



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE, ECONOMIA
E GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Provisão de saúde no Brasil, uma análise sobre universalização e equidade.

Ana Chein Valladão

Brasília- DF

2019

Ana Chein Valladão

Provisão de saúde no Brasil, uma análise sobre universalização e equidade.

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Faculdade de Administração, Contabilidade, Economia e Gestão de Políticas Públicas como requisito básico para a conclusão do curso de Ciências Econômicas

Orientador: Dr. Mauro Boianovsky

Brasília- DF

Sumário

Agradecimentos	4
Resumo	5
Abstract	5
Capítulo 1	6
1.1 Bens Privados e Públicos	6
1.2 <i>Free Rider Problem</i>	8
1.3 Análise para o setor de saúde	12
Capítulo 2	16
2.1 A saúde pública no Brasil	17
2.2 Investimentos em saúde, uma análise sobre universalização	18
2.3 Os impactos do subfinanciamento nos resultados do SUS	24
Capítulo 3	27
3.1 Resultados da Saúde brasileira, uma análise sobre equidade	27
Conclusão	35
Bibliografia	37

Agradecimentos

Gostaria de iniciar agradecendo à minha família pelo incansável apoio durante estes anos de graduação. Em especial agradeço aos meus pais, Agenor e Mirian, pela compreensão e amor que me motivam diariamente a lutar pelos meus sonhos. Sem vocês nada seria possível. À Beatriz, minha irmã e companheira de vida, essa jornada não teria sido a mesma sem você ao meu lado, obrigada por me escutar e acolher nos momentos que mais precisei. Aos meus avós, Agenor e Myrian, que mesmo de longe sempre estiveram presentes me incentivando e torcendo pelo meu sucesso.

Aos amigos pela torcida e apoio mesmo diante de longos períodos de ausência. Em especial as minhas amigas que me acompanham desde os meus primeiros dias em Brasília, Marina, Fernanda, Laura, Roberta e Ana, muitíssimo obrigada. Aos amigos que o curso de Economia me proporcionou, em especial Amanda e Marcos, vocês são brilhantes tenho certeza que estaremos juntos na caminhada da vida. Ao meu namorado Felipe pelas incansáveis horas de conversa, por toda compreensão e apoio, obrigada por tornar esta jornada mais leve.

Ao meu orientador, professor Dr. Mauro Boianovsky, pela oportunidade de ter como orientador um pesquisador brilhante que me inspira a seguir estudando. Obrigada pelo seu tempo e principalmente pela paciência. Em especial, gostaria de agradecer pelas inspiradoras conversas que me incentivaram não só a realizar este trabalho, mas a buscar novos caminhos dentro da economia.

Gostaria de agradecer a banca avaliadora composta por dois professores que tiveram papel fundamental na minha formação acadêmica. À professora Dra. Daniela Freddo que foi crucial na formação do meu senso crítico como economista. Ao professor Dr. Michael Christian Lehmann que me abriu as portas da economia do setor público, muito obrigada.

Ao Departamento de Ciências Econômicas da Universidade de Brasília, em especial a todo o corpo docente, pela dedicação e comprometimento que me propuseram um ensino de altíssima qualidade.

A todos vocês, o meu muito obrigado.

Resumo

Este estudo buscou provar, utilizando ferramentas da microeconomia clássica, que a provisão de saúde é mais eficiente quando feita pelo governo. Isso ocorre pois, devido à assimetria de informação e as externalidades geradas pelas doenças transmissíveis, duas das quatro condições do Primeiro Teorema Fundamental do Bem-Estar são quebradas. Diante deste cenário, o setor privado se mostrou ineficiente em estabelecer o preço atuarialmente justo para prestação de serviços de saúde. Afim de verificar se o atual modelo adotado pelo Brasil, vai de encontro a estes achados foram comparados indicadores dos gastos público e privado do Brasil com demais países que adotam sistemas de saúde similares, universais e públicos. Constatou-se que o investimento público *per capita* no Brasil é inferior ao dos demais países analisados, limitando o acesso da população ao Sistema Único de Saúde. Diante disso, a população recorre a planos/seguros de saúde privado para suprir a carência gerada pelo governo. Este movimento gera um aumento dos gastos familiares diretos com saúde, que por sua vez se mostrou a maneira mais regressiva e desigual de financiar o sistema de saúde.

