública pode sofrer alterações em decorrência da adaptação necessária para superar barreiras e viabilizar a implementação dos programas que a integram.

Em síntese, uma das condicionalidades para a gestão das políticas públicas nas áreas sociais no Brasil está relacionada ao problema do subfinanciamento, cujo efeito combinado recente entre recessão e teto de gastos foi analisado a seguir para o SUS.

1.1 Gestão e financiamento do SUS

O SUS foi criado pela CF de 1988, que estabeleceu um modelo de governança baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade no acesso às ações e serviços públicos de saúde, com descentralização para os municípios e autonomia relativa de gestão nos diferentes níveis de governo com a participação da comunidade, por meio das conferências de saúde e pelos conselhos de saúde, ambas de caráter deliberativo (Lei 8142/90).

Quanto ao financiamento do SUS, em 2017 a participação federal foi de 43%, enquanto a dos Estados foi de 26% e dos Municípios foi de 31%, conforme cálculos elaborados a partir das informações disponíveis nos Sistemas de Informação de Orçamento Público de Saúde do Ministério da Saúde (MS/SIOPS, 2018). As despesas dos municípios em ações e serviços públicos de saúde correspondem em média a cerca de 25% da receita de impostos e transferências constitucionais, muito acima do limite mínimo de 15% estabelecido pela Lei Complementar (LC) 141/2012 (Funcia, 2017, p.5). Essa situação aponta para o esgotamento da capacidade municipal na alocação de recursos próprios adicionais para o financiamento do SUS, diante das inúmeras obrigações constitucionais e legais que geram despesas municipais em diversas áreas também essenciais à população.

A organização institucional do SUS está em consonância com a autonomia relativa das três esferas de governo que caracteriza o pacto federativo após a CF de 1988. Porém, conforme Dourado e Elias (2011), a regionalização como meio de se efetivar o direito à saúde depende de arranjos institucionais específicos: o SUS foi criado no contexto do federalismo cooperativo, sendo obrigação de “todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território”, constituindo-se o chamado federalismo sanitário brasileiro.

A ênfase ocorrida na municipalização aumentou a complexidade da regionalização das ações e serviços públicos de saúde no Brasil, decorrente das diferenças existentes em termos geográficos, demográficos, políticos, técnico-administrativos, socioeconômicos e financeiros. Segundo Santos e Giovanella (2014, p.623-624), essas diferenças demandam novas formas de relação entre Estado e sociedade e um modelo de governança baseado na descentralização e integração solidária. Nesse contexto, a regionalização da gestão da saúde é uma tentativa de resposta para problemas cuja solução requer ações para além dos limites territoriais dos municípios, como por exemplo: ampliação do acesso e redução das desigualdades sociais, incorporação tecnológica com racionalidade sistêmica capaz de garantir a distribuição



cooperativa “de diferentes serviços e recursos necessários à integralidade” (Santos & Giovanella, 2014, p.624).

Considerando avaliação dos aspectos conceituais presentes nos processos de regionalização, o estudo de Mendes et al. (2015) tratou das potencialidades e limites do processo de pactuação regional da saúde no Estado de São Paulo, com enfoque nas regiões de saúde de Bauru, Baixada Santista, Grande ABC e Vale do Ribeira, que permitiu identificar, dentre outros motivos limitadores desse processo, o subfinanciamento caracterizado principalmente (i) pelo baixo envolvimento financeiro do governo estadual com a pactuação regional e (ii) pelas diferenças existentes nessas regiões de saúde do Estado de São Paulo.

Em resumo, os estudos citados apontam para o risco de consensos regionais decorrentes da influência dos municípios mais populosos e/ou economicamente mais fortes e/ou dos gestores mais experientes e “capacitados”, de modo a prevalecerem os interesses particulares locais em detrimento do interesse coletivo regional. O processo de subfinanciamento do SUS comprometeu efetivamente a regionalização das ações e serviços públicos de saúde. Sob a égide do federalismo cooperativo, a regionalização do SUS deve considerar a perspectiva intersetorial e intergovernamental das políticas públicas, que por sua vez estão restringidas pelo caráter centralizado da arrecadação tributária, tanto em termos da competência de tributar inerente a cada ente, como da receita disponível para cada esfera de governo após as transferências intergovernamentais constitucionalmente definidas.

