



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

Fernanda Campista Moura

OS PRINCIPAIS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016
NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2022

Fernanda Campista Moura

OS PRINCIPAIS IMPACTOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016
NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como exigência para obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientadora: Professora Dra. Esther Dweck

Rio de Janeiro

2022

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade da autora.

Dedico este trabalho àqueles que acreditaram em meu potencial mesmo quando eu já havia perdido a esperança, àqueles que estão diariamente buscando soluções para melhorar a qualidade de vida das pessoas, a todos os professores do Instituto de Economia da UFRJ que muito contribuíram para minha formação dando sempre o melhor de si mesmos, em especial, à Keli Miranda, à Marília Bassetti e ao Marcelo Matos que estiveram sempre dispostos a me apoiar nos momentos difíceis da reta final desta graduação, bem como à minha querida orientadora, Esther Dweck, por ter aceitado o convite para estar ao meu lado nesta jornada que é ao mesmo tempo dura e desafiadora.

“Precisamos perceber que a saúde é um investimento no futuro. Os países investem pesadamente na proteção de seus povos contra ataques terroristas, mas não contra o ataque de um vírus que poderia ser muito mais mortal e muito mais prejudicial econômica e socialmente. O custo de não fazer nada é aquele que não podemos pagar. Governos, comunidades e agências internacionais devem trabalhar juntos(...). Não há atalhos para um mundo mais saudável.”

Dr. Tedros Adhanom, diretor-geral da OMS, 2020

SUMÁRIO

Contents

SUMÁRIO	4
INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO 1 – A EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL DE 1988	8
1.1. A implementação do SUS.....	8
1.2. As mudanças legislativas para o financiamento da saúde pública no Brasil ...	9
1.3. Análise quantitativa do orçamento da saúde no Brasil	12
1.4. Considerações parciais.....	15
CAPÍTULO 2 – A EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016 E SEU IMPACTO NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE	17
2.1. A EC 95/2016 e a mudança no financiamento da saúde	17
2.2. As previsões feitas quando da aprovação da EC 95/2016	18
2.3. Análise quantitativa do orçamento da saúde desde a aprovação da EC 95/2016	19
2.4. Considerações Parciais	21
CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

INTRODUÇÃO

A saúde é uma das grandes preocupações da população brasileira, mas ainda assim há quem questione os princípios de equidade, integralidade, universalidade e gratuidade que hoje regem o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma recente pesquisa Datafolha, realizada em setembro de 2021, reitera esta informação já que nela a saúde foi considerada o principal problema do país por 22% dos entrevistados e mesmo antes da pandemia de COVID-19 já figurava entre as principais preocupações da população brasileira. Sabe-se ainda, conforme publicado no Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), que é o segundo item de despesas federais depois de previdência, excluídos os encargos da dívida (STN, 2021). E que, somando-se o gasto público e privado, movimenta na economia brasileira aproximadamente 8% do PIB sendo que a participação privada corresponde a mais da metade deste percentual (SALDIVA, 2018).

Tendo-se como ponto de partida um problema, a saber: quais são os principais impactos do Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pela Emenda Constitucional 95 de 2016 (EC 95/2016 ou PEC 55 ou ainda PEC 241), no orçamento da saúde pública do Brasil? Pretende-se investigar se é possível confirmar as seguintes hipóteses: a EC 95/2016 (i) agrava o problema de subfinanciamento da saúde pública no país e (ii) coloca em risco a manutenção do acesso universal e gratuito a ações e serviços do Programa IST/HIV.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho é avaliar o orçamento público da saúde no Brasil e identificar impactos do NRF no setor. Para atingi-lo deve-se: (i) analisar como se deu a evolução do orçamento da saúde pública no Brasil desde a promulgação da Constituição Federal de 1988; (ii) identificar qual é a importância da intervenção governamental neste setor buscando comprovar a relevância do investimento público em saúde como um importante fator para reduzir os efeitos das desigualdades sociais e regionais na qualidade de vida da população socioeconomicamente mais vulnerável e (iii) verificar se as previsões para a redução do investimento público em saúde feitas na época da Proposta de Emenda à Constituição, de fato, se concretizaram agravando o quadro de subfinanciamento do SUS.

A metodologia a ser utilizada para atingir tal objetivo inclui: (i) revisão bibliográfica, (ii) análise quantitativa descritiva utilizando os dados do Tesouro Nacional, em especial os RREO dos meses de dezembro e a Série Histórica de Despesas por Função Orçamentária de 1988 a 2021, comparando os resultados com as projeções desenvolvidas por Fabíola Sulpino Vieira e Rodrigo Pucci de Sá e Benevides em 2016.

Ademais, a recente alteração do Regime Fiscal implementada em 2016 que criou o “teto de gastos” abriu espaço para o questionamento da universalidade e da gratuidade das ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Seus efeitos começam a poder ser mensurados fazendo desta pesquisa um trabalho atual com contribuições relevantes para o debate e construção de políticas socioeconômicas no âmbito da saúde.

