

CRISE FISCAL ELEVA RISCOS

Redução de recursos provocada pela aprovação da PEC 241 e número crescente de usuários que perderam plano de saúde agravam as deficiências de atendimento Por Roberto Rockmann

A crise fiscal que abate União, Estados e municípios, a recessão econômica, o envelhecimento da população e o novo perfil epidemiológico nacional, que combina doenças endêmicas (como dengue e zika) e moléstias de países desenvolvidos como câncer e diabetes, pressionam o Sistema Único de Saúde (SUS), que atende cerca de 160 milhões de brasileiros. O financiamento do setor está em xeque em um momento em que a demanda é crescente: 1,5 milhão de brasileiros perderam emprego neste ano e deixaram de contar com planos privados de saúde. Apenas no Espírito Santo, 50 mil capixabas ingressaram no sistema público de saúde. A condição difícil do setor poderá se deteriorar ainda mais ao longo dos próximos anos.

"A situação é preocupante por combinar um novo regime fiscal com o envelhecimento da população, que também passa a ter moléstias cujo tratamento é mais caro", diz o secretário de Saúde do Paraná, Michele Caputo Neto, que também é presidente do Conass, entidade que reúne os 27 secretários estaduais de saúde do país. Para ele, três problemas prejudicam os hospitais públicos. Primeiro, o subfinanciamento do segmento. Os recursos do SUS têm sofrido percalços desde o início da operação, em 1990, quando o então presidente Fernando Collor de Mello retirou do artigo que o regulamentava uma fonte de financiamento sobre o sistema.

Em 1997, foi criada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), extinta em 2007. O imposto representava um terço do orçamento do Ministério da Saúde e hoje equivaleria a R\$ 65 bilhões. O governo federal, que chegava a custear cerca de 70% dos gastos, responde por menos da metade. O gasto público em saúde no Brasil está em cerca de 5% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto nos sistemas isolados na Europa é de 8%, mas o sistema está se encarecendo com o novo perfil de doenças, aumento da expectativa de vida e obesidade. Só 25% da população tem acesso



a seguro de saúde.

A questão se torna mais complexa depois da aprovação em 2016 da PEC 241, que terá validade de 20 anos, com possibilidade de revisão em dez anos. Além de se livrar de gastar um montante fixo na área de saúde, o governo federal passou a ter a opção de congelar as despesas com base em 2016. "As medidas aprovadas no Congresso nos preocupam", afirma Caputo Neto. O subfinanciamento também é oriundo da defasagem nos custos dos procedimentos médicos realizados nos centros hospitalares.

"A defasagem da tabela SUS é um dos grandes problemas que precisam ser resolvidos pelo governo federal para que o sistema tenha sustentabilidade", analisa Edson Rogatti, presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (Fehosp).

Mais de 1,5 mil procedimentos hospitalares incluídos na Tabela SUS, padrão de referência para pagamento dos serviços prestados por estabelecimentos conveniados e filantrópicos que atendem à rede pública de saúde, estão defasados. No pagamento pelo tratamento de pneumonia, em 2008, R\$ 707 eram pagos a cada internação. Em 2015, o valor médio passou para R\$ 960, cifra defasada em 90% quando comparada com os principais índices de inflação acumulados no período.

O segundo problema que atinge os hospitais públicos é a judicialização dos custos de saúde. Estudo do Tribunal de Contas da União (TCU) apontou que os gastos da União com processos judiciais referentes à saúde, em 2015, foram de R\$ 1 bilhão, aumento de mais de 1.300% em sete anos, ante os R\$ 70 milhões apurados em 2008. O fornecimento de medicamentos, alguns sem registro



Hospital das Clínicas em São Paulo: quadro crítico

ROGERIO SANTIS / FUTURAPRESS/FOLHAPRESS

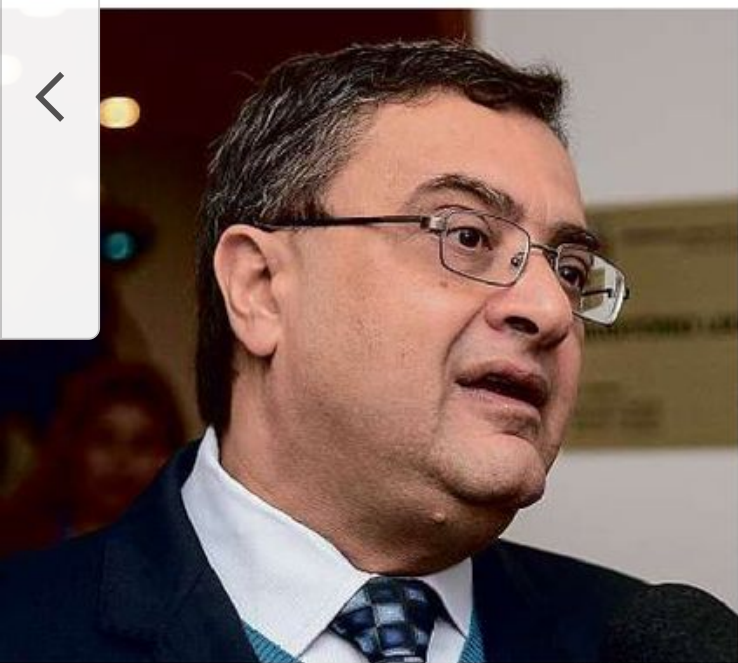
HOSPITAIS PÚBLICOS

no SUS, corresponde a 80% das ações na justiça. Foram detectadas ainda fraudes para obtenção de benefícios indevidos. Entre 2010 e 2015, mais de 53% desses gastos se concentraram em três medicamentos que não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), sendo que um deles não possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). “Ninguém é contra buscar justiça, mas é preciso levar em conta que os tratamentos e os medicamentos têm de ter respaldo científico, têm de ter aprovação da Anvisa e têm de ter registro, não se podem abrir brechas em relação a isso, e há articulações de advogados com laboratórios e fornecedores. Esse é hoje um grande problema do sistema público”, diz Caputo Neto.