1.2 Caracterização do Subfinanciamento do SUS

O debate sobre o problema do subfinanciamento do SUS parte da caracterização consensual desse processo como recursos insuficientes para o cumprimento das suas diretrizes constitucionais. Contudo, esse debate tem suscitado duas posições antagônicas: de um lado, aqueles que entendem que não é preciso alocar recursos adicionais ao SUS, refletindo a visão de redução das despesas públicas primárias, sob o argumento de que falta gestão adequada dos recursos existentes e que seriam suficientes. De outro lado, aqueles que entendem que é preciso alocar recursos adicionais ao SUS de forma concomitante com o aprimoramento da gestão, sendo ambas necessidades complementares entre si. O gasto consolidado em saúde das três esferas de governo em 2017 foi de R\$ 265 bilhões segundo o MS/SIOPS (2018), o que possibilita calcular o gasto per capita em cerca de R\$ 3,60 ao dia, uma cifra menor que as tarifas de transporte coletivo pagas pela população nas maiores cidades brasileiras. Esse valor deve financiar vacinas para animais e humanos, consultas simples e especializadas, exames de sangue e de imagem, cirurgias simples a transplantes, fornecimento de materiais e medicamentos para a população, vigilância sanitária em portos, aeroportos e estabelecimentos que manipulam e comercializam alimentos, dentre outras atividades de interesse público.

A insuficiência desse montante aplicado pelas três esferas de governo para cumprir com as diretrizes constitucionais do SUS pode ser constatada também a partir da comparação das despesas com saúde pública, como proporção do PIB (Produto Interno Bruto), do Brasil e do Reino Unido (escolhido para comparação pelo fato de que o *National Health Service* ter sido a referência para o modelo brasileiro). Segundo a OMS (2018), em 2015, o Brasil aplicou 3,9% do PIB em saúde pública, como a soma dos gastos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios enquanto o Reino Unido aplicou 7,9%. Isso corresponderia no Brasil a aproximadamente R\$ 517,8 bilhões, tomando por base o PIB brasileiro de 2017ⁱ, ou seja 95% acima do gasto consolidado do Brasil no referido ano.

2. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil: o período 2011-2017

A responsabilidade do financiamento do SUS é tripartite, isto é, compartilhada entre União, Estados (com Distrito Federal) e Municípios, conforme determina a Constituição do Brasil (1988), que estabeleceu regras específicas para apurar os valores das despesas mínimas com



ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para cada esfera de governo a partir da EC 29/2000ⁱⁱ. Posteriormente, as regras para a aplicação federal foram alteradasⁱⁱⁱ pelas Emendas Constitucionais 86/2015 e 95/2016.

A composição do financiamento do SUS é calculada pela participação de cada esfera de governo na alocação de recursos próprios para a realização das despesas ASPS, ilustrada na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1
Composição do Financiamento do SUS

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
2011	45,3%	26,0%	28,8%	100%
2012	45,3%	25,3%	29,4%	100%
2013	42,6%	26,7%	30,7%	100%
2014	42,4%	26,5%	31,1%	100%
2015	43,0%	26,0%	31,0%	100%
2016	42,8%	25,5%	31,6%	100%
2017	43,4%	25,8%	30,8%	100%

Nota: Foram consideradas as despesas com ações e serviços públicos de saúde conforme definição da Lei Complementar 141/2012. Fonte: Adaptado de SIOPS/MS (2018).

Pode-se deduzir a partir da Tabela 1 que houve uma consolidação do perfil do financiamento do SUS a partir de 2015 em torno de 43% de gastos da União, 26% dos Estados (e Distrito Federal) e 31% dos Municípios; porém, quando da comparação do início e do fim do período de 2011-2017, houve redução do índice da participação federal (de 45,3% para 43,4%), aumento da esfera municipal (de 28,8% para 30,8%) e estabilidade da estadual (de 26,0% para 25,8%).