Palavras-chave: Provisão pública; investimento; equidade; SUS.

Abstract

This study sought to prove, using classical microeconomics tools, that health provision is more efficient when done by the government. This is due to the information asymmetry and externalities generated by communicable diseases, which breaks two of the four conditions of the First Fundamental Welfare Theorem. Given this scenario, the private sector proved to be inefficient in setting the actuarially fair price for health services. In order to verify if the model currently adopted by Brazil meets these findings, public and private spending indicators analyzed. Those were and were compared to other countries that adopt similar health provision models. The study found that per capita public investment in Brazil is lower than in the other countries analyzed, limiting the population's access to the public health system. Therefore, the population uses private health insurance to cover the government-generated need. This movement implies in an increase in out-of-pocket spending on health, which in turn proved to be the most regressive and unequal way to finance the health system.

Keywords: Public provision; investment; equity; SUS.

Capítulo 1

1.1 Bens Privados e Públicos

A discussão acerca da provisão eficiente do sistema de saúde, tem como embrião as diferenças entre os bens públicos e privados. Desta maneira, é de suma importância iniciar o debate explicitando a definição econômica formal de ambas categorias para que possamos compará-los e avançar no debate.

Os bens privados consistem em um produto ou serviço produzido por uma empresa privada e adquirido para aumentar a utilidade ou a satisfação do comprador. A maioria dos bens e serviços consumidos em uma economia de mercado são bens privados, e seus preços são determinados em algum grau pelas forças de oferta e demanda do mercado.

Bens privados puros são ambos excludentes e rivais, onde a excludibilidade significa que os produtores podem impedir que algumas pessoas consumam o bem ou serviço com base em sua capacidade ou disposição de pagar. O fato de serem rivais indica que o consumo de um produto por um indivíduo reduz o valor disponível para consumo por outro.

Em uma economia de mercado os preços são operados livremente e são a peça fundamental na alocação eficiente dos recursos para um indivíduo e, por consequência para uma sociedade. Segundo exposto por Hayek (1945) em seu famoso artigo *“The use of knowledge in society”*, basta que os agente econômicos conheçam os preços dos produtos que os afetam e assim tomarão suas decisões de maneira eficiente. A partir deste conceito é possível dizer que uma economia é descentralizada, ou seja, não há um “ente” que coordene a produção e consumo de tal sociedade.

Existem duas razões fundamentais pelas quais uma economia baseada em sistema de preços como mecanismo de alocação de recursos funcione de maneira favorável. A primeira delas é do lado da demanda, o consumidor deseja pagar o menor preço possível pelos bens e serviços que compõem a sua cesta de consumo e irão comprar

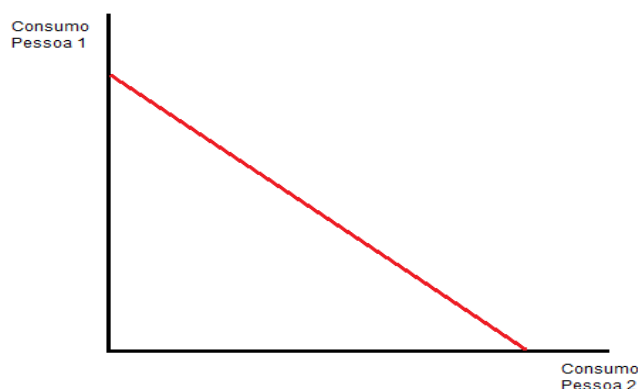
das empresas que ofertem os menores preços. Do lado da oferta as empresas desejam vender seus produtos pelos maiores preços possíveis, vendendo seus bens e serviços para os consumidores que atribuírem maior valor a estes.

A segunda razão está ligada à informação. Em uma economia centralizada, onde um agente controla os preços e a produção, este precisa ter conhecimento da preferência de todos os consumidores e da tecnologia de produção de todas as firmas para que a alocação ocorra de maneira eficiente. Desta maneira, o agente estará apto a decidir o quanto produzir.

