

Opinião: Desvinculação orçamentária e o financiamento da saúde

O ministro da Economia, em entrevista ao jornal *O Estado de S. Paulo*, defendeu a desvinculação total do orçamento público (100%), afirmando, em dado momento, que os parlamentares ficam escondidos *atrás de um documento escrito há 30 anos*[\[1\]](#). Preliminarmente, cabe dizer que, como não veio à lume o texto sobre a referida proposta, nossos comentários são no campo das hipóteses e que causou estranheza o fato de despesas de caráter obrigatório e continuado, como saúde e educação, por serem cláusulas pétreas em decorrência do disposto no artigo 60, parágrafo 4º, IV, da Constituição, estarem no bojo da flexibilização. Aliás, para desvincular 100% do orçamento para disponibilizá-lo ao Legislativo, muito haveria que ser alterado, pois são obrigatórios o pagamento dos salários dos servidores, as despesas com previdência e os encargos da dívida, dentre outros, além da necessidade de uma ampla reforma tributária. Esse tema foi bem tratado por Fernando Scaff nesta **ConJur**[\[2\]](#).

Além disso, essa proposta despreza o ciclo orçamentário e seus instrumentos (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual) por defender a “desvinculação” e “flexibilização” do orçamento — pilares da gestão fiscal responsável estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

A referência também à Constituição como um simples “documento”, causa perplexidade por se tratar do pacto político-social regente da nação, resultado de uma Assembleia Nacional Constituinte, que se impõe aos parlamentares, presidente da República e demais autoridades que não podem “se esconder atrás” da carta política do país, mas, sim, tê-la como guia, devendo observá-la, cumpri-la e respeitá-la, como juraram ao ser empossados.

Lógico que isso não significa impedimento em promover mudanças necessárias, tanto que há mais de 90 emendas à Constituição nestes 30 anos, sendo obrigação primordial o respeito aos seus fundamentos, objetivos, cláusulas pétreas, sob pena de correção pelo STF, o seu guardião. A macrojustiça tem seus pilares nesses fundamentos, exigente de medidas como as vinculações de recursos da saúde e educação, pois sem recursos financeiros não há garantia de efetividade dos direitos sociais fundamentais.

É com esse espírito que elencamos abaixo, de modo cronológico e pedagógico, a saga do financiamento da saúde no Brasil desde 1988, como alerta aos que pensam ser pacífica a garantia de alocação de recursos para o seu financiamento de modo maduro e responsável, sem exigência de medidas de sua garantia para o alcance da justiça social, como o são as duas vinculações constitucionais para áreas essenciais da saúde e educação. As cláusulas pétreas da Constituição atuam como cofre de segurança contra medidas de retrocesso na garantia de direitos fundamentais, na forma federativa de Estado, na separação dos Poderes e outros. Só tem essa chave a Assembleia Nacional Constituinte.

Em 30 anos de Constituição, comprova-se a necessidade dessas medidas de segurança contra o desrespeito à garantia de financiamento adequado (temática abordada por Áquilas Mendes e Leonardo Carnut na *Revista Domingueira da Saúde* [3]). Não é o *engessamento* do orçamento que se persegue ao se fazer vinculações, mas, sim, a certeza da garantia de recursos para as áreas sociais, sempre preteridas, na mesma medida em que são essenciais para uma nação se desenvolver, como é o caso da educação, ciência e tecnologia, saúde; uma população saudável, digna, com força de trabalho físico, intelectual, afetivo, mental é indispensável à nação.