CAPÍTULO 1 – A EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL DE 1988

1.1. A implementação do SUS

Em março de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde na qual foi elaborado um projeto de reforma sanitária pautado nas perspectivas de “universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços”¹ em que a participação social passaria a ser de suma importância – evidenciando a consolidação dos princípios democráticos associada ao reconhecimento das políticas públicas de saúde como instrumentos para reduzir os efeitos das desigualdades socioeconômicas que se perpetuam na história deste país.

Cabe ainda elucidar que saúde não é antônimo de doença, em que oferta e acesso a serviços médicos e hospitalares seriam suficientes para garanti-la; é, porém, compreendida em um contexto econômico e social. Sendo necessário que o Estado formule e implemente políticas para garantir os direitos previstos garantindo o estado de bem-estar e de saúde dos indivíduos. (VIEIRA e BENEVIDES, 2018)

Talvez o leitor desconheça o fato de que até então a população brasileira estava dividida, no que tange a assistência à saúde, nas seguintes categorias: (i) aqueles que tinham condições de pagar pelos serviços; (ii) os que tinham direito aos serviços oferecidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e (iii) quem não tinha direito algum. Estes últimos eram tratados pelo poder público como indigentes e a assistência dispensada a estas pessoas era, deste modo, considerada caridade oferecida principalmente por instituições filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia (MS,2002).

Dois anos mais tarde, em 1988, ainda durante o processo de redemocratização do Brasil, a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) com apoio de partidos políticos e de movimentos sociais (OCKÉ-REIS, 2009) introduziu no texto da nova Constituição Federal (CF) a saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado” (CF, art. 196), embora a Constituição Federal de 1988 não faça referência expressa à gratuidade.

Contudo, é fundamental destacar que a implementação do SUS não se deu de imediato dada a complexidade do novo modelo de atenção à saúde que alteraria as bases da prestação de

¹ Disponível em <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps> acesso realizado em 3 dezembro de 2019

serviços à população (YUNES, 1999). Neste sentido, o inciso VII do artigo 30 da CF 1988, estabeleceu que Municípios deveriam prestar tais serviços em cooperação técnica e financeira com Estados e União.

Somente em 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamentou a criação do SUS definindo: seus objetivos e atribuições; seus princípios e diretrizes; sua organização, direção e gestão; bem como as competências e atribuições comuns e de cada ente federativo. Constituinte, assim, o único sistema do mundo que dá a toda população o direito à assistência integral e completamente gratuita (MS, 2002) em um país com mais de 100 milhões de habitantes.

Assim sendo, pode-se dizer que para melhorar as condições de vida da população e reduzir as desigualdades no acesso à saúde (SALDIVA, 2018), a criação do SUS trouxe consigo um enorme desafio: garantir recursos para o financiamento de uma estrutura baseada em princípios tão nobres quanto os citados acima.

1.2. As mudanças legislativas para o financiamento da saúde pública no Brasil

O histórico de mudanças legislativas ocorridas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 1988) será aqui apresentado para que se possa melhor compreender as variações da aplicação dos recursos que foram destinados ao Orçamento da Saúde Pública no Brasil desde então.

No texto original da CF 1988, o financiamento do SUS é definido da seguinte forma:

“Art. 198: Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

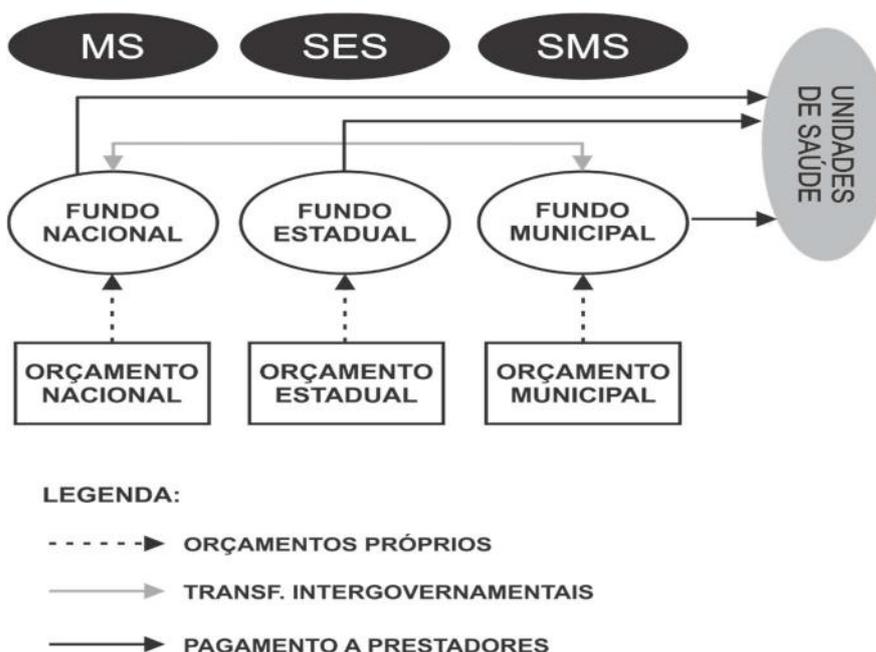
Outra informação relevante sobre esta questão foi publicada no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT):

“Art. 55: Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.”

