



DOMINGUEIRA DA SAÚDE

Gilson Carvalho

idisa@idisa.org.br

COORDENAÇÃO: Nelson Rodrigues dos Santos APOIADORES: Lenir Santos, Áquilas Mendes, Francisco Fúncia

Caros amigos

Nesta data de 7 de março de 2015, Gilson Carvalho estaria comemorando mais um aniversário.

Sob o signo de Peixes, escolhemos esta data para retomarmos a publicação da *Domingueira da Saúde*, que durante quase 15 anos, nos informou sobre os seus rumos.

Tal projeto não poderia morrer. Essa era a vontade do Gilson, que delegou, em conversas, ao Idisa – Instituto de Direito Sanitário Aplicado, a incumbência de sua continuidade. Gilson Carvalho era cofundador do Idisa, juntamente com seu irmão Guido Ivan de Carvalho. O Idisa, cumprindo sua vontade, dará continuidade a publicação virtual da *Domingueira da Saúde*, a qual neste primeiro momento, será enviada a todas as pessoas que estavam em seu mailing – quase 10 mil – pelo menos uma vez por mês.

Coordenará a *Domingueira da Saúde*, Nelson Rodrigues dos Santos, sendo seus colaboradores permanentes, Lenir Santos, Áquilas Mendes e Francisco Fúncia.

Será mantida a mesma linha editorial do Gilson Carvalho: análises periódicas do financiamento da saúde; comentários a respeito de temas referentes ao SUS e divulgação de agendas da saúde. Todos que quiserem compartilhar ideias, notícias, estudos poderão encaminhá-los ao Idisa – idisa@idisa.org.br para análise.

Será mantida a mesma linha da *Domingueira da Saúde* de divulgar textos curtos e de relevância para a saúde, de maneira isenta.

Está primeira, por haver tantos problemas ocorrendo ao mesmo tempo com o SUS, temos vários textos, mas certamente nas próximas teremos textos enxutos e poucos.

Contamos com a colaboração de todos!

Lenir Santos

Colaboradora

GILSÃO: SEU LEGADO E O FUTURO DO SUS

Nelson Rodrigues dos Santos

Ensaando a retomada da domingueira do Gilson Carvalho, invocamos a imagem e o legado desse grande irmão de lutas e valores humanos. Gilsão, destacado gestor público ao nível municipal e nacional, dedicou-se totalmente à implantação do SUS, junto aos conselhos de saúde e à população. Sua inarredável esperança e persistência, calçou-se na grande inclusão social pelo sistema público com grande ampliação da atenção básica à saúde nos municípios brasileiros, além dos avanços especiais nas áreas da saúde mental, saúde do trabalhador, dos hemocentros, da AIDS e várias outras. Sua inesgotável energia, dedicação e coerência calcaram-se na divulgação e mobilização permanente contra as nefastas e desagregadoras decisões “de Estado” que nos 25 anos do SUS vem desviando seu rumo constitucional, a primeira delas, já em 1990/1993, que reduziu o financiamento federal do SUS entre $\frac{1}{2}$ a $\frac{2}{3}$ do que foi indicado e consignado na Constituição.

A vigilância e atuação incansável de Gilsão eram sobrecarregadas com drástico desinvestimento federal para a capacidade instalada pública e para a gestão do pessoal. E também com a consequente transformação do setor privado complementar em substitutivo, pago por produção, que levou o gasto federal com assistência de média e alta complexidade a ser três vezes maior do que o com atenção básica, e na atenção básica, o piso variável ser várias vezes maior que o piso fixo. O mesmo em relação às vultosas e crescentes formas de subsídios federais ao mercado de planos privados. O mesmo sofrimento e amargura com a intervenção da área econômica federal impedindo a aprovação da PL-01/2003 que elevava a parcela federal para 10% da Receita Corrente Bruta, com o que o financiamento do SUS seria elevado em 0,8% do PIB: passaríamos de 3,9 para 4,7% (os países com bons sistemas públicos contam com a média de 8% do PIB), e no mesmo projeto constava a obrigação e sistematização do planejamento ascendente, da regionalização e do rateio equitativo dos repasses federais. Redobrando sua atuação, Gilsão contribuiu para o Decreto 7508/2011, a Lei 141/2012 e na grande mobilização pelo PLIP-321/2013 que resgatou os 10% da RCB e deu entrada com 2,2 milhões de assinatura de eleitores.