Vejamos abaixo o percurso do financiamento da saúde em 30 anos, de forma cronológica e pedagógica, a demonstrar porque a defesa da vinculação de recursos mínimos ao seu custeio:

- **1988** – ADCT, artigo 55: 30% do orçamento da seguridade social seriam destinados à saúde. Não cumprido ante acréscimos de serviços que não os de saúde;
- **1994** – Fundo Social de Emergência: EC de Revisão 1, de 1994, antecipou e deu origem à Desvinculação das Receitas da União (DRU);
- **1996** – Fundo de Estabilização Fiscal: EC 10, de 4/3/1996; continuidade da desvinculação de receitas;
- **1996** – CPMF: EC 12, de 15/8/1996. Vigorou entre os anos de 1997 e 2007. Não acresceu na saúde os recursos pretendidos pelo fato de parte deles terem sido destinados a outras áreas;
- **1998** – vinculação das contribuições sociais à Previdência: EC 20, de 4/6/1998. Vinculou à Previdência Social contribuições sociais que antes eram destinadas às três áreas da seguridade social, com prejuízo para a saúde;
- **2000** – vinculação de recursos: EC 29, de 13/9/2000, criou os pisos mínimos da saúde: 15% das receitas de impostos e transferências de impostos dos municípios e 12% dos estados; e, para a União, o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação do PIB, vedada a regressividade quando essa variação fosse negativa. Essa medida foi para por cobro às restrições de recursos para a saúde;
- **2007** – DRU: EC 56, de 20/12/2007. Prorrogou o prazo de vigência da DRU de 20% até o ano de 2011;
- **2012** – DRU: EC 68, de 21/11/2012. Prorrogou o prazo para até o ano 2015;
- **2015** – alterou o piso mínimo da saúde para a União. EC 86, de 17/3/2015. 15% das RCL, de forma escalonada (cinco anos para atingir esse percentual, com início de 13,2% em 2016). *Suprime a progressividade no piso da saúde ao incorporar os recursos do pré-sal no conjunto do financiamento do piso;*
- **2016** – DRU: EC 93, de 9/9/2016, prorroga o prazo até 2023; aumentou a alíquota para 30% e estende para estados e municípios. O provisório, permanente. Serão 29 anos de provisoriedade...;
- **2016** – congelamento dos gastos primários: EC 95, de 15/12/2016: revogou o escalonamento do piso da saúde para vigorar 15% da RCL em 2016 e 2017, sendo que, para o período 2018-2036, congelou o valor do piso de 2017 (indexado à variação do IPCA/IBGE); além disso, a disponibilidade financeira do Ministério da Saúde ficou condicionada até 2036 ao teto geral das despesas primárias federais, calculadas a partir da atualização (pela variação do IPCA/IBGE) do valor pago em 2016.

O financiamento da saúde nos mostra em sua trajetória a não priorização do setor, nem o reconhecimento de sua essencialidade para o desenvolvimento do país. Isso fica patente no histórico abaixo, agora em valores reais, os percentuais de recursos alocados à saúde nesses 30 anos:

- uma década de crise (anos 90) no financiamento da saúde, que exigiu a atuação da Procuradoria-Geral da República em 1994, somente parcialmente mitigada com a vinculação de recursos em 2000;
- aumento progressivo do financiamento alcançado somente em 2000 com a EC 29: de 2,9% do PIB para 4,0% em 18 anos (soma da União, dos estados, Distrito Federal e municípios), mas ainda muito abaixo dos 7,9% aplicados nos países com sistemas universais e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
- crescimento expressivo da participação municipal nesse aumento progressivo do financiamento, que representou 31% do total em 2017 e uma aplicação acima de 24% das receitas municipais que servem de base de cálculo (muito acima do piso de 15%), enquanto o financiamento federal ficou estagnado em torno de 1,6% e 1,7% do PIB nos últimos 18 anos — este quadro aponta para o esgotamento da capacidade de alocação adicional de recursos municipais para o financiamento da saúde e para o ente federativo mais prejudicado;
- mudança no piso federal da saúde, que deixou de ser o valor do ano anterior acrescido da variação nominal do PIB, para ser 15% da RCL da União e a supressão de sua progressividade prevista na Lei 12.351, de 2010, que considerou a quota-parte do pré-sal (25%) como valor a integrar o piso federal do SUS
- ADI 9.558 (STF): medida liminar mantendo a progressividade do valor do pré-sal, isto é, a ser *acrescido* ao piso mínimo da saúde, com o resgate do seu caráter de adicionalidade de recursos para a garantia de direitos fundamentais (no caso, o direito à saúde);
- EC 95: as novas regras trouxeram perdas em 2018, tanto dos valores dos pisos como das despesas empenhadas; situação semelhante deverá ocorrer em 2019 — para este ano, as perdas foram calculadas com base nos valores da Lei Orçamentária. Confirmam-se as projeções baseadas na regra de que nenhum centavo de acréscimo da receita será destinado à saúde e demais despesas sociais, pelo contrário: no caso da saúde será retirada parcela da receita destinada ao seu financiamento, que ficará abaixo de 15% da RCL — somadas as perdas dos pisos de 2018 e de 2019, *a retirada de recursos da saúde em dois anos totalizará R\$ 14 bilhões*, se comparado aos pisos de 15% que vigoraram em 2016 e 2017.

