

A PEC dos gastos e o SUS

Mônica Viegas Andrade, Kenya Noronha, Cassio M. Turra*

Professores do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Muito tem sido debatido acerca do impacto que a PEC 55 terá sobre o financiamento da saúde. Para responder a essa pergunta, é necessário primeiro entender o atual contexto do financiamento do SUS. O SUS foi criado com a Constituição Federal de 1988 como o resultado de um processo paulatino de universalização do acesso aos serviços de saúde. Embora a sociedade brasileira tenha dado um passo importante ao reconhecer a saúde e o acesso a esses bens e serviços como um direito universal, essa escolha foi feita pensando o SUS como parte do sistema de seguridade social. Desde a sua criação, o SUS vem disputando recursos com a Previdência no orçamento da seguridade social e nessa batalha a saúde claramente vem perdendo.

Se o que queríamos era um sistema de saúde universal, não deveríamos ter construído esse sistema com garantias mínimas e alguma estabilidade de financiamento? Essa escolha é no mínimo paradoxal e denuncia a ambiguidade presente no Brasil, que conseguiu avançar normativamente no sentido de uma sociedade mais igualitária com a criação do SUS, mas que não se dispôs a enfrentar os desafios impostos pelo conflito distributivo inerente às nossas origens. A nossa escolha foi por um sistema de saúde segmentado que garantisse o direito igualitário à saúde,

mas que também preservasse o direito de comprar esses serviços no setor privado. Nesse contexto, o SUS nunca foi visto por parte da sociedade brasileira como a real opção de acesso aos serviços de saúde. As classes socioeconômicas médias e altas optaram por comprar os serviços no setor privado e utilizar o SUS principalmente para os serviços de alto custo. Restou aos grupos de menor renda a esperança de um SUS pouco acreditado e pouco legitimado pelos formadores de opinião. Não se trata aqui de culpabilizar a classe média por não legitimar o SUS ao procurar atender aos seus anseios através do sistema privado. Atualmente, mesmo nos sistemas predominantemente públicos, parte dos serviços é financiada através do setor privado uma vez que o Estado não é capaz de financiar a integralidade dos serviços de saúde. O setor de saúde é absolutamente dinâmico e cria a todo tempo novos serviços, novas tecnologias e novas demandas. Essas tecnologias, diferentemente de outros setores, em geral não são substitutivas, o que obviamente, resulta em uma espiral de crescimento dos custos se não forem impostas restrições orçamentárias ou no desenho de benefícios a ser ofertado. Dessa forma, em qualquer sociedade, as pessoas com capacidade de pagamento optam por comprar serviços de saúde adicionais porque a

saúde afeta o bem-estar individual e social direta e indiretamente.

O SUS, embora represente um grande avanço, ainda apresenta problemas de oferta e acesso principalmente no cuidado especializado o que torna os custos de oportunidade muito elevados para a sociedade. A impossibilidade de racionar a demanda por mecanismo de preços em sistemas públicos cuja utilização é gratuita, em geral, implica em ajustes da oferta dos serviços através da qualidade. No SUS, como sempre existiu um subfinanciamento, esse ajuste é ainda mais severo, se traduzindo também em longas filas de espera.

Considerando os gastos públicos e privados, o Brasil destinou, em média, desde os anos 2000, 8% do PIB, o que é próximo ao observado na maioria dos países da OCDE. A particularidade do caso brasileiro decorre da composição desses gastos. Enquanto o setor privado, que cobre 25% da população, gasta 4,4% do PIB, o setor público, que é universal, tem um dispêndio que corresponde a 3,6% do PIB, ou seja, 45% dos gastos totais com saúde. Mesmo nos Estados Unidos, cujo sistema de saúde é majoritariamente privado, os gastos públicos correspondem a 48% do total. O Brasil é o único país com um sistema público universal que tem parti-

ciação minoritária do gasto público em saúde. A despeito desse cenário pouco favorável, o SUS cresceu nesses 28 anos. Teve sucesso na política de imunização, na atenção primária, no combate ao tabagismo, no controle e tratamento da HIV/AIDS, na oferta dos serviços de alta complexidade e na rede de urgência e emergência.