A consolidação desta composição do financiamento do SUS não permite, entretanto, concluir que a alocação de recursos dos diferentes entes governamentais foi semelhante no período analisado, considerando os dados da Tabela 2 abaixo.

Tabela 2
Gastos do SUS como Proporção do PIB

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL
2011	1,65	0,95	1,05	3,65
2012	1,66	0,93	1,08	3,67
2013	1,56	0,98	1,12	3,66
2014	1,59	0,99	1,17	3,75
2015	1,68	1,01	1,20	3,89
2016	1,70	1,01	1,25	3,96
2017	1,75	1,04	1,26	4,05

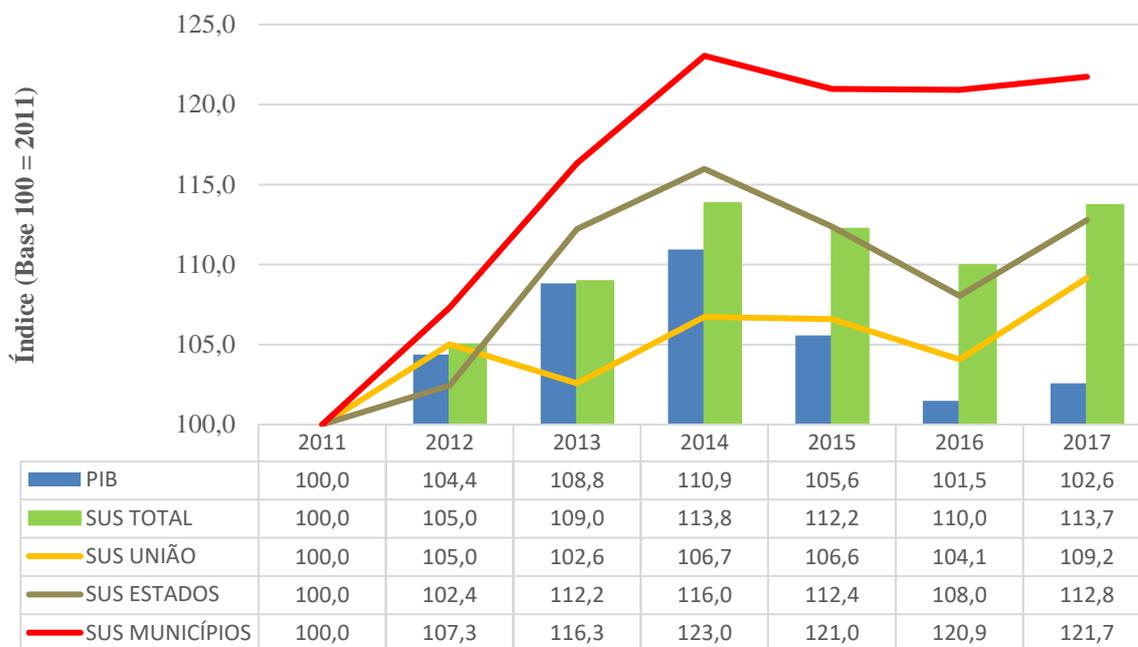
Nota: Foram consideradas as despesas com ações e serviços públicos de saúde conforme definição da Lei Complementar 141/2012. Fonte: Adaptado de Piola et al (2018, p.16)

Da análise dos dados da Tabela 2, é possível deduzir que o crescimento dos gastos públicos totais em saúde (de 3,65% para 4,05% do PIB) foi decorrente em especial da alocação proporcionalmente maior de recursos municipais (de 1,05% para 1,26% do PIB) em comparação ao dos Estados (de 0,95% para 1,04% do PIB) e ao da União (de 1,65% para 1,75% do PIB). Em outros termos, houve um acréscimo consolidado de 0,40 pontos percentuais (p.p.) no período, sendo que, desse total, mais da metade (0,21 p.p) foi de responsabilidade municipal (contra 0,09 p.p. dos Estados e 0,10 p.p. da União).



