



O CRÔNICO SUBFINANCIAMENTO DO SUS E A NEFASTA POLÍTICA DE FAVORECIMENTO DO ESTADO BRASILEIRO DESTINADO AS OPERADORAS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Jonas Sona de Miranda Pires

RESUMO: O presente trabalho propõe-se a estudar a estruturação do sistema brasileiro de saúde. O artigo ainda pretende mensurar o nível de investimento que o governo federal alocou para o setor nos últimos anos. Ainda serão expostos os constrangimentos impostos à seguridade social em especial, à saúde pública pela crise de 2008 e a crônica dificuldade orçamental do SUS desde a sua implementação. Da mesma forma não é tangível apresentar soluções milagrosas para problemas conjunturais tão complexos, o SUS desde sempre teve problemas orçamentais, e sofre com o subfinanciamento.

Palavras- chaves: Histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), Financiamento da Seguridade Social, Neoliberalismo e Sistemas Públicos de Saúde, Crise Econômica Mundial

ABSTRACT: This paper has the intention to compare and describe the historical process that culminated in the formation of the health public system in Brazil. Other intention is measure the level of public investment that the governments are allocating to this field in recent years. The intention is explore the embarrassment that impact in the social insurance, specially at the public health. Finally, in fact, the Brazilian health system (SUS) always had low financial budget.

Keywords: History of Brazilian Health system (SUS), Financing and social insurance, Neoliberalism and of Public Health Systems, World Economic Crises

INTRODUÇÃO

A materialização desse presente trabalho surgiu com acalorados debates acadêmicos que estudam como se deu a construção do sistema de saúde brasileiro sob a égide neoliberal, esta idealizadora do subfinanciamento e desmantelamento de políticas públicas direcionadas ao incipiente Estado de bem-estar social nacional. Portanto, esse artigo buscou contextualizar a dinâmica perniciosa que asfixia o Sistema Único de Saúde (SUS) e por outro lado impulsiona o sistema de saúde suplementar.

A construção do que gostaríamos que fosse um sistema universal começou a se materializar com os movimentos pela reforma sanitária, que foram coordenados por especialistas¹ em saúde e intelectuais opositores do regime militar. Destacaram-se nesse período: Juan César Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sérgio Arouca, que se dedicaram ao ensino da medicina preventiva e social, onde nesse fértil campo para discussão lideraram movimento de vanguarda que pleiteou pela universalização da saúde no Brasil.

1 Grupo de Intelectuais que durante os anos 1970/80 lideraram o movimento pela reforma sanitária no Brasil. Segundo Rocha (2002, p.03), "os esforços desses reformadores representou o nascimento de uma Escola Latino-Americana de pensamento na saúde, que elaborou uma nova compreensão das relações entre a saúde e a sociedade, entre trabalho e doença, entre classes sociais e Medicina, entre conhecimento e produção industrial na saúde, entre política e democracia, poder e controle social, e que veio a constituir a Saúde Coletiva, no Brasil".



Apenas com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (após vinte e um anos de ditadura militar) e, por meio de decreto constitucional, nascia o Sistema Único de Saúde. No entanto, se por um lado significava em teoria uma conquista da sociedade brasileira, por outro, o SUS foi concebido durante um dos momentos mais sensíveis da história latinoamericana, caracterizado por hiperinflação, crise da dívida externa e taxas elevadas de desemprego, por coincidência, mesmo período da guinada neoliberal comandada por Thacher e Reagan.

Além do contexto histórico descrito que culminou com o surgimento do SUS, o artigo busca trazer à tona esclarecimentos sobre o controverso modelo suplementar de saúde, seu financiamento pelo Estado e o crônico subfinanciamento do SUS. Não nos compete nesse artigo apontar meios alternativos para o financiamento da saúde pública brasileira.