Como a estabilidade do financiamento era um dos grandes problemas do sistema, um mecanismo foi tentar garanti-la por meio de outras vinculações de recursos, como ocorreu em 1996 com a criação da CPMF. A ideia original era garantir recursos adicionais para a saúde, mas na realidade a CPMF significou apenas a substituição de outras receitas do governo federal. A primeira vitória do SUS viria em 2000, com a EC 29, que embora não definisse fontes de financiamento específicas, estabelecia limites mínimos de gastos com ações e serviços públicos de saúde para cada esfera de governo. A EC 29 representa uma decisão de alocação de orçamento que o Estado brasileiro não havia realizado para a área da saúde até 2000. Apesar desse avanço, a EC 29 surtiu poucos efeitos na determinação dos gastos federais devido às dificuldades encontradas para sua regulamentação e a ausência de definição do que seriam as ações e serviços públicos de saúde. Foram necessários 12 anos para que a EC 29 fosse regulamentada através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Esse atraso mais uma vez reflete a dificuldade, principalmente da União, de vincular seus recursos para a saúde, deixando explícito o conflito distributivo implícito nessa decisão.

A EC 29 prevê que os estados e municípios destinem 12% e 15%, respec-

Desde a sua criação, o SUS vem disputando recursos com a Previdência no orçamento da seguridade social e nessa batalha a saúde vem perdendo

tivamente, de suas receitas próprias para a saúde, enquanto a União deveria destinar o gasto realizado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Essa regra foi alterada em março de 2015, quando em função do crescimento inédito observado na Receita Corrente Líquida (RCL) nos anos anteriores, foi proposto que a variação anual deixasse de ser indexada de acordo com a variação nominal do PIB e o piso passasse a acompanhar a RCL. Assim, em 2015, foi aprovada a EC 86 que alterou a definição do gasto mínimo do governo federal que iria gradativamente passar a ser indexado como fração da RCL: 13,2% em 2016, 13,7% em 2017 até alcançar 15% em 2020.

A partir da promulgação da EC 29 os gastos com saúde se estabilizaram em relação ao crescimento da economia. A saúde não apresentou crescimento de sua participação no orçamento federal, ficando estável entre 7% e 8% do total da despesa primária ou entre 1,7% e 1,8% do PIB. Ao mesmo tempo, outras de-

mandas cresceram e ganharam espaço orçamentário, entre elas as despesas previdenciárias e subsídios públicos ao setor privado que respondiam em 2015 por 37,8% e 4,6% da despesa primária respectivamente.¹

A composição do financiamento público entre as três esferas mudou significativamente desde a criação do SUS, observando-se um crescimento da importância dos gastos estaduais e municipais em detrimento do gasto federal: de 1990 a 2015 a participação do governo federal nos gastos públicos caiu de 72,7% para 43%. Houve uma substituição dos gastos federais pelos dispêndios municipal e estadual, o que impediu um aumento significativo do gasto público. Essa recomposição do gasto público é esperada *vis-à-vis* o processo de descentralização da saúde proposto na Constituição de 1988. De 1995 a 2013, o gasto público em saúde no Brasil passou, segundo o OECD Health Data, de 2,8% para 3,42% do PIB, representando um aumento relativamente baixo se considerarmos que o SUS está em um processo de estruturação, consolidação e expansão, além das mudanças demográficas, epidemiológicas e incorporação de novas tecnologias.

Diante desse contexto, quais as implicações que a PEC 55 traria para o SUS? Primeiro, é preciso dizer que há um reconhecimento da necessidade de se estabelecer um limite para os gastos do governo. A trajetória da dívida pública é explosiva, sendo necessário que ocorra uma decisão política que implique um pacto da sociedade para a redução desses gastos no médio e longo prazo. O desconhecimento ou a negação desse fato só vai nos levar, provavelmente, a cenários mais perversos e

mais desiguais no futuro. Nesse caso, não será mais possível a sociedade fazer escolhas sobre o que quer restringir e teremos perdas importantes, provavelmente maiores para os mais pobres que são os grupos politicamente menos organizados. A PEC 55 pode ser uma oportunidade para de fato discutirmos nossas prioridades.