Em 1992, uma crise de financiamento atingiu a saúde pública no Brasil sendo necessário recorrer ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) a qual foi agravada em 1993 com a suspensão dos repasses da Previdência Social que faziam parte, até aquele momento, do orçamento (VIEIRA, 2016). Apesar da discrepância entre a disponibilidade de recursos e a nova responsabilidade constitucional do Estado em relação à saúde, em 1994, o então presidente, Itamar Franco, vetou na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) o dispositivo que permitia a utilização de recursos do FAT para sanar o problema ocorrido nos anos anteriores.

Neste mesmo ano, 1994, foi publicado o Decreto 1.232 (MS, 2002) no qual foram definidas as exigências para que os recursos federais do Orçamento da Seguridade Social (OSS) alocados no Fundo Nacional de Saúde pudessem ser transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios considerando estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE², características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais. Entretanto, este decreto deixa claro ainda que deveria haver compatibilização entre as necessidades das políticas de saúde e a disponibilidade de recursos o que permite constatar que a legislação abre brecha para a continuidade do subfinanciamento da saúde pública no país em função da escassez de recursos ainda que orçamentos municipais e estaduais contemplem seus próprios Fundos de Saúde conforme pode-se verificar no fluxograma abaixo (MS, 2002).

Figura 1 – Fluxo de financiamento do SUS



Fonte: Ministério da Saúde (2002).

Considerando, então, a forma como está estruturado o financiamento do SUS entre os entes federativos convém destacar, conforme discutido em DWECK et al (2021), que estados e municípios não possuem instrumentos suficientes para contornar quedas substanciais na arrecadação caracterizando sua dependência em relação às transferências federais.

Diante da condição crítica da saúde pública brasileira, a Lei 9.311 de 24 de outubro de 1996 instituiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) cujo produto da arrecadação deveria ser integralmente destinado para o financiamento de ações e serviços de saúde. Posteriormente a alíquota foi elevada de 0,20% para 0,38%, sendo 0,2% para a Saúde, 0,1% para a Previdência Social e 0,08% para a Assistência Social, mais especificamente para o Fundo de Erradicação da Pobreza.

Ainda assim, até a aprovação da Emenda Constitucional 29/2000(EC 29/2000) a falta de definição precisa acerca do que, de fato, são Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) levou à inclusão de ações e serviços que poderiam ser questionados como tal o que reduzia os aportes para o efetivo financiamento do SUS. Assim, a regulamentação da EC 29/2000 fazia-se necessária inclusive porque esta mesma emenda também definia regras de percentual para a aplicação mínima de recursos em ASPS nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Neste contexto, fica evidente a importância premente de Lei Complementar a ser reavaliada, pelo menos, a cada cinco anos com intuito de reduzir progressivamente disparidades regionais e estabelecer normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas com saúde pelos entes subnacionais.

A saber, anualmente²: a União, entre 2001 e 2004, deveria passar a destinar o valor do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB; Estados, 12% da arrecadação de impostos estaduais e transferências constitucionais e legais deduzidas as parcelas transferidas para os Municípios; e, no caso dos Municípios estes passariam a utilizar para tal fim 15% de suas receitas com impostos e com transferências constitucionais e legais³.

No que tange a Lei Complementar nº141 de 2012 (LC 141/2012), além de manter as regras da EC 29/2000, destaca-se que foi acrescida a possibilidade de suspensão das

² No ano de 2000, a União deveria aplicar o montante empenhado no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%.

³ A emenda reconhece ainda a possibilidade de que alguns destes entes federativos poderiam estar aplicando valores inferiores aos supracitados e, deste modo, estabelece que a partir de 2000 deveriam empenhar, no mínimo, 7% devendo elevar tais valores observada a regra de transição, prevista no Art. 77, chegando a 2004 atingindo os percentuais acima definidos.

transferências voluntárias entre os entes da federação no caso de descumprimento das disposições previstas nesta Lei⁴.

Já a Emenda Constitucional 86 de 2015 torna obrigatória a execução da programação orçamentária, exceto em casos de impedimentos de ordem técnica, a vinculação das despesas da União com ASPS da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro sendo vedada a utilização de percentual inferior a 15% da RCL devendo ser implementada de forma gradual conforme descrito abaixo e sem possibilidade de revisão desta regra no âmbito federal (VIEIRA, 2016).

“Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; (Revogado pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; (Revogado pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; (Revogado pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; (Revogado pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional. (Revogado pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

Art. 3º As despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o § 1º do art. 20 da Constituição Federal, serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal.”

Por incrível que pareça, a aprovação de um Novo Regime Fiscal em 2016 revogou o art. 2º da EC 86/2015 desvinculando das receitas o montante destinado a ASPS, estabelecendo, portanto, um mecanismo rígido de austeridade durante 20 exercícios financeiros. Isto significa que os valores nominais mínimos aplicados anualmente passam a ser corrigidos pelo IPCA acumulado de 12 meses encerrado no mês de junho do ano anterior (DWECK, 2016).