Contudo, é oportuno ressaltar que o crescimento da participação relativa dos gastos públicos consolidados em saúde foi influenciado pelo efeito estatístico do ritmo da evolução do PIB ter sido menor que o ritmo dos gastos do SUS na maior parte do período analisado (para a União, isso ocorreu somente a partir de 2015), conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1
Índice de Evolução Real do PIB e dos Gastos do SUS



Nota: Elaboração dos autores dos números índices a partir dos valores em Reais a preços médios de 2017, considerando os fatores de atualização do IPCA/IBGE disponíveis em Piola et Al. (2018, p.38), sendo as despesas com ações e serviços públicos de saúde definidas nos termos Lei Complementar 141/2012. Fonte: Adaptado de MS/SIOPS (2018) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2019).

A dinâmica contida na Figura 1 está compatível com os dados apresentados por Piola et alii (2018, p.16) para os gastos totais em Reais per capita/ano (a preços médios de 2017) – cresceram de R\$ 1.182,00 para 1.216,00 de 2011 a 2013, diminuíram 5,0% no subperíodo 2014-2016 (de R\$ 1.310,00 para R\$ 1.245,00) e cresceram 2,7% em 2017 (de R\$ 1.245,00 para R\$ 1.279,00), ou seja, o crescimento verificado em 2017 foi insuficiente para retomar o patamar de 2014.

Da análise do processo de financiamento do SUS no período 2011-2017, ficou evidente que a participação da esfera municipal foi mais importante que as demais esferas de governo; porém, à luz dos dados da Tabela 2 e da Figura 1, é possível verificar uma desaceleração do ritmo da expansão das despesas municipais a partir de 2014, sem que houvesse compensação das demais esferas de governo (exceto em 2017).

Essa desaceleração pode estar relacionada tanto ao efeito negativo da recessão econômica sobre a receita pública em geral (e o agregado de receitas municipais em particular), como aos elevados índices de aplicação nas ASPS em municípios (se comparados ao piso constitucional de 15% das receitas municipais de impostos e transferências constitucionais de impostos), conforme ilustrado na Tabela 3.



Tabela 3

Índice de Aplicação em ASPS (% das receitas municipais de impostos e transferências constitucionais de impostos) segundo os municípios das regiões brasileiras

Brasil – Região e Total	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Região Norte	18,67	19,40	19,79	20,32	20,37	21,03	21,37
Região Nordeste	19,17	19,64	20,80	21,48	21,55	21,21	22,15
Região Sudeste	21,36	22,33	22,99	24,05	24,42	25,51	25,49
Região Sul	19,86	20,97	21,55	22,24	22,76	23,19	23,58
Região Centro-Oeste	20,26	21,48	22,12	22,50	23,15	24,36	24,65
Total	20,47	21,38	22,10	22,94	23,27	23,92	24,22

Nota: Foram consideradas as despesas com ações e serviços públicos de saúde conforme definição da Lei Complementar 141/2012. Fonte: Adaptado de MS/SIOPS (2018).

A aplicação municipal com recursos próprios cresceu no subperíodo 2011-2014 e ficou estabilizada entre 23,27% e 24,22% no subperíodo 2015-2017, bem como os índices médios das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste foram maiores que os da Região Norte e Nordeste. Entretanto, à luz da Tabela 4, também considerando os municípios brasileiros por região geográfica, a análise da proporção das receitas de transferências intergovernamentais SUS sobre as despesas totais em ASPS aponta para queda no período 2011-2017, especialmente em 2017, o que pode ser explicado pelo primeiro ano de vigência plena da EC 95/2016, e que permanecerá em vigor até 2036.

Tabela 4

Parcela do Financiamento das Despesas Municipais em ASPS com Receitas de Transferências Intergovernamentais SUS (em %) segundo as regiões brasileiras

Brasil – Região e Total	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Região Norte	50,97	48,46	47,43	45,67	46,47	48,37	45,88
Região Nordeste	54,60	55,55	52,43	50,70	50,00	54,15	52,27
Região Sudeste	33,32	34,62	32,11	33,10	32,25	33,72	32,18
Região Sul	40,88	41,26	41,24	40,72	40,03	41,58	39,86
Região Centro-Oeste	48,18	49,27	46,39	44,62	44,61	45,62	45,78
Total	41,51	42,21	39,97	39,82	39,15	41,25	39,70

Nota: Foram consideradas as despesas com ações e serviços públicos de saúde conforme definição da Lei Complementar 141/2012. Fonte: Adaptado de MS/SIOPS (2018).