O primeiro ponto exposto está ligado ao conceito de “mão invisível” proposto por Adam Smith (1776) em sua mais famosa obra Riqueza das Nações. No entanto, para que a “mão invisível” do mercado funcione, algumas condições precisam ser atendidas, i) a informação perfeita; ii) as firmas não possuam poder de mercado; iii) ausência de externalidade.

Gráfico 1: Bem Privado

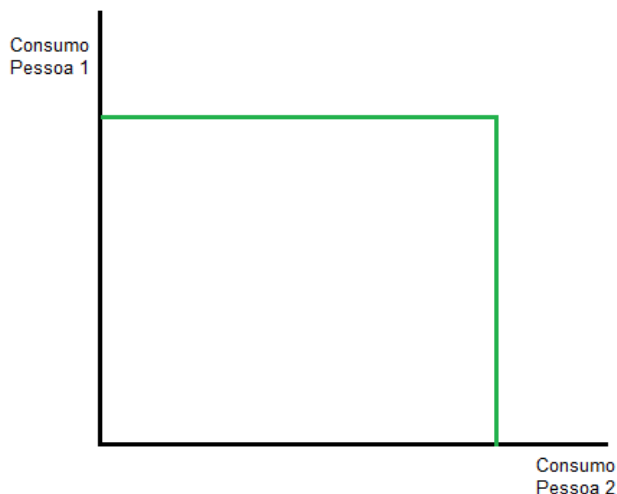
Bem Privado



“Os bens públicos são um tipo particular de externalidade de consumo que devem ser fornecidos na mesma quantidade e para todos os consumidores envolvidos” (VARIAN, 2015). Desta maneira, diferentemente dos bens privados, bens públicos puros são não excludentes e não rivais. Estas características configuram um cenário desafiador para os economistas, pois os agentes econômicos possuem preferências distintas com relação a um determinado bem e, de alguma maneira, é preciso encontrar uma quantidade comum ótima.

Gráfico 2: Bem Público

Bem Público



1.2 *Free Rider Problem*

Os bens públicos sofrem do chamado *free rider problem* que ocorre quando aqueles que se beneficiam do bem ou serviço não pagam por eles, o que resulta em um fornecimento insuficiente destes. Na prática, o que ocorre pode ser modelado pelo arcabouço teórico da Teoria dos Jogos.

Suponha dois indivíduos que possuam uma riqueza individual de W , que cada agente atribua a compra de um novo equipamento para o sistema de saúde um valor de r e que este custe $r+y$. Desta maneira, a soma do preço de reserva- quantia máxima que o indivíduo está disposto a pagar para ter um determinado bem, excede o custo tornando-o eficiente no sentido de Pareto em adquirí-lo.¹

Inicia-se a análise do jogo pelo jogador 1. Caso ele compre este equipamento ele receberá um benefício de r e pagará um custo de $r+y$, o que o levará a um benefício líquido de $-y$. No entanto, ao efetuar a compra deste equipamento, o jogador 2 também poderá utilizá-lo gratuitamente, gerando o benefício líquido de r para este. Diante deste cenário, podemos concluir que o equilíbrio de Nash deste jogo é: nenhum dos

¹ É imprescindível ressaltar que a propensão a pagar deve ser sempre menor do que a capacidade de fazê-lo, para ambos os indivíduos; $r_1 \leq w_1$; $r_2 \leq w_2$

jogadores contribuir para a compra do equipamento (campo em amarelo na tabela abaixo).

Tabela 1: Jogo da Saúde

		Jogador 2	
		Compra	Não Compra
Jogador 1	Compra	$-y; -y$	$-y; r$
	Não Compra	$r; -y$	$0; 0$

Para que possamos aprofundar o debate e compreender melhor os efeitos do *free rider problem* iremos comparar dois cenários. No primeiro, a economia será composta por dois bens privados e no segundo por um bem privado e um bem público.