CONTRADIÇÕES DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DO BRASIL

É consenso entre os autores que se debruçam sobre o estudo do surgimento da Saúde Pública brasileira, que assim como na maioria dos países, no Brasil, o cuidado hospitalar tenha-se originado a partir da vontade ou ação direta do Estado. Esse movimento também esteve associado as atividades beneficentes e filantrópicas, principalmente de entidades ligadas a instituições religiosas, como por exemplo a implementação das Santas Casas pela Igreja. A interação entre o público e o privado sempre foi estreita nos modelos de saúde nacional. A rede hospitalar privada, em meados dos anos 1950, era superior à rede pública existente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e nos hospitais do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios. Contudo, seu custeio e financiamento era cada vez mais feito pelo poder público. Desde os primórdios a iniciativa privada se beneficia e apropria-se dos recursos públicos, como afirma o próprio Plano de Metas para Saúde, elaborado em 1963 como parte do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico, onde estimou-se que aproximadamente 62% do total de leitos hospitalares no Brasil, eram provenientes da iniciativa privada, e dependentes do auxílio financeiro da União para o seu custeio (MÉDICI, 1992, p.81).

No que se refere ao meio de oferta privado, cabe elucidar que este é dividido em dois subsetores: o subsetor de saúde suplementar e o subsetor clássico e liberal; este é composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, em que os profissionais da saúde de maneira autônoma estabelecem suas agendas, as condições de tratamento e remuneração (PIETROBON *et al*, 2008, p. 768). A saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde com financiamento privado, entretanto, o setor é beneficiado por subsídios públicos e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), ou seja, estamos falando de dinheiro público que contempla o capital privado em detrimento do próprio SUS, este historicamente carente de



maiores recursos financeiros. No que tange aos profissionais prestadores de assistência, estes denominados como trabalhadores da iniciativa privada, são credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema (PIETROBON *et al*, 2008, p. 769). As cooperativas médicas, são regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo, oferecem assistência aos associados por meio de contratos coletivos, familiares e individuais que prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados que são médicos e outros profissionais da área de saúde (PEREIRA FILHO, 1999).

O conceito de Saúde suplementar evoluiu e prosperou em todo o país e, segundo o Ministério da Saúde, em 2012, mais de 47 milhões de brasileiros possuíam planos de saúde, desse montante, cerca de 30 milhões participam de convênios empresariais, oferecidos pelos empregadores aos seus funcionários. Os demais são clientes de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão (formados por profissionais liberais que atuam no mesmo ramo, organizados em sindicatos ou associações).

Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, e algumas instituições do governo federal, já possuíam planos de saúde. Esse modelo infelizmente incutiu nos sindicatos e trabalhadores em geral a ideia de que o maior benefício destinado para as categorias representadas pelas entidades sindicais seria a cobertura hospitalar por algum tipo de seguro de saúde. Por outro lado, não houve a construção coletiva com os trabalhadores e sindicatos para o fortalecimento de um sistema público e universal no Brasil. De forma geral, a busca por padrões de conforto diferenciados como quartos particulares de internação, fizeram com que os operadores privados de saúde obtivessem grande demanda por seus serviços, caracterizados por padrões de qualidade elevados se comparados ao recém-nascido e cronicamente subfinanciado Sistema Único de Saúde (SUS).

Na medida em que o subfinanciamento crônico imposto ao SUS torna-o insuficiente para cobrir esses requisitos, abre-se espaço para o funcionamento do setor privado autônomo, o qual surgiu sob a forma de organização das empresas médicas (MÉDICI, 1992, p.81). A história da saúde suplementar é marcada por contradições, esta usufrui de recursos públicos por meio de incentivos fiscais, financiamentos e isenção de impostos, na outra ponta dessa corda que está cada vez mais tensionada, temos o sistema público de Saúde que vem sendo asfixiado lentamente por todos os governos democráticos que se sucederam após a criação do SUS, embora, o processo de desmonte da saúde pública segue em ritmo mais acelerado no governo golpista de Michael Temer e na desastrosa gestão do ministério da saúde pelo engenheiro Ricardo Barros.