Os efeitos negativos da EC 95/2016 para o financiamento federal do SUS podem significar a redução de transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde como fontes de financiamento das despesas municipais em ASPS nos próximos anos, o que já ocorreu em 2017, conforme Funcia e Ocké-Reis (2018). Esta possibilidade, em combinação com as dificuldades em se ampliar a alocação de recursos próprios municipais para esse financiamento, tende a provocar a redução da oferta de serviços públicos de saúde para a população, mesmo que a economia brasileira volte a crescer a taxas mais elevadas que as atuais. Funcia (2019) aponta para a tendência de redução da aplicação efetiva federal como proporção da receita corrente líquida abaixo de 14%, ou seja, em níveis anteriores a 2014. Todavia a pressão da demanda seguirá crescente, em função do crescimento demográfico, do aumento da proporção de idosos na população, e das inovações tecnológicas em equipamentos para



diagnósticos e produção de medicamentos a serem incorporados pelas unidades públicas de saúde.

Essa tendência de queda na alocação de recursos federais para o financiamento do SUS dificilmente poderá ser compensada com a ampliação da participação estadual e principalmente da esfera municipal, o que poderá trazer maiores problemas para a população das Regiões Norte e Nordeste, onde estão os menores índices de aplicação com recursos próprios e as maiores proporções de transferências intergovernamentais do SUS para o financiamento das despesas municipais ASPS totais.

Considerações Finais

Este artigo buscou apontar os efeitos combinados da recessão da economia brasileira a partir de 2015 com as novas regras estabelecidas pela Emenda Constitucional 95/2016 para o processo de financiamento do SUS pela União, Estados (com o Distrito Federal) e Municípios. Argumentamos que o subfinanciamento das políticas sociais no Brasil representa uma das condicionalidades para a gestão das políticas públicas setoriais. A questão do financiamento tripartite do SUS no período 2011-2017 foi analisada como um caso específico de política pública compartilhada, que sofreu os efeitos da recessão econômica e das mudanças promovidas pelo novo regime fiscal estabelecido pela EC 95/2016.

Da análise dos dados sobre financiamento do SUS no período 2011-2017, foi possível concluir que o subfinanciamento do SUS não pode ser atribuído à esfera municipal de governo, que tem aplicado efetivamente cerca de 25% da receita base de cálculo em termos médios no Brasil (muito acima do piso de 15%), apesar das diferenças entre os índices de aplicação municipal com recursos próprios segundo as faixas populacionais (municípios mais populosos aplicam um percentual maior que os menos populosos) e segundo as regiões do Brasil (municípios da Região Sudeste, Sul e Centro-Oeste têm percentuais maiores de aplicação com recursos próprios que os da Região Norte e Nordeste).

Além disso, os efeitos da recessão econômica também reduziram a capacidade de ampliação do financiamento do SUS pela esfera municipal de governo, o que tende a inviabilizar a compensação dos efeitos negativos da EC 95/2016 e adicionais à recessão econômica para o financiamento federal do SUS; além disso, destaca-se também a tendência de queda observada nas receitas municipais das transferências intergovernamentais do SUS como proporção das despesas totais em ASPS realizadas pelos municípios, o que deverá ter um efeito significativo na pressão da demanda por serviços públicos junto aos equipamentos mantidos pelas redes municipais de saúde.

Referências

- Arretche, M (2001). Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In M. C. R. N. Barreira, & M. C. B. Carvalho (Org.). *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais* (pp. 43-56). São Paulo: IEE/PUC-SP; Cenpec.
- Bresser Pereira, L. C. (1997). *Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.
- Constituição de Brasil (1988), com as Emendas (EC) 29/2000, 86/2015 e 95/2016. Recuperado em 04 março, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Costa, F. L., & Castanhar, J. C. (2003). Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*, 37(5), 969-992.
- Dourado, D.A., & Elias, P.E.M. (2011). Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista Saúde Pública*, 45(1), 204-211.