Gilsão temia o que acabou acontecendo: decisão “de Estado” desconsiderou totalmente o PLIP-321/2013 e manipulou a aprovação da PEC-358/2013 que, ao tomar como base a Receita Corrente Líquida, iniciando com 13,2%, ao contrário de acrescentar, reduz mais ainda o montante federal destinado ao SUS. Pensamos ainda que Gilsão não imaginaria a aprovação de uma MP-656/2014 que abre o mercado brasileiro (nicho “de ouro”) para o mercado do grande capital internacional, nem ainda a PEC-451/2014 em tramitação especial, que obriga os empregadores a incluir plano privado de saúde em todos os vínculos empregatícios dos trabalhadores rurais e urbanos, e respectiva renúncia fiscal para os empregadores. Vivo estivesse, Gilsão estaria redobrando sua luta contra essas decisões “de Estado” nefastas e desagregadoras do SUS e do direito de cidadania. Também estaria encarando a constatação inequívoca de que “este Estado” nos 25 anos do SUS, sem transparência e debate com a sociedade, vem construindo um “não SUS”: uma cobertura Universal sem Integralidade e Equidade. Uma cobertura fragmentada em segmentos sociais, com custos, acessos, oportunidades e qualidade/resolutividade escalonados por segmento: temos 70 – 75% da população sem condições de compra de planos privados de saúde, e 30 – 35% de consumidores desses planos, estes últimos, segmentados de acordo com as faixas de valores das suas mensalidades (que variam de 80,00 a 8.000,00 reais): no seu acesso, oportunidade e qualidade/resolutividade. As ações judiciais individuais são em regra, mais um instrumento dessa segmentação, agravando-a, pois os recursos por elas mobilizados são retirados dos parques orçamentos públicos e da cidadania mais reprimida. É outro sistema, anti-cidadania. E assim este “não SUS” vai cumprindo sua missão para “este Estado”, economizando vultosos recursos: a soma do pagamento por produção do setor privado complementar

(substitutivo), com os subsídios públicos ao mercado de planos privados, é várias vezes menores do que os recursos federais inicialmente indicados e consignados para o SUS na Constituição Federal/88.

Felizmente os muitos milhares de militantes pelos direitos de cidadania à saúde, forjados permanentemente desde as lutas constitucionais em todas as regiões do país, e simbolizados pelo legado do Gilsão, aí estão, resistindo e ampliando o seu espaço histórico de lutas sociais, e preches de futuro.

PEC 358/2013: REDUÇÃO DO FINANCIAMENTO DO SUS A PARTIR DE 2015

Francisco Funcia

1. CONTEÚDO RESUMIDO DA PEC 358/2013

A Proposta de Emenda Constitucional 358/2013 (PEC 358/2013) foi aprovada pela grande maioria dos parlamentares no dia 10 de fevereiro de 2015. Em resumo, as principais alterações nos artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal foram:

- a) A partir deste ano, a execução orçamentária das emendas individuais será obrigatória no valor mínimo correspondente a 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União, exceto se o governo apontar a inviabilidade técnica dentro do prazo estabelecido: neste caso, os parlamentares poderão substituir aquelas emendas por outras;
- b) A metade deste valor mínimo, ou seja, 0,6% da RCL serão de aplicação obrigatória em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), cabendo ao Ministério da Saúde alocar recursos orçamentários para este fim em conjunto com as demais despesas programadas nos termos do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual. Em outras palavras, a execução orçamentária obrigatória de emendas parlamentares não representará recurso adicional ao mínimo que o Ministério da Saúde está obrigado a aplicar tanto em 2015, pela regra vigente estabelecida pela Lei Complementar nº 141/2012 (LC 141), como a partir de 2016, pela nova metodologia definida pela PEC 358;
- c) A nova base de cálculo constitucional para a aplicação mínima em ASPS a partir de 2016 (primeiro exercício subsequente ao da promulgação desta PEC) será a RCL da União, sendo 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020. Além disso, os recursos referentes à participação da União nos resultados ou pela compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (conhecidos como Pré-Sal) perderam a condição de recursos adicionais ao apurado para a aplicação mínima constitucional já a partir de 2015.