1.3. Análise quantitativa do orçamento da saúde no Brasil

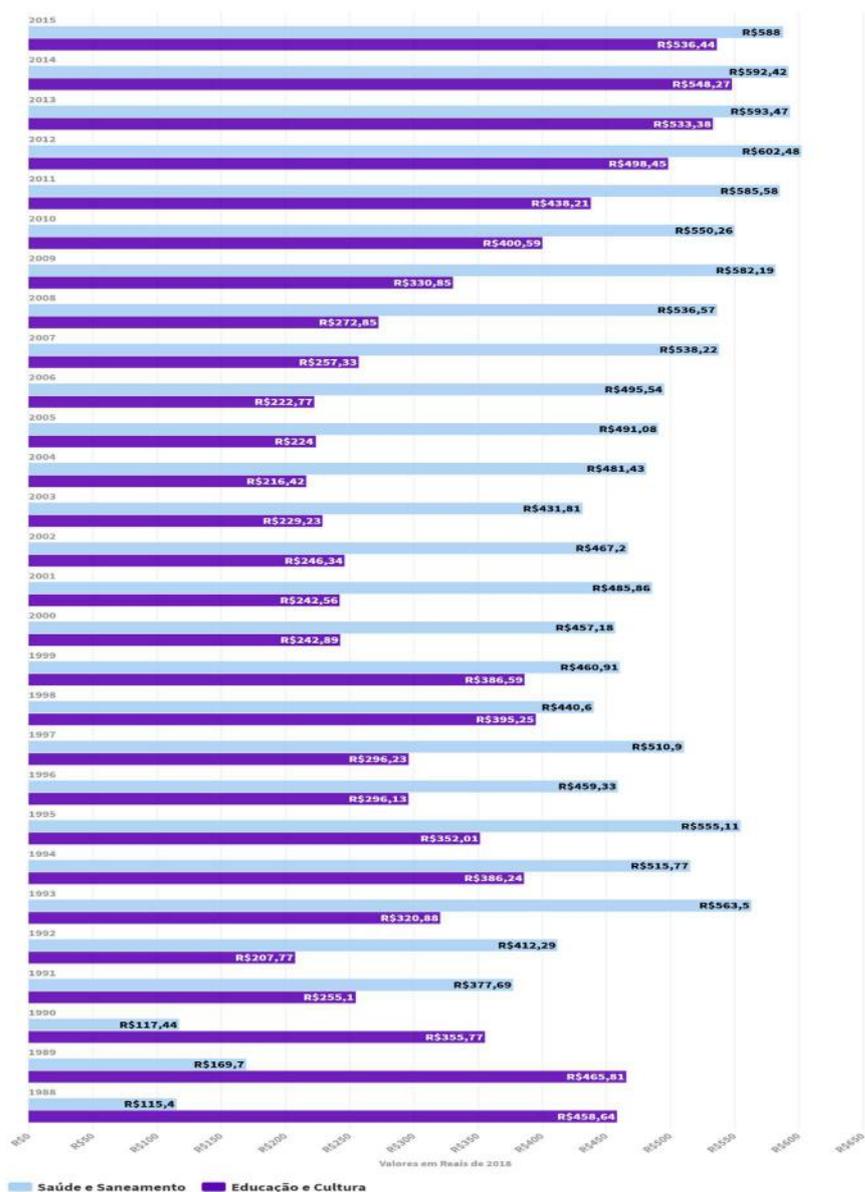
Até a edição da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) em 1990 deveria prevalecer o disposto no art.55 do ADCT. E apesar de ter sido mantida a mesma previsão nas

⁴ Considerando-se as normas estabelecidas pela Lei Complementar nº101 de 2000.

LDOs entre 1990 e 1993, as Leis de Orçamento Anual (LOA) não cumpriram⁵ tal regra de financiamento destinando valor inferior ao previsto nas respectivas LDOs (VIEIRA, 2016).

Embora tenha havido uma crise no financiamento da saúde em 1993, o que se vê é que houve uma elevação significativa destas despesas⁶ na esfera federal em decorrência da utilização dos recursos do FAT permitindo que o gasto *per capita* alcançasse um valor muito acima da média histórica o qual só voltou a este nível em 2009.

Gráfico 1 - Evolução do mínimo da saúde



Fonte: Elaboração própria

⁵ Esta informação foi extraída dos trabalhos da autora citada e, a tentativa de confirmar tais valores referentes ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) da época mostrou-se vã.

⁶ Em reais de 2018

Ademais, apesar de o percentual de gastos com saúde e saneamento na esfera federal desde a promulgação da constituição não seguir trajetória clara nos primeiros 10 anos de estruturação do SUS conforme é possível observar na Tabela 1, identifica-se certa estabilidade a partir da EC 29/2000 que estabelece de forma precisa o que pode ser considerado ASPS.

Tabela 1 - Percentual de gastos com saúde, saneamento, educação e cultura em relação ao subtotal⁷ de gastos.