- Fagnani, E. (Org.) (2018). *A Reforma Tributária Necessária. Justiça fiscal é possível: subsídios para o debate democrático sobre o novo desenho da tributação brasileira*. Brasília: Anfip; Fenafisco; São Paulo: Plataforma Política Social.
- Fleury, S. Democracia, poder local e inovação (2014). In: S. Fleury, A. M. Ouverney, F. B. Zani, R. C. Möller, & T. S. Kronemberger. *Democracia e inovação na gestão local da saúde* (pp. 25-79). Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ.
- Funcia, F. R. (2017, junho). Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Seminário “Saúde sem dívida e sem mercado” organizado pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (CEE-Fiocruz) em 28/06/2017*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).
- _____ (2019, fevereiro). A receita federal cresce, mas o orçamento da saúde cai. O que fazer? Revogar a EC 95/2016 e aprovar a PEC 01-D/2015 com novo modelo de ajuste fiscal. In: Conjusc – Observatório de Políticas Públicas, Empreendedorismo e Conjuntura da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. *Carta de Conjuntura da USCS. Edição 06*, 95-99. Recuperado em 28 fevereiro, 2019, de <http://www.uscs.edu.br/sites/conjusc/cartas-de-conjuntura-.html>.
- Funcia, F. R. & Ocké-Reis, C. O. (2018). Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em saúde. In: P. Rossi, E. Dweck, & A. L. M. Oliveira (Org.). *Economia para poucos – impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil* (pp. 83-97). São Paulo: Autonomia Literária.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores - Produto Interno Bruto (PIB)*. Recuperado em 20 janeiro, 2019, de <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/pib/defaultcnt.shtm>.
- Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 04 março, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
- Lei n.8142, de 28 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 04 março, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
- Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012 (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. Recuperado em 04 março, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.
- Marques, R. M., Piola, S. F., Ocké-Reis, C. O. (2016). Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: R. M. Marques, S. F. Piola, & A. C. Roa (2016). *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil.
- Mendes, A., Louvison, M., Ianni, A., Leite, M.G., Feuerwerker, L., Tanaka, O., Duarte, L., Weiller, J.A., Lara, N., Botelho, L., Almeida, C (2015). O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Revista Saúde e Sociedade*, 24(2), 423-437.



MS/SIOPS – Ministério da Saúde/Sistemas de Informação de Orçamento Público de Saúde. Recuperado em 27 dezembro, 2018, de <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/indicadores>.

Organização Mundial de Saúde (1946). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Recuperado em 02 abril, 2017, de <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

_____ (2018) *Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of gross domestic product (GDP) (%)*. Recuperado em 24 março, 2018, de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGDPSHA2011?lang=en>.

Piola, S. F., Benevides, R. P. S., & Vieira, F. S. (2018, dezembro). *Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017* [Texto para discussão, N° 2439]. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA.

Santos, A. M., & Giovanella, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista Saúde Pública*, 48(4), 622-631.

Secchi, L. (2009). Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, 43(2), 347-369.

ⁱ O PIB (Produto Interno Bruto) do Brasil em 2017 foi de R\$ 6,554 trilhões (a preços correntes), conforme IBGE (2019).

ⁱⁱ A EC 29/2000 definiu as seguintes regras para calcular o valor da aplicação anual mínima em ASPS a partir de 2001: (i) na União, valor empenhado no ano anterior acrescido pelo fator da variação nominal do PIB do ano anterior (vigente até 2015); (ii) Estados e Distrito Federal: 12% da receita estadual de impostos e de transferências de impostos; e (iii) Municípios e Distrito Federal: 15% da receita municipal de impostos e de transferências de impostos.

ⁱⁱⁱ A EC 86/2015 estabeleceu nova regra de cálculo do valor da aplicação mínima em ASPS após 2015: 15% da receita corrente líquida da União a ser atingido de forma escalonada em cinco anos (13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020). Esse escalonamento foi revogado pela EC 95/2016 e passou a vigorar o piso federal de 15% da receita corrente líquida somente em 2016 e 2017; para o período 2018-2036, foi definida uma outra regra para o piso federal do SUS (a base de cálculo passou a ser o valor apurado do piso de 2017 atualizado pela variação anual do IPCA/IBGE).