2. PROJEÇÃO DAS PERDAS DA PEC 358/2013 PARA O FINANCIAMENTO DO SUS

Para a projeção do impacto da PEC 358/2013 para o financiamento do SUS, serão considerados algumas hipóteses compatíveis com um cenário de recessão ou de baixíssimo crescimento econômico, no contexto das recentes medidas econômicas anunciadas pela nova equipe econômica que assumiu o

governo federal em janeiro/2014 e do quadro econômico de crise econômica internacional. Adicione-se a isso a incerteza da sociedade diante dos desdobramentos para a atividade econômica das investigações policiais a respeito da corrupção da Petrobrás, cujo valor de mercado está sendo dilapidado de forma irresponsável porque vários interesses setoriais têm associado indevidamente o crime praticado por alguns de seus dirigentes com a empresa como um todo, que é constituída por um grande número de trabalhadores responsáveis pelo seu crescimento nos últimos 60 anos.

Nestes termos, a Tabela 1 apresenta o valor da perda de aplicação se o primeiro ano de aplicação da regra da PEC 358/2013 fosse em 2014: R\$ 7,558 Bilhões.

Tabela 1

PARÂMETROS DE REFERÊNCIA (P0)					
ANO	RCL	Variação	ANO	ASPS - LC 141	Variação
	R\$ Bilhões			R\$ Bilhões	
			2013	83,053	
2014	641,58		2014	92,247	11,07%
APLICAÇÃO EM ASPS EM 2014 (em R\$ Bilhões)					
REGRA PEC 358/2013		PERDA DE APLICAÇÃO		REGRA LC 141/2012	
13,20%	84,69	-7,558		11,07%	92,247

Essa perda pode ser explicada pelo fato de que a variação do PIB nominal ter superado o crescimento das receitas correntes líquidos nos últimos anos, fato que deve se repetir nos próximos anos em razão das sinalizações expressas pela equipe econômica do governo federal.

A Tabela 2 apresenta o primeiro cenário (P1) de projeção para 2015 e 2016, cuja perda de aplicação decorrente da nova regra da PEC 358/2013 em 2016 será de R\$ 8,573 bilhões em comparação ao cálculo pela regra da LC 141/2012. Os parâmetros básicos deste cenário foram a Receita Corrente Líquida de 2014 (disponível no site da STN/MF), sobre a qual foi aplicado um crescimento de 6,5% para 2015 e 2016, e os valores empenhados em ASPS em 2013 e 2014 (disponíveis nas planilhas da SPO/MS), sobre os quais foram aplicados um crescimento de 6,5% estimados para a variação do PIB nominal conforme metodologia da LC 141/2012.

Tabela 2

PARÂMETROS DE REFERÊNCIA (P1)					
ANO	RCL	Variação	ANO	ASPS - LC 141	Variação
	R\$ Bilhões			R\$ Bilhões	
			2013	83,053	
2014	641,58		2014	92,247	11,07%
2015 (P1)	683,28	6,50%	2015 (P1)	98,243	6,50%
2016 (P1)	727,70	6,50%	2016 (P1)	104,629	6,50%
APLICAÇÃO EM ASPS EM 2016 (em R\$ Bilhões)					
REGRA PEC 358/2013		PERDA DE APLICAÇÃO		REGRA LC 141/2012	
13,20%	96,06	-8,573		6,50%	104,629

A Tabela 3 apresenta o segundo cenário (P2) de projeção para 2015 e 2016, cuja perda de aplicação decorrente da nova regra da PEC 358/2013 em 2016 será de R\$ 12,050 bilhões em comparação ao cálculo pela regra da LC 141/2012. Os parâmetros básicos deste cenário foram a Receita Corrente Líquida de 2014 (disponível no site da STN/MF), sobre a qual foi aplicado um crescimento de 4,0% para 2015 e 2016, e os valores empenhados em ASPS em 2013 e 2014 (disponíveis nas planilhas da SPO/MS), sobre os quais foram aplicados um crescimento de 6,0% estimados para a variação do PIB nominal conforme metodologia da LC 141/2012.

Tabela 3

PARÂMETROS DE REFERÊNCIA (P2)					
ANO	RCL	Variação	ANO	ASPS - LC 141	Variação
	R\$ Bilhões			R\$ Bilhões	
			2013	83,053	
2014	641,58		2014	92,247	11,07%
2015 (P2)	667,24	4,00%	2015 (P1)	97,782	6,00%
2016 (P2)	693,93	4,00%	2016 (P1)	103,649	6,00%
APLICAÇÃO EM ASPS EM 2016 (em R\$ Bilhões)					
REGRA PEC 358/2013		PERDA DE APLICAÇÃO		REGRA LC 141/2012	
13,20%	91,60	-12,050		6,00%	103,649

Considerando os valores de aplicação mínima apurados nos três cenários anteriores, para que não houvesse perda em comparação aos valores calculados pela metodologia da LC 141/2012, os valores das receitas correntes líquidas deveriam ser de R\$ 698,891 bilhões em 2014 (P0), R\$ 792,643 bilhões (P1) e R\$ 785,217 bilhões.