Ano	Saúde e Saneamento	Saúde	Saneamento	Educação e Cultura	Educação	Cultura
1988	2,66%			10,56%		
1989	1,67%			4,58%		
1990	0,78%			2,35%		
1991	6,15%			4,15%		
1992	5,30%			2,67%		
1993	6,02%			3,43%		
1994	7,19%			5,39%		
1995	9,57%			6,07%		
1996	8,21%			5,30%		
1997	7,03%			4,07%		
1998	5,47%			4,91%		
1999	6,00%			5,03%		
2000	11,24%	11,15%	0,09%	5,97%	5,84%	0,13%
2001	11,43%	11,31%	0,11%	5,70%	5,57%	0,13%
2002	10,64%	10,60%	0,04%	5,61%	5,51%	0,10%
2003	10,38%	10,36%	0,02%	5,51%	5,42%	0,09%
2004	10,82%	10,79%	0,03%	4,86%	4,76%	0,11%
2005	10,47%	10,45%	0,03%	4,78%	4,63%	0,14%
2006	10,04%	10,03%	0,01%	4,52%	4,38%	0,14%
2007	10,18%	9,84%	0,34%	4,87%	4,71%	0,16%
2008	10,10%	9,75%	0,35%	5,14%	4,97%	0,17%
2009	10,30%	9,78%	0,52%	5,85%	5,67%	0,18%
2010	9,47%	9,21%	0,27%	6,90%	6,69%	0,20%
2011	10,10%	9,87%	0,23%	7,56%	7,37%	0,19%
2012	9,96%	9,64%	0,33%	8,24%	8,01%	0,23%
2013	9,40%	9,08%	0,32%	8,45%	8,19%	0,25%
2014	9,44%	9,28%	0,17%	8,74%	8,56%	0,18%
2015	9,61%	9,51%	0,10%	8,77%	8,60%	0,17%

Fonte: Elaboração própria com dados do RREO

⁷ Excetuando-se gastos com a dívida pública por padrão dos dados disponibilizados pelo Tesouro Nacional.

O Tesouro Nacional, em seu relatório sobre Aspectos Fiscais da Seguridade Social no Brasil (2017), aborda a questão de que a proteção social implica em custo de oportunidade já que tais recursos atualmente alocados nesta área, incluindo aí o SUS, poderiam ser destinados a outras não contempladas pelo conceito de Seguridade Social. Tal discurso segue a orientação do *mainstream* liberal colocando ainda como alternativa deixar que os próprios indivíduos escolham suas prioridades de gastos (TN, 2017; p. 9). Parece, deste modo, ignorar os efeitos perversos causados pela desigualdade social no Brasil tendo-se em vista que defende as sucessivas medidas de Desvinculação de Receitas da União (DRU) as quais, segundo os autores deste documento, têm sido um importante mecanismo de racionalização da gestão orçamentária.

Em contra partida, Kuntz (2002) esclarece que o conceito de justiça atrelado à concepção de direitos, explicitada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, atribui ao Estado a função de operar políticas públicas no sentido de garanti-los à população em face de doenças e desemprego; assim, a Seguridade Social tem função de preservação da vida e do bem-estar social que não poderiam ser exercidos pela iniciativa privada.

Entretanto, gastos com saúde trazem consigo externalidades positivas não apenas no que diz respeito à vida das pessoas como também fomentam a economia dado que o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) está diretamente associado à geração de emprego, renda e pagamento de impostos elevando, deste modo, a arrecadação em todas as esferas federativas o que permite que o próprio governo tenha recursos para alocar tais recursos em outras áreas.

1.4. Considerações parciais

Em “A saúde no Brasil em 2030” são levantadas duas perguntas muito pertinentes para este trabalho, quais sejam: “Qual é o papel da saúde para a promoção e sustentabilidade do desenvolvimento nacional? E como o padrão de desenvolvimento nacional pode fomentar ou erguer barreiras ao sistema de saúde brasileiro?” (GADELHA, 2013).

Com intuito de compreender as questões sociais, políticas e econômicas que permeiam a relação entre saúde e desenvolvimento no Brasil, entende-se aqui que a base teórica que dá sustentação adequada para o debate advém da economia política da saúde. Na medida em que esta retoma alguns conceitos fundamentais como a desmercantilização do acesso (saúde como direito), a mercantilização da oferta (saúde como bem econômico) e a formação de um complexo econômico industrial da saúde (base produtiva da saúde e esfera de acumulação de

capital) os quais permitem identificar tanto a complexidade quanto a dinâmica sistêmica do setor. (Viana, Silva e Elias, 2007)

Partindo-se do reconhecimento de que a saúde é essencial para a população, pode-se pressupor que possui especificidades não devendo, deste modo, ser considerada como um “bem econômico comum” como defende o tradicional arcabouço teórico da economia da saúde embora este tenha sido o ponto de partida para a sistematização do conhecimento acerca da relação entre saúde e desenvolvimento (Gadelha et al, 2013).

É possível, então, estabelecer um paralelo com as mercadorias fictícias - a saber: terra, mão-de-obra e dinheiro – descritas por Karl Polanyi(1980)[1944] em “A Grande Transformação” já que longos processos históricos deram origem aos mercados em que estas são negociadas os quais posteriormente acabaram sendo regulados pelo Estado exatamente em função de suas características diferenciadas (Viana, Silva e Elias, 2007). Neste sentido, a saúde poderia ser considerada uma mercadoria fictícia trazendo consigo a necessidade da presença do Estado, não apenas, mas também, para regular os conflitos entre os interesses coletivos e privados.