No entanto, deve-se ressaltar que o processo de desmonte do SUS ganhou impulso inicial nos anos 1990. A conjuntura internacional direcionou um novo papel para o Estado,



não nos esqueçamos que as políticas de proteção social deterioraram-se após a onda neoliberal que atinge em cheio a América Latina. Com efeito, houve de fato um rápido crescimento da Saúde Suplementar, a princípio, desordenado e desregulado. Como resposta ao processo, o Congresso Nacional aprova as leis 9.656/98 e, posteriormente, por meio da Lei n. 9.961/2000, com efeito, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), possibilitando assim, que a nova Agência “regulamentasse” o mercado, por meio de regras de competição mais claras, e garantias mínimas de cobertura destinadas ao atendimento dos usuários portadores de HIV, idosos e pacientes que requeriam hospitalização mais prolongada (CONASS, 2007, p.27). Consequentemente, o sistema privado vem se aproveitando das lacunas deixadas pelo Estado, na verdade, o segundo, age como sócio majoritário da burguesia dominante e garantidor dos interesses do capital financeiro; Marx, deixa isso claro em O Manifesto Comunista (2007,p.42) que :

“a burguesia conquistou finalmente para si, desde a criação da grande indústria e do mercado mundial no moderno Estado representativo, o domínio político exclusivo. O poder estatal moderno é senão um comitê que administra os negócios comuns do conjunto da classe burguesa”.

Durante os seus quase 30 anos de existência, o SUS foi refém do capital portador de juros, este se manteve-se soberano no movimento de valorização do capital. Sua atuação vem marcando presença destrutiva nos orçamentos do fundo público, apropriando-se de recursos e introduzindo mecanismos de mercantilização no interior desse nosso sistema de saúde (MENDES, 2015). O assédio mercantilista sobre o SUS vem desde o seu processo embrionário, não eram incomuns os embates ideológicos travados entre os movimentos sociais de cunho progressista e as forças políticas reacionárias e privatistas que ameaçavam o projeto de consolidação para um sistema de saúde público e universal (FALEIROS;VASCONCELOS; SILVA; SILVEIRA, p. 46).

ORÇAMENTO DO SUS

O orçamento do Estado brasileiro foi estruturado com a Constituição de 1988, o orçamento foi planejado em três esferas; o Orçamento Fiscal, composto pelos impostos, tendo no imposto de renda a sua maior arrecadação; seus gastos são direcionados ao conjunto de políticas públicas exceto saúde, como: defesa nacional, judiciário, educação, trabalho, habitação, cultura, agricultura, transporte, indústria, comunicação e pagamento da dívida pública (CISLAGHI *et al* 2011, P.03). O Orçamento das Estatais refere-se ao orçamento das empresas estatais de capital aberto ou não, e por último e não menos importante o Orçamento da Seguridade Social (OSS), composto pelas políticas de saúde, previdência e assistência social além da proteção ao trabalhador. Por meio de lei complementar, foi instituído que 30% dos recursos do OSS seriam destinados ao SUS, juntamente com esses recursos federais, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição,



receitas provenientes dos Tesouros estaduais e municipais (MENDES E MARQUES, 2009, p.843). O fundo orçamental do OSS advém das contribuições previdenciárias, a Constituição prevê ainda que, de acordo com as necessidades, o orçamento da seguridade social pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal. (CISLAGHI *et al* 2011, P.03).

Com o intuito de angariar fontes alternativas de recursos que pudessem ser redirecionados à saúde, em 1994 o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara instituíram o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), que entrou em vigor a partir de 1997, já denominada como CPMF, a nova contribuição tributava em 0,38% cada transação financeira realizada no país: saques, transferências e pagamentos bancários (MENDES e MARQUES, 2009, p.846).

Mendes e Marques, 2009, ponderam que em seu primeiro ano, a participação da CPMF no orçamento da saúde foi de R\$ 6,7 bilhões de reais, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento no setor, no mesmo estudo, os autores afirmam que os recursos da CPMF não significaram o volume esperado, uma vez que a Cofins, e parte dos recursos da própria CPMF foram destinados a atividades alheias à saúde.