Essas perdas projetadas referem-se somente à apuração do valor mínimo de aplicação, pois não foram consideradas as perdas decorrentes do fato dos recursos do Pré-Sal perderem a condição de aplicação adicional ao mínimo constitucional, nem as perdas advindas da execução orçamentária obrigatória das emendas individuais equivalente a 0,6% das RCL (Tabela 4).

Tabela 4

PERDAS ESTIMADAS DECORRENTES DO ACRÉSCIMO DO VALOR DAS EMENDAS					
Cenários Projeção	Percentual da RCL (A)	RCL (B)	Valor das Emendas (C=AxB)	Média das Emendas 2009-2013 (D)	Acréscimo PEC 358/2013 (E=C-D)
2015 P1	0,60%	683,28	4,10	1,00	3,10
2015 P2	0,60%	667,24	4,00	1,00	3,00
2016 P1	0,60%	727,70	4,37	1,00	3,37
2016 P2	0,60%	693,93	4,16	1,00	3,16

É oportuno observar que a execução orçamentária (valores empenhados) das emendas vinculadas ao orçamento do Ministério da Saúde totalizaram pouco mais de R\$ 1,0 bilhão em média no período 2009-2013, ou seja, cerca de 1/3 do valor que será obrigatório executar a partir de 2015 (neste caso, a obrigatoriedade entrou em vigor em 2014, por meio do artigo 52 da Lei de Diretrizes Orçamentárias da União).

Considerando que essa aplicação obrigatória das emendas fará parte do gasto mínimo de aplicação legal em ASPS (pois o gasto com emendas não será um valor adicional à aplicação mínima legal), haverá uma perda de financiamento de cerca de R\$ 3,0 bilhões calculada pela diferença entre o total da aplicação obrigatória das emendas correspondente a 0,6% da RCL e o valor médio dessa aplicação verificado no período 2009-2013 (quando não havia essa obrigatoriedade).

Como vigora desde 2000 a lógica imposta pela área econômica de que aplicação mínima legal em ASPS é a aplicação máxima governamental, haverá redução de recursos para a aplicação em ASPS de R\$ 3,0 bilhões em 2015. Para 2016, considerando os cenários P1 e P2, a perda total (aplicação mínima mais emendas obrigatórias) será entre R\$ 11,5 bilhões e R\$ 15 bilhões.

Por fim, haverá outra perda a partir de 2015: 25% dos recursos do “Pré-Sal” que seriam destinados para o financiamento do SUS como aplicação adicional ao mínimo legal nos termos dos artigos 2º e 3º da Lei nº 12858/2013, passarão a integrar a base de cálculo dessa aplicação mínima.

A contrarreforma mais recente na saúde universal brasileira

Áquilas Mendes

Professor Doutor Livre-Docente de Economia da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Não é novidade para ninguém que o SUS sofre de um subfinanciamento histórico. Durante os seus 27 anos de existência não se resolveu o problema de fontes suficientes e seguras para o nosso sistema universal de saúde. Esse longo período é justamente aquele em que o capital financeiro, principalmente na sua forma mais perversa de capital fictício, manteve-se soberano no movimento do capitalismo contemporâneo. Sua forma de atuação tem, entre outros resultados, enfraquecido os orçamentos do fundo público, o que compromete a manutenção dos direitos sociais no mundo capitalista, em geral, e no Brasil, em particular. Nesse quadro, destaca-se o direito universal à saúde, que embora tenha sido estabelecido na Constituição de 1988, se viu estrangulado no âmbito da nova fase do capitalismo contemporâneo, sob a dominância financeira.

Em sintonia com esse contexto mais amplo, a continuidade da política econômica fundamentada no tripé - metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante -, adotada pelo governo federal desde o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), deu origem a constantes estrangulamentos – cortes de gastos públicos - que impedem o pleno desenvolvimento da saúde universal no país, dada a situação de subfinanciamento que impõe ao SUS. O quadro econômico, que se seguiu à criação do SUS, é significativamente diferente daquele quando os países capitalistas avançados, principalmente da Europa,

desenvolveram seus sistemas universais de saúde. Se no passado, havia plenitude de recursos, atualmente estes são disputados com o capital financeiro, cujo interesse é manter o pagamento dos juros da dívida pública e acessar recursos antes obstaculizados.