Cabe ressaltar, portanto, que a União não é a única responsável pelo financiamento do sistema (MS, 2002) embora seu papel seja fundamental principalmente quando consideradas as iniquidades no que diz respeito às arrecadações dos entes subnacionais, razão pela qual tornou-se o objeto principal desta pesquisa.

CAPÍTULO 2 – A EMENDA CONSTITUCIONAL 95/2016 E SEU IMPACTO NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

2.1. A EC 95/2016 e a mudança no financiamento da saúde

A Emenda Constitucional 95, promulgada em 15 de dezembro de 2016, instituiu um Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União o qual deve vigorar por vinte anos. É de suma importância que fique claro que ela traz consigo a perspectiva de austeridade como mecanismo de ajuste fiscal criando um teto para os gastos com despesas primárias do governo e estabelecendo novo mínimo para despesas com educação e saúde o que fez com que a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 55 do Senado e PEC 241 da Câmara tenha ficado conhecida como PEC do “teto dos gastos”.

Conforme citado anteriormente, esta emenda revoga o art. 2º da EC 86/2015 desvinculando, portanto, as despesas com ASPS da RCL. E, segundo Dweck e Rossi (2016), não havia necessidade de constitucionalizar as demais regras do NRF; todavia, como as despesas com educação e saúde estavam vinculadas às receitas na própria Constituição Federal, a única maneira de realizar a desvinculação era a aprovação de uma emenda constitucional.

Na prática, a EC 95/2016 “congelou o piso” das despesas com ASPS no Brasil na medida em que estabeleceu que os valores aplicados pelo governo no setor em 2017 calculados pela regra anterior (EC 86/2015) devem ser atualizados pelo IPCA, ou qualquer índice que o substitua, até 2036. Isto significa que mesmo que o país cresça⁸, o investimento em saúde pública não crescerá em termos reais a não ser que o governo gaste menos em outras áreas (BENEVIDES, 2016) o que tem impacto direto na qualidade de vida do povo brasileiro e na redução dos efeitos da desigualdade socioeconômica já que a disponibilização de bens e serviços gratuitos é fator determinante para mitigá-la em países com marcas tão profundas quanto o Brasil.

Assim, embora tenham ocorrido avanços ao longo dos 30 anos da implementação do SUS, fica evidente que não foram considerados a qualidade das ações e serviços públicos de saúde prestados atualmente à população e o impacto futuro de tais medidas. Isso porque o subfinanciamento é sentido por aqueles que dependem da saúde pública no Brasil e entram em filas de espera que colocam em risco suas vidas simplesmente por não terem outra alternativa.

⁸ A EC 95/2016 só garante despesas mínimas com ASPS superior às definidas pela EC 86/2015, caso haja retração da economia brasileira e, conseqüentemente, queda das arrecadações.

2.2. As previsões feitas quando da aprovação da EC 95/2016

Tendo como objetivo estimar qual seria o impacto do NRF sobre as aplicações de recursos na saúde pública brasileira, Vieira e Benevides desenvolveram à época da aprovação da EC 95/2016 algumas hipóteses, possibilitando a construção de projeções em alguns cenários que são apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 2 - Estimativa de impacto da EC 95 para o financiamento federal do SUS - cenários para o período 2017-2036: perda acumulada e valor do gasto projetado para 2036

Taxa de crescimento anual do PIB	Perda Acumulada 2017-2036 em relação à regra da EC 86 (R\$ bilhões de 2016)	Valor do gasto federal com Saúde (ASPS) em 2036			
		R\$ bilhões de 2016	% do PIB	% da RCL	Valor per capita em R\$ de 2016
0,0 % ao ano	50	110,0	1,74	15,2	485
1,0 % ao ano	-168	110,0	1,44	12,6	485
2,0% ao ano	-415	110,0	1,20	10,5	485
LDO 2017 (*)	-738	111,6	0,99	8,7	492
Empenhado 2015**		110,7	1,69	14,8	542
Previsto 2016		106,9	1,71	15,5	519

* LDO 2017 - anexo RGPS. Taxa de crescimento real do PIB das projeções atuariais para o RGPS (LDO 2017 - PL 02/2016). A média no período 2017-2036 é de 3,00% ao ano. IPCA de 6,0% em 2017, 5,4% em 2018, 5,0% em 2019 e 3,5% a partir de 2020.

** O valor empenhado em 2015 foi de R\$ 100,1 bilhões correntes, equivalentes a R\$ 110,7 bilhões em valores de 2016.

Fonte: Vieira e Benevides (2016).