Os gastos públicos consolidados (União, estados, Distrito Federal e municípios) em saúde foram de R\$ 265 bilhões (em 2017), o que representou cerca de R\$ 3,60 per capita-dia (sendo que, desse valor, o da União foi de aproximadamente R\$ 1,55 per capita-dia).

Pelo presente quadro, a conclusão é que a saúde sempre foi subfinanciada e a vinculação em 2000, pela EC 29, decorreu da mais absoluta necessidade de se assegurar um valor mínimo, sob pena de seus recursos serem suprimidos ano a ano; infelizmente, esse processo está ocorrendo com as desvinculações decorrentes da revogação da regra da EC 29/2000 e da vigência do congelamento do piso aos níveis de 2017, implementado pela regra da EC 95/2016, bem como da inclusão (pela EC 86/2015) dos recursos do pré-sal (*sub judice*) no conjunto das receitas destinadas para o financiamento do piso (dar com uma mão e retirar com a outra).

Para se alcançar maior qualidade e quantidade de serviços compatíveis com as necessidades de saúde da população, os seus recursos teriam que ser no mínimo o dobro do gasto nos últimos anos, considerando os parâmetros internacionais e a situação atual de insuficiência de serviços públicos de saúde.

Há tecnologias e medicamentos ainda não incorporados e que são essenciais e têm sido garantidos judicialmente. Isso não significa que todas as inovações devam ser incorporadas, pois defendemos rigor na análise custo-benefício e evidências clínicas pela Conitec. A saúde deve ser praticada de modo racional e com muita sobriedade para não cair no canto da sereia das inovações tecnológicas e farmacêuticas que visam primeiramente engordar desmedidamente os lucros das empresas.

Há, de modo comprovado, defasagem quanto à quantidade e qualidade dos serviços, sendo imperioso planejamento de longo prazo que considere: a demografia crescente e o envelhecimento populacional, sendo que, por volta de 11% da população tem mais de 60 anos, com previsão de ser o dobro em dez anos; as novas tecnologias essenciais; as políticas de prevenção das mortes violentas e as dos acidentes de trânsito, em especial de moto, dentre outros aspectos. Outro dado relevante é de se instituir, de modo sistemático, em especial no âmbito do Ministério da Saúde, avaliação de desempenho dos serviços para informar o planejamento da saúde permanentemente.

Mas, no lugar do planejamento e da alocação adicional de recursos para saúde de forma compatível com as necessidades da população e de forma escalonada segundo o crescimento da receita, as autoridades econômicas estão anunciando pela imprensa não um plano para a melhoria da saúde, mas o envio de uma proposta de emenda constitucional (PEC) ao Congresso Nacional para desvincular 100% do orçamento. O que temos visto é que a Economia, que já subordinou a Previdência Social ao seu ministério, poderá também subordinar as demais áreas que compõem o sistema de seguridade social (artigo 194 da Constituição) ao seu controle, com perda de suas autonomias.

[1] Disponível em <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,os-politicos-tem-de-controlar-100-do-orcamento,70002749472> (acesso em 24/3/2019).

[2] Disponível em <https://www.conjur.com.br/2019-mar-19/contas-vista-especulacoes-orcamento-ministro-guedes> (acesso em 24/3/2019).

[3] Disponível em <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-10-marco-2019#a0> (acesso em 24/3/2019).

Date Created

26/03/2019