Recentemente, duas medidas tiveram o apoio do governo federal que acabaram por prejudicar ainda mais esse subfinanciamento: a) uma diz respeito à nova lei que permite a exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde, inclusive o filantrópico, por meio da permissão de aquisição das Santas Casas – instituição que basicamente é financiada pelo Estado brasileiro -; b) a outra medida é a PEC 358/2013 que modifica a base de cálculo do financiamento federal da saúde, reduzindo-o ainda mais do baixo nível de gasto que se alcançou até recentemente (1,7% do PIB em 2013, sendo 3,9% incluindo os três níveis de governo).

- Capital Estrangeiro na saúde brasileira: uma força contra o SUS

- o Em 17 de dezembro de 2014 foi aprovada no Congresso Nacional a MP 656/2014 que, dentre outras medidas, promove a abertura da saúde para o capital estrangeiro. De acordo com essa medida provisória, empresas e capitais estrangeiros poderão instalar, operar ou explorar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas. Também poderão atuar em ações e pesquisas de planejamento familiar, e serviços de saúde exclusivos para atendimento de funcionários de empresas. Atualmente, a presença do capital externo já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde, e de farmácias. A MP altera a Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que originalmente proíbe os investimentos estrangeiros no setor, e fere também a Constituição Federal de 1988, em seu artigo n.º. 199.
- o Imediatamente após essa aprovação, várias entidades vinculadas ao Movimento da Reforma Sanitária (MRS) redigiram um manifesto solicitando o veto presidencial ao artigo 142 do texto da MP. Porém, o veto da presidenta Dilma não ocorreu e, em 19 de janeiro de 2015, foi editada a **Lei n.º 13.097, publicada no Diário Oficial da União de 20/01** (ver link: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei-13097-2015.htm>), desrespeitando o texto constitucional. Diante dessa inconstitucionalidade, as entidades do MRS, mantendo seu compromisso com a preservação do direito universal à saúde e com a responsabilidade do Estado na garantia desse direito, vêm realizando uma posição contrária a essa nova Lei e defendendo que o Supremo Tribunal Federal decida pela aprovação da Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin), **já foi encaminhada por outra entidade que não integra o MRS.** Entendemos que essa luta não deve ser apenas jurídica, mas, sobretudo política, no sentido de incorporarmos em nossa agenda o repúdio à essa medida e ao posicionamento do governo federal que vem mantendo o seu argumento a favor.
- o Na realidade, o governo federal tem insistido no argumento de que a primeira “brecha” para a entrada de capital estrangeiro no mercado de saúde brasileiro ocorreu em 1998, com a lei que regulamenta Planos de Saúde e, sendo assim, a Lei n.º 13.097 não constitui uma novidade nesse campo. A partir da Lei de 1998, operadoras de saúde de capital internacional, sob a liderança do capital financeiro, foram autorizadas a comprar planos no Brasil. Sabe-se que desde então, a empresa *United Health* adquiriu a Amil e o grupo americano *Bain Capital* - fundo de *private equity* e *venture capital* - comprou a Intermédica. Contudo, os arautos dessa argumentação esquecem-se de dizer a respeito da resistência por parte de várias entidades vinculadas ao SUS quando da aprovação dessa Lei e, principalmente, os problemas que essa decisão foi prejudicando a defesa do direito universal à saúde. Sem dúvida, a Lei n.º 13.097 veio para agravar ainda mais a possibilidade de ampliarmos a conquista desse direito pela sociedade brasileira.

- O Financiamento do SUS na encruzilhada: a PEC 358/2013 (Orçamento impositivo)

- o É importante que se recorde que a PEC 358/2013 foi priorizada no Congresso Nacional, desde maio de 2014, com a sua aprovação em primeiro turno e, finalmente aprovada, em segundo turno, em 10 de fevereiro de 2015. Nessa PEC que institui o «Orçamento Impositivo» (obrigatoriedade de execução total das emendas parlamentares no orçamento) foi incluída uma nova base de aplicação do governo federal na saúde (arts 2º e 3º), alterando a base de cálculo de

Receita Corrente Bruta para Receita Corrente Líquida (RCL), inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,7% dessa RCL, para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa PEC, até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, respectivamente. Já há vários cálculos realizados que indicam uma redução dos recursos do SUS. Há quem aponte uma perda de cerca de R\$ 8,6 bilhões para as ações e serviços públicos de saúde já no primeiro ano de implantação da PEC, em 2016 (ver artigo Francisco Funcia nessa Domingueira).