“As hipóteses avaliadas são: (i) PIB: foram projetados quatro cenários para as taxas de crescimento real de PIB: três deles com taxa de crescimento real do PIB de 1,0% para 2017 (Focus/Bacen de 18/11/2016) e de 0%, 1% e 2% ao ano entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as estimativas de PIB e inflação do PLDO 2016 (anexo RGPS), que apresenta taxa média de 3,00% a.a. no período; (ii) IPCA: os três primeiros cenários consideram 4,93% em 2017 (Focus/Bacen de 18/11) e 4,5% entre 2018 e 2036; o quarto cenário utiliza as taxas do PLDO 2016 (anexo RGPS): 2017: 6,0%; 2018: 5,4%; 2019: 5,0%; 2020 a 2036: 3,5%); (iii) Hipótese de RCL/PIB constante em 11,45% do PIB (previsão 2017); (iv) RCL de 2017 = R\$ 758,3 bilhões, conforme PLOA 2017; (v) PIB nominal de 2016 estimado em R\$ 6.220,5 bilhões, e RCL de 2016 estimada em R\$ 729,8 bilhões, conforme Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da SOF/MPOG - 5º Bimestre de 2016 e (vi) Base para aplicação mínima em ASPS conforme a EC 95, de 15,0% da RCL de 2017.”(VIEIRA e BENEVIDES, 2016)

Ainda de acordo com Vieira e Benevides (2016), como se pode constatar na Tabela 1, até 2036 as perdas de recursos destinados ao SUS provocadas pela EC 95 podem variar de R\$ 168 bilhões, em valores de 2016 supondo taxa de crescimento anual média do Produto Interno Bruto (PIB) de 1%, a R\$ 738 bilhões, com taxa de crescimento anual média de 3% do PIB.

2.3. Análise quantitativa do orçamento da saúde desde a aprovação da EC 95/2016

A análise dos recursos aplicados em ASPs não confirmou a hipótese de redução dos valores em termos reais conforme é possível verificar na Tabela 3 abaixo; contudo, esta tabela não faz uma análise comparativa em relação ao que seria aplicado no caso de mantida a regra anterior estabelecida pela EC 86/2015.

Tabela 2 – Recursos aplicados em Saúde, Saneamento, Educação e Cultura

Ano	Saúde e Saneamento	Saúde	Saneamento	Educação e Cultura	Educação	Cultura
2000	77.628	77.016	612	41.242	40.337	905
2001	83.792	82.972	819	41.832	40.856	976
2002	81.637	81.326	311	43.045	42.279	766
2003	76.315	76.150	164	40.513	39.864	648
2004	85.959	85.760	199	38.641	37.799	842
2005	88.540	88.326	214	40.387	39.191	1.196
2006	90.226	90.098	127	40.560	39.308	1.252
2007	99.025	95.712	3.313	47.346	45.797	1.549
2008	99.861	96.372	3.489	50.781	49.093	1.688
2009	109.681	104.172	5.509	62.330	60.364	1.966
2010	104.965	102.027	2.938	76.414	74.160	2.255
2011	112.685	110.116	2.569	84.327	82.213	2.114
2012	116.946	113.126	3.820	96.754	94.091	2.662
2013	116.177	112.223	3.954	104.414	101.269	3.146
2014	116.966	114.866	2.100	108.249	106.063	2.186
2015	117.105	115.843	1.262	106.836	104.770	2.066
2016	114.301	113.699	602	102.939	100.949	1.990
2017	120.145	119.260	885	102.605	100.721	1.884
2018	119.971	119.050	921	99.966	98.041	1.925

Fonte: elaboração própria com dados de Despesas por função disponibilizados pela STN

Dado ainda mais relevante a ser analisado conforme citado anteriormente está disponível em Austeridade Fiscal e Captura do Orçamento Público no Brasil em que Moretti, Funcia e Ocké-Reis (2022) avaliam as perdas para o SUS decorrentes da aprovação da EC 95/2016 retirando da análise os gastos extraordinários não contabilizados no teto de gastos em

função da pandemia de COVID-19, as quais ultrapassam R\$40 bilhões somando-se 2018, 2019 e 2022.

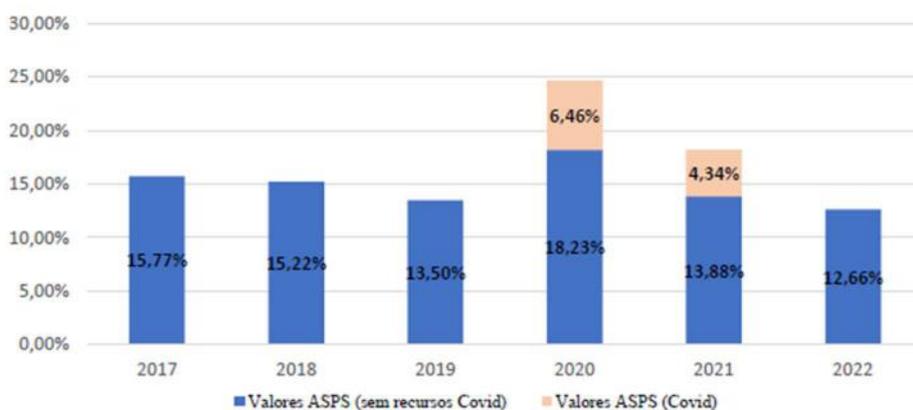
Tabela 3 - Perdas da EC 95 para o SUS (R\$)

Ano	Orçamento - A	RCL - B	15% da RCL - C	C - A
2018	116.820.887.299	805.348.403.467	120.802.260.520	3.981.373.221
2019	122.269.917.718	905.658.589.594	135.848.788.439	13.578.870.721
2022	134.479.618.997	1.062.560.000.000	159.384.000.000	24.904.381.003
TOTAL	373.570.424.014	2.773.566.993.061	416.035.048.959	42.464.624.945

Fonte: STN, Siop e PLOA. Para 2018 e 2019, valores observados. Para 2022, PLOA. Elaboração: Moretti *et al* (2022)

Para aprofundar o debate, os autores supracitados desenvolveram um gráfico, apresentado a seguir, que permite refutar o argumento oficial de que a EC 95/2016 não afetaria a saúde o qual evidencia que a fixação do piso nos patamares de 2017 constitui instrumento central no sentido de garantir o teto de gastos; sendo, portanto, inegável o fato de que tal medida induziu ao declínio do orçamento de ASPS em relação à RCL.