O terceiro obstáculo é a gestão dos hospitais e das políticas de saúde. Em três anos, 33 secretários de saúde de Estado foram trocados. O orçamento dos governos está apertado. Em Tocantins, 90% dos recursos para a área estão atrelados à folha de pagamento, o que reduz o espaço para investimento a menos de 5%. “A governança do sistema precisa melhorar como um todo, os três maiores custos dos hospitais são pessoas, energia elétrica e água.” No Paraná, os hospitais públicos têm buscado qualificar os usuários que procuram atendimentos específicos, como neurologia. Neste caso, conseguiram-se tirar entre 30% e 40% dos pacientes que esperavam para tratar-se com um neurologista mas tinham sintomas que indicavam a necessidade de outro especialista.

O aperto fiscal deve ter impacto sobre os investi-

Caputo Neto, secretário: medidas da PEC 241 preocupam



VENILTON KÜCHLER / DIVULGAÇÃO

mentos. No Paraná, o orçamento nos últimos sete anos dobrou para R\$ 15 bilhões. Neste ano, conseguiu-se aumentar em R\$ 200 milhões a verba para a pasta, mas em 2018 a tentativa é de, pelo menos, manter os gastos. Em outros Estados, a situação pode se tornar pior, como em Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, cujas contas públicas estão mais deterioradas.

Isso pode reduzir mais a oferta de leitos para internação e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), elevando as filas. Estudo do Conselho Federal de Medicina (CFM) aponta que a oferta de leitos de UTI em estabelecimentos públicos ou conveniados ao SUS está disponível em somente 505 dos 5.570 municípios brasileiros, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O Brasil possui cerca de 41 mil leitos de UTI.

Metade deles está disponível para o SUS, que potencialmente atende 163 milhões de brasileiros, e a outra metade é reservada à saúde privada ou suplementar (planos de saúde), que hoje atende cerca de 25% da população. Mesmo que o número de leitos de UTI tenha aumentado – algo em torno de 7,5 mil nos últimos cinco anos –, a quantidade de leitos no SUS é insuficiente. Segundo dados do CFM, em 70% dos Estados não há o número de leitos de UTI sugerido pelo Ministério da Saúde para garantir o atendimento da população.

De acordo com a Portaria Ministerial nº 1.101/2002,



Hospital do Subúrbio, em Salvador: prêmio da ONU

deveriam existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares por grupo de mil habitantes. A oferta necessária de leitos de UTI deve ficar entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares, índice de um a três leitos para cada 10 mil habitantes. Se consideradas as unidades públicas e privadas, a quantidade de leitos de UTI representa 9,3% dos leitos de internação existentes no Brasil, ou seja, há 1,86 leito para cada grupo de 10 mil habitantes. Proporcionalmente, no entanto, o SUS conta com 0,95 leito de UTI para cada grupo de 10 mil habitantes, enquanto a rede “não SUS” tem 4,5 leitos para cada 10 mil beneficiários de planos de saúde, quase cinco vezes a oferta da rede pública.

Esse conturbado contexto tem feito surgir iniciativas inovadoras. No Nordeste, alguns governos, como na Bahia, estudam usar Parcerias Público-Privadas (PPPs) para construção de novos hospitais públicos. O Estado tem experiência no segmento: com um total de 313 leitos, o Hospital do Subúrbio, em Salvador, foi premiado pela Organização das Nações Unidas (ONU) pela melhoria na prestação de serviços públicos em 2015.

Segundo o secretário-executivo das PPPs na Bahia, Rogério Princhak, esse Estado concentra 30% das PPPs na área de saúde do Brasil. Além do Hospital do Subúrbio, está em execução o projeto de Diagnóstico por Imagem (Telemedicina) para modernizar o serviço nos hospitais ligados ao governo estadual. E foi contratado o projeto

do Instituto Couto Maia, em Salvador, voltado para o atendimento a doenças infectocontagiosas.

Outra iniciativa inovadora está no Paraná, que tem chamado a atenção de outros Estados. Em 2011, o governo paranaense criou o programa Hospsus, que destina recursos estaduais para custeio, investimentos em obras, equipamentos e capacitação profissional para hospitais públicos e filantrópicos do Estado. Com a ideia, o governo paranaense evitou o fechamento de leitos e criou uma nova fonte de receita para os hospitais públicos. No início, o foco da iniciativa foi a gestação de alto risco e o tratamento de traumas em uma rede de 53 hospitais credenciados. Foram mais de R\$ 700 milhões em custeio, sendo R\$ 100 milhões aplicados em obras.

Os recursos usados no programa vieram de mudanças promovidas pela secretaria de Fazenda. Com alíquotas baixas do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), o Paraná tinha o terceiro maior número de veículos licenciados no país. As alíquotas do imposto sobre veículos foram elevadas. Houve mudanças na reserva previdenciária do Estado, o que permitiu um alívio de R\$ 200 milhões no caixa do governo. “Foram criados indicadores para que os repasses pudessem ser feitos desde que os hospitais cumprissem as metas, isso é fundamental para premiar a boa gestão”, diz Caputo Neto.