- Além disso, a PEC 358 aprovada trará dois graves problemas: a) o recurso referente ao Pré-Sal deixará de ser um excedente para a saúde, como estava previsto na Lei 12.858/2013, passando a incorporar a nova base de cálculo determinada pela PEC e, conseqüentemente com perdas de alguns bilhões de reais; b) um aumento das emendas parlamentares para um teto de 1,2% da Receita Corrente Líquida, sendo que 0,6% seriam retiradas do orçamento da saúde. Dessa forma, a situação de restrições ao financiamento do SUS será ainda maior.
- Essa PEC 358 ainda incluiu o aumento do quórum para novas mudanças do financiamento da saúde federal. Isso porque, somente poderão ser feitas modificações no financiamento por meio de emenda constitucional e não mais por lei complementar, tornando mais difícil aumentar os recursos para a saúde, pois serão necessários maioria de 3/5 dos votos.

A PEC 358 indica que o cenário futuro para o financiamento do SUS ficará bem distante da necessidade de financiamento para assegurar um sistema universal de saúde. O Subfinanciamento histórico permanecerá. Ademais, sabemos que as emendas parlamentares, na sua maioria, não são articuladas com o planejamento desenvolvido e construído democraticamente com a sociedade e em sintonia com a política de saúde do SUS. Percebemos nesse movimento que o orçamento impositivo veio para responder a uma imposição dos parlamentares a seus específicos interesses. Não sabemos aonde vamos parar. Todos os poderes querem impor seus interesses sem discutir conjuntamente discutir o que seria melhor para as políticas públicas. Sem dúvida, a situação de restrições ao financiamento do SUS será ainda maior a partir dessa PEC do Orçamento Impositivo. Quem perderá com isso? a sociedade brasileira. Ainda, merece comentário que essa PEC do Orçamento Impositivo já está influenciando os legislativos estaduais e municipais a adotarem o seu conteúdo. Isso porque, têm-se notícias que há vários parlamentares nessas instâncias de governo que já estão apresentando projetos inspirados no Orçamento Impositivo dessa PEC. Precisaremos ficar atentos a esse movimento. Nessa direção, o SUS poderá ser ainda mais prejudicado.

Parece-nos fundamental cobrar desses poderes que a saúde ganhe prioridade na agenda da política pública no país. Para tanto, as entidades e movimentos da saúde pública universal devem cobrar insistentemente do governo federal e de seu poder legislativo, em extensão às demais esferas de governo, o cumprimento de suas responsabilidades. Exigir que os poderes sejam transparentes nas suas decisões, sempre comunicando-as aos órgãos de controle público, antes de qualquer definição. Não parece ser uma tarefa simples, porque o que vimos assistindo é o contrário. Por exemplo, somente depois da aprovação da Lei 13.097, que permite a entrada do capital estrangeiro na saúde, é que o governo federal saiu em sua defesa, aliando-se ao legislativo. As entidades e os movimentos não haviam sido chamados antes da aprovação da lei para um diálogo e debate. Desse modo, fica claro que as entidades, nesse contexto mais recente, não podem e não devem esperar propostas que fortaleçam o SUS público e universal por parte desses poderes. Os "ventos" estão em sentido contrário. Devem manter-se alertas e resistentes de maneira permanente.

A situação é alarmante. A lógica da política econômica austera, levada há anos pelo governo federal (aliás por diversos governos desde 1995), parece não ser alterada. Ao contrário, vimos cada vez mais o seu fortalecimento, sempre em direção a corte de gastos das políticas de direito, como é o caso da saúde, para responder ao superávit primário e às metas de inflação. Nada é anunciado em relação à ampliação do investimento de recursos das políticas sociais de direito, como a saúde.