Em relação à saúde, os impactos da PEC não são de curto prazo uma vez que as perdas de recursos provavelmente só começarão a ocorrer depois de 2020. A PEC 55, por antecipar para 2017 o percentual da RCL que seria aplicado somente em 2020 para definir o volume mínimo de recursos destinado à saúde, oferece um ganho real de R\$ 10 bilhões se comparado com a regra atual. Segundo estimativas, esse ganho real só passaria a ser revertido a partir de 2023.² Nesse contexto, a questão que se coloca não são os recursos que estariam sendo perdidos no curto e médio prazo, mas a revisão do pacto social definido em 1988. Especificamente para a saúde, apesar de todos os embates, houve avanço com a EC 29 o qual estaria sendo rompido com a inclusão dos gastos federais com saúde nas regras propostas pela PEC 55.

É possível pensar em uma PEC 55 sem incluir a saúde? Segundo o Ministério da Fazenda os gastos federais com saúde representavam, em 2015, cerca de 9% do orçamento, enquanto a Assistência Social, Previdência e Trabalho representavam juntas, 48%.¹ Há também um reconhecimento de que a principal reforma a ser realizada para a contenção da espiral da dívida pública é a da Previdência. A forma como ela se daria ainda apresenta divergências. As projeções existentes demonstram que os gastos públicos

Enquanto o setor
privado, que cobre 25%
da população, gasta
4,4% do PIB, o setor
público, que é universal,
tem um dispêndio que
corresponde a 3,6%

crescerão a uma taxa maior do que a do PIB devido ao envelhecimento populacional pressionando os gastos previdenciários e de saúde futuros.³ Segundo simulações recentes, a não inclusão da saúde e da educação coloca em xeque a possibilidade de disciplinar os gastos com a implementação da PEC 55.⁴ Não resta dúvida de que propor um mecanismo, que de antemão já se mostra inviável, não seria uma reforma política crível, o que em si já seria uma razão para o fracasso da emenda constitucional proposta.

No contexto de um sistema de saúde segmentado, uma solução que vem sendo discutida pelo ministro da Saúde é a de ampliar a participação do setor privado através de mecanismos que permitam planos de saúde mais acessíveis, mas com oferta de benefícios limitada. Essa proposta pode aumentar a fragmentação do sistema, reduzir a longitudinalidade do cuidado e eliminar a formação de uma rede de cuidado integrada no SUS. A proposta em pauta, debatida no Ministério da Saúde, e que corre

paralelamente à PEC 55 coloca em risco o SUS e, particularmente, o maior programa de atenção primária do mundo. A delegação da responsabilidade da atenção primária ao setor privado pode comprometer o acesso ao cuidado preventivo principalmente pelos grupos menos privilegiados. Essa escolha para um país como o nosso, com profundas desigualdades sociais, pode deixar sequelas ainda maiores inclusive resultando em mais gastos com saúde no futuro na medida em que o cuidado preventivo pode estar comprometido.

Historicamente, os embates políticos acerca da definição do orçamento público no país já demonstraram o lugar frágil que o SUS ocupa. Não podemos abandonar a discussão da necessidade de um teto disciplinador para os nossos gastos. No entanto, é necessário um debate maduro sobre nossas escolhas orçamentárias em relação ao pacto social que está sendo redesenhado o qual inclui a Previdência, Assistência Social, Saúde e Educação. ✉

*Os autores agradecem as discussões realizadas no âmbito do Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade – Geesc/Cedep/UFMG que contribuíram para a confecção deste texto. As ideias expressas neste texto são de inteira responsabilidade dos autores.

¹Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria de Planejamento Econômico. Relatório de Análise Econômica dos Gastos Públicos Federais Evolução dos Gastos Públicos Federais no Brasil: Uma análise para o período 2006-15, maio de 2016.

²Mendes, Marcus. *Em busca de um norte para o gasto federal em saúde*. Disponível em: <<http://monitordesaude.blogspot.com.br/>>.

³Miller, T.; Castanheira, H.C. The Fiscal Impact of Population Aging in Brazil: 2005-2050. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 30, sup. p. S5-S23, Rio de Janeiro, 2013.

⁴Bast, M.T.N.; Barbosa F.H. Considerações a respeito do teto dos gastos públicos. *Destaque Dpec – Bradesco*, v. 13, n. 154, ago. 2016.