Para tal comparação utilizaremos os instrumentais da microeconomia clássica, onde o equilíbrio eficiente é entendido como aquele que maximiza o bem-estar. Segundo o Primeiro Teorema Fundamental do Bem-Estar, mercados competitivos atingem um equilíbrio eficiente no sentido de Pareto, ou seja, a maximização do lucro das firmas irá ocorrer até o ponto que os consumidores estão dispostos a pagar um preço igual ao custo marginal da produção. Desta forma, a disposição dos consumidores a pagar é equivalente ao seu benefício marginal.

No entanto, existem algumas restrições para que o mercado atinja a eficiência no sentido de Pareto: i) todos os produtores e consumidores são tomadores de preço; ii) os mercados são completos- existe mercado para todos os bens; iii) informação perfeita; iv) inexistência de externalidades.

Após a exposição do Primeiro Teorema Fundamental do Bem Estar, pode parecer que existe pouco espaço para o governo em uma economia. No entanto, atingir a eficiência de Pareto pode não ser o único foco de uma sociedade, visto que esta não garante algum tipo de divisão equitativa dos bens.

“A society can be Pareto optimal and still perfectly disgusting”- Amartya Sen

Algumas premissas iniciais devem ser estabelecidas. A soma dos consumidores de uma determinada economia é igual a H , onde $h=1,2,..., H$; existem dois bens disponíveis X e G ; X é um bem privado e cada indivíduo consome uma quantidade X^h . Desta maneira, o total de bem X na economia é representado por $X = \sum_h X^h$. Similarmente G

é a quantidade total do bem na economia, onde G^h é o consumo individual deste bem. A utilidade individual é representada por $U^h = U^h(X^h, G^h)$, crescente em X e G. A função do bem estar social é dada por $\Psi (U^1, \dots, U^h, \dots, U^H)$, côncava, crescente em todos os argumentos e duas vezes derivável. A fronteira de possibilidade de produção é dada por $F = (X, G) = 0$.

No primeiro cenário G será analisado como um bem privado. Assim, a alocação eficiente de Pareto é obtida através da seguinte maximização:

$$\max \Psi (U^1, \dots, U^h, \dots, U^H) \text{ sujeito à } F(\sum_h X^h, \sum_h G^h) \leq 0$$

Lagrangiano:

$$\Psi (U^1, \dots, U^h, \dots, U^H) - \lambda F (X, G)$$

Condições de Primeira Ordem (C.P.O)

$$[X^h] = \Psi_h U_X^h = \lambda F_X \quad \forall h$$

$$[G^h] = \Psi_h U_G^h = \lambda F_G \quad \forall h$$

Das condições de primeira ordem da provisão ótima obtém-se que:

$$\frac{U_X^h}{U_G^h} = \frac{F_X}{F_G}$$

O resultado encontrado é uma alocação ótima no sentido de Pareto, visto que pode ser escrita da seguinte maneira $TMS_{GX}^h = TTS_{GX} \quad \forall h$ e, como exposto, o Primeiro Teorema do Bem Estar afirma que em mercados descentralizados essa será a alocação atingida.

No segundo cenário, G será analisado como um bem público que todos os agentes da economia consomem.

$$\max \Psi (U^1, \dots, U^h, \dots, U^H) \text{ sujeito à } F(\sum_h X^h, G) \leq 0$$

Lagrangiano

$$L = \Psi ((U^1, \dots, U^h, \dots, U^H) - \lambda F (X, G)$$

Condições de Primeira Ordem (C.P.O)

$$[X^h] = \Psi_h U_X^h = \lambda F_X \quad \forall h$$

$$[G] = \sum_h \Psi_h U_G^h = \lambda F_G$$

Das condições de primeira ordem da provisão ótima obtém-se que:

$$\sum_h \frac{U_G^h}{U_X^h} = \frac{F_G}{F_X}$$

Segunda a Regra de Samuelson (1954), em um mercado competitivo para um bem (X) os indivíduos consomem quantidades diferentes deste. No entanto, eles possuem a mesma Taxa Marginal de Substituição (TMS). No caso de bens públicos indivíduos podem possuir Taxas Marginais de Substituição distintas, porém consomem a mesma quantidade do bem. Para uma dada quantidade do bem público G o benefício marginal social é a soma das Taxas Marginais de Substituição dos indivíduos. Desta maneira, a alocação ótima satisfaz a seguinte equação:

$$\sum_h TMS_{GX}^h = TTS_{GX}$$

Conclui-se que sendo G e X bens privados, ao aumentar a provisão do bem em uma unidade, apenas o indivíduo que consome este bem terá sua utilidade aumentada. No segundo cenário, onde G é um bem público e X um bem privado, uma quantidade adicional aumenta a utilidade de todos os indivíduos da economia em questão.