Parece que o governo federal vem funcionando bastante sintonizado à lógica da dinâmica do capitalismo contemporâneo e sua crise, em que a prioridade do gasto público vincula-se muito mais aos interesses de apropriação do capital financeiro no orçamento público, do que à alocação de recursos para a política pública de saúde universal. Essa ideia é sustentada pelos argumentos do governo federal quando questionado sobre o porquê de não investir maior magnitude de recursos na política de saúde. Sua contestação sempre se refere à insuficiência de fonte específica para tanto. Contudo, sabe-se que **o Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social), por exemplo, vem há anos apresentando superávits. Mas esse é, em grande parte, direcionado ao pagamento de juros da dívida. É importante acrescentar que esse direcionamento tem tido nome: Desvinculação das Receitas da União (DRU), em que 20% das receitas da seguridade social são retiradas e direcionadas a outras finalidades.** Esse mecanismo vem provocando perdas de recursos para a Seguridade Social de cerca de R\$ 641,4 bilhões, entre 1995 a 2013, tendo sua **continuidade assegurada até 2015. Não temos como abandonar a resistência a tudo isso. O cenário futuro conclama a nossa indignação e ação contrária.**

Para onde caminha o SUS?

Lenir Santos

A lei 13.019, em seu art. 142, aprovada na Câmara dos Deputados em 17 de dezembro de 2014 – no apagar das luzes do encerramento do mandato legislativo, recesso e final do ano – abriu a assistência à saúde para investimento do capital estrangeiro, de maneira total e irrestrita, sem nenhuma regulação.

Diversas entidades e pessoas discutiram o tema, que foi debatido no Conselho Nacional de Saúde neste ano. A questão é grave por ter a força dos interesses do capital estrangeiro no país pautado por eles e não as necessidades de saúde da população, planejadas pela direção nacional do SUS.

O SUS está sofrendo um ataque sem precedentes em suas estruturas em razão da manutenção do subfinanciamento que aumenta formando uma equação deletéria que é **o crescimento das necessidades de saúde x recrudescimento do financiamento**, como visto com a aprovação da PEC 358 que traz perdas para o SUS; a abertura geral e irrestrita do investimento estrangeiro na assistência à saúde, sem planejamento prévio de sua necessidade onde, quando e como; e a PEC 451 que exige dos empregadores a garantia de plano de saúde para seus empregados, em tramitação no Congresso Nacional.

Um perfeito casamento para transformar definitivamente o SUS em um sistema de saúde pobre para pobres.

A aprovação da lei viola a autoridade do País na organização de seu sistema de saúde público; viola a cidadania ao violar a Constituição e impedir que a autoridade pública, mediante planejamento, possa

dizer onde, quando e como se devem criar as exceções à regra da vedação, porque ela, a lei, admite exceções em nome do interesse público.

A presença do capital estrangeiro na assistência à saúde deveria ser prévia à sua abertura em casos específicos e não geral e irrestrita. Ao invés de pautarmos os investimentos estrangeiros fomos pautados pelos seus interesses. Agora, depois de permitida a sua entrada sem planejamento e discussão, sem regulação alguma – é que vamos discutir essa presença.

O SUS está andando pra traz como autoridade sanitária da saúde pública brasileira: ao invés de impor, é pautado; ao invés de referenciar, é referenciado.

Perguntas sem respostas. Por que se violou a Constituição abrindo totalmente a assistência à saúde ao capital estrangeiro, sem regulação? Por que isso ocorreu sem que o Ministério da Saúde fosse ouvido, sem planejamento prévio?

A justificativa é de que o capital estrangeiro já estava no país de forma ilegal e que, portanto, era melhor abrir para poder – **depois** – regular. O mesmo que dizer: é melhor ser forçado pelos interesses privados econômicos na saúde do que pelas necessidades de saúde da população.

Se não delimitamos até hoje o que cabe ao privado fazer e o que cabe ao público, iremos fazer em relação ao capital investidor estrangeiro?

Sabemos que temos falta de médicos nas periferias, tanto que foi feito o programa Mais Médico. Certamente **não** teremos investimentos estrangeiros para a atenção básica; nem nas especialidades, que agora esta sendo estudada, planejada: ela depende de mão de obra qualificada e o capital estrangeiro não trará mão de obra especializada, mas sim investirá em áreas de tecnologias, hospitalar, apoio diagnóstico; nos planos privados de saúde, uma vez que a abertura conferida pela lei 9656 refere-se ao investimento do capital estrangeiro nas operadoras e seguradoras e não nos serviços.

Vamos instalar competição no terceiro setor? Vamos permitir OSs estrangeiras, as quais praticamente detém uma delegação pública para atuar em nome do Poder Público?

Para onde caminha o SUS?