Em 2007, apresentada na forma de proposta de emenda à Constituição, a prorrogação da CPMF foi aprovada pela Câmara dos Deputados, mas foi vetada no Senado por uma pequena margem de quatro votos dos 49 necessários para sua aprovação. Com efeito, a partir de janeiro de 2008, o tributo deixou de ser cobrado e o governo alega que perdeu desde então 40 bilhões em recursos que poderiam ser destinados para o SUS (SENADO FEDERAL/CPMF).

NOTAS FINAIS

Nos é evidente que os movimentos do Estado brasileiro buscam asfixiar lentamente o SUS, evidentemente que, sob a tutela do capital portador de juros. Entre indas e vindas de recursos provenientes de diferentes meios de tributação, no contexto exposto de constrangimentos que o SUS sofre desde sua emancipação, a polêmica taxação sobre a movimentação financeira, a extinta CPM, constituiu importante fonte material para o financiamento da saúde pública brasileira, mesmo que boa parte de seus recursos tenham sido destinados para outras atividades do OSS. Para entendermos a importância que o tributo teve no financiamento do SUS, em 2006, a receita da CPMF correspondeu a R\$ 32,1 bilhões, sendo que 40,22% desse montante foram destinados à Saúde (MENDES E MARQUES, 2009, p. 848). Em concordância com os autores mencionados, entendemos que O SUS permanece intencionalmente subfinanciado, por outro lado, os atores prestadores de saúde suplementar gozam de benefícios e incentivos fiscais, e é verdade que seguem num processo pujante de expansão mercadológica, formando até mesmo grandes oligopólios, vitaminados pelo capital estrangeiro, haja à vista a entrada de empresas e capital



internacional na saúde brasileira. O Estado nacional, que deveria ser garantidor dos direitos dos trabalhadores, é parceiro, atuante e protagonista do grande capital e nos negócios da burguesia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cresce o número de cidadãos que têm algum tipo de cobertura privada**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/plano-de-saude-privado> Acesso em: 20/12/2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde / Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 102 p. : il. – (SérieA. Normas e manuais técnicos)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. **SUS Registra Recorde em Ressarcimento**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/09/sus-registra-volume-recorde-de-ressarcimento>. 1 Acesso 11/09/2013
- 1993.
- CISLAGHI, J. Teixeira. **O Financiamento Do SUS**: Principais Dilemas. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos, 2011, IPEA.
- Datasus/Tabelas**, Governo do Brasil 2012; disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#cober>; Acesso em 09/11/2014
- Desenvolvimento E Saúde**: A declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores; revista latino americana de enfermagem 2004 12(3) 447-8.
- MARQUES, Maria & MENDES, Áquilas. **Os Dilemas Do Financiamento Do Sus No Interior Da Seguridade Social**. Economia e Sociedade, Campinas, v. 14, n. 1 (24), p. 159-175, jan./jun. 2005.
- MARX, K. ENGELS F. **O Manifesto Comunista**, Ed. Boitempo , 2007
- MENDES, Áquilas & MARQUES, Rosa Maria. **O Financiamento Do Sus Sob Os "ventos" Da Financeirização**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, June 2009
- ANAIS 7º SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE 27 a 29 de Outubro de 2017



MÉDICI, André César. **Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no BRASIL**. Rev. Adm. púb., Rio de Janeiro, 26 (2): 79-115, abr./jun. 1992.

PEREIRA Filho, Luiz Tavares; **Iniciativa privada e saúde**. Estudos av. vol.13 no.35 São Paulo, Jan./Apr.1999.

PIETROBON, Louise & PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. **Saúde suplementar no Brasil**: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, 2008.

Senado Federal/CPMF – **Discussão da Prorrogação da CPMF**. Disponível em:

<http://senadofederal.tumblr.com/post/69782893251/ha-6-anos-o-senado-acabou-com-a-cpmf>. Acesso em 11/11/2014.