Gráfico 1 - Orçamento federal de ações e serviços públicos de saúde. (% da RCL)



Fonte: STN, Siop e PLOA. Consulta em 10 dez. 2021. Entre 2017 e 2020, valores observados. Para 2021, LOA. Para 2022, PLOA. Entre 2017 e 2020, RCL observada. Para 2021, RCL de doze meses acumulada até setembro de 2021. Para 2022, PLOA.

Elaboração: Moretti *et al* (2022).

2.4. Considerações Parciais

Para além de tudo que já foi dito, as medidas de austeridade propostas pela EC 95/2016 parecem desconsiderar as transformações demográficas e do perfil epidemiológico na sociedade brasileira cujo perfil de mortalidade da população está caracterizado por doenças mais onerosas, típicas em pacientes idosos.

Associando a esta análise o funcionamento do setor de saúde brasileiro, aberto à iniciativa privada, forma-se um quadro dramático. Isto porque o segmento de seguros e de planos de saúde consolidou-se incorporando benefícios fiscais tanto para pessoas físicas como para pessoas jurídicas o que caracteriza subsídio ao setor privado agravando as disparidades que marcam o país (DWECK *et al*, 2021).

CONCLUSÃO

Em decorrência de todas as questões acima expostas, faz-se necessário reiterar que a aprovação da desvinculação regulamentada pela EC 95/2016 no financiamento das ASPS promove o desfinanciamento da saúde pública no Brasil implicando em redução da qualidade de vida das pessoas e aumento do abismo socioeconômico estrutural tendo-se em vista que o acesso à saúde suplementar sequer é uma opção para a maior parte da população brasileira.

Apesar de o SUS ser o resultado de uma reforma universalizante com intuito de trazer uma solução sistêmica para diversos aspectos da dívida social na saúde, a saber: “financiamento, acesso e provisão da assistência coletiva e individual à saúde” (COSTA, 2017; p.1072); ainda há muito a fazer no sentido de disponibilizar serviços cuja qualidade possa ser considerada adequada já que não raro faltam vagas nos hospitais e muitas pessoas ficam sem o atendimento adequado para tratar as comorbidades que lhes acometem. Situação que a pandemia de COVID-19 ilustrou de forma bastante dramática na medida em que as iniquidades sociais e regionais tornaram a situação ainda mais grave e delicada no que tange o acesso a ASPS.

Ademais, é de suma importância ressaltar que passados os gastos emergenciais e a retomada do crescimento da economia, as perdas para o bem-estar da população embora possam ser projetadas são de valor inestimável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, A.I. e FLEURY, S. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTENCIA MEDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL (INAMPS) Disponível em <<http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>> consultado em 12/12/2018
- COSTA, N. R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1065-1074, 2017.
- DATA FOLHA. Na pandemia 22% apontam a saúde como principal problema do país. Disponível em < <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/09/datafolha-na-pandemia-22-apontam-a-saude-como-principal-problema-do-pais.shtml>> acessado em 20/03/2022.
- DWECK, E., SILVEIRA, F. G., & ROSSI, P. Austeridade e desigualdade social no Brasil. *Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*. São Paulo: Autonomia Literária, 32-56, 2018.
- DWECK, E., SILVEIRA, F. G., & ROSSI, P. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(12):e00194316, 2016.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 1. 327 p. ISBN 978-85-8110-015-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- FILHO, L. A. M. V. O Subfinanciamento do Estado Brasileiro e os Processos de Privatização e Financeirização dos Serviços Públicos. *Dominância financeira e privatização das finanças públicas no Brasil [livro eletrônico] / organização Rudinei Marques, José Celso Cardoso Jr.* -- 1. ed. -- Brasília, DF: Fonacate, 2022.
- GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, 2018.
- OCKÉ-REIS, C.O., A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? *Série Seguridade Social*. Rio de Janeiro, 2009
- SALDIVA, P. H. N. e VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *ESTUDOS AVANÇADOS* 32 (92), 2018.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL Aspectos Fiscais da Seguridade Social no Brasil. Brasília, 2017.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. Nota de Política Social: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. (Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise, n. 25). Brasília: Ipea, 2018.

VIEIRA, F. S. e Sá, R. P. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações, v. 10, n. 3, 2016.

_____. HIV e outras doenças infecciosas estão entre os principais desafios de saúde para a década. Disponível em: <<https://unids.org.br/2020/01/hiv-e-outras-doencas-infecciosas-estao-entre-os-maiores-desafios-de-saude-para-a-proxima-decada/>> consultado em 12/12/2018