Retornando para o *free rider problem*, quando o investimento possui um custo individual, porém com um benefício comum, indivíduos tendem a subinvestir se comparado à Lei de Samuelson². Portanto, é necessária a criação de mecanismos de intervenção para que está seja atingida.

Na prática, existem algumas dificuldades para a implementação destes mecanismos. Isso ocorre pois: i) o governo (ou instituição central) precisa saber as preferências ou possuir mecanismos para revelá-las; ii) o governo dispõe apenas dos impostos

² Indivíduos determinam seu gasto com G de maneira que sua TMS seja igual TTS. A soma de todas as TMS é, portanto, H vezes 1 e desta maneira maior do que a TTS.

distorcionários³ para financiar os bens públicos; iii) A análise de Samuelsons é tida como *first best benchmark*.

1.3 Análise para o setor de saúde

No caso da saúde, bem que este trabalho visa analisar, devido à assimetria de informação e as externalidades geradas pela doenças transmissíveis, duas das quatro condições do Primeiro Teorema Fundamental do Bem Estar são quebradas, atenuando a ineficiência do mercado para a provisão deste bem e tornando necessária a intervenção governamental.

De maneira geral, o governo possui três formas de intervir no mercado para aumentar sua eficiência. i) subsidiando os preços do setor de saúde; ii) provendo de maneira universal o sistema de saúde; iii) mandatos governamentais. Países europeus e o Brasil adotam a segunda opção, enquanto os Estados Unidos da América, e outros países, adotam uma combinação das outras duas.

Em um sistema no qual a intervenção governamental não é eficiente, o mercado privado, via seguro de saúde, surge como forma complementar de assegurar o acesso a este bem. No entanto, a modelagem econômica dos seguros de saúde é excessivamente onerosa e excludente, como será demonstrado.

A formação do preço dos seguros segue o seguinte modelo. O consumo de um indivíduo na ausência de um evento adverso é dado por c_0 e na presença por c_1 . Temos ainda que p é a probabilidade deste evento ocorrer. Desta maneira a utilidade esperada é representada por:

$$E[U] = (1 - p)U(c_0) + p U(c_1)$$

O preço atuarialmente justo é aquele que iguala a expectativa ao dano. Ou seja, quanto menor a expectativa de um indivíduo ficar doente menor deve ser o seu custo

³ “Arnold Harberger, com suas inúmeras contribuições para a formulação de medidas de perdas de peso morto (ou custo de bem estar), também foi de grande importância para o desenvolvimento do conceito de MCF. Em Harberger (1964), os efeitos de um imposto distorcionário são comparados com os efeitos de um imposto do tipo *lump-sum*, considerando que qualquer um dos tipos de tributação irá gerar a mesma receita para o Governo. Assim, o efeito renda desapareceria, pois uma vez que o setor privado cede ao Governo o mesmo montante de receita independente da forma de tributação, a única diferença entre os dois sistemas tributários é que um deles gera efeito substituição e o outro não.” (BRUNO LANZER, 2011, pg. 3)

com seguro. Ao cobrar o preço atuarialmente justo e excluindo o fato de as seguradoras possuírem custos fixos, estas não irão produzir lucro ou prejuízo neste cenário.

Em um cenário realista, onde as empresas possuem custos fixos, o preço cobrado é necessariamente superior ao atuarialmente justo. O indivíduo deve optar por contratar um seguro quando o preço pago o colocar em posição de indiferença entre obter ou não o seguro: $E(U^{sem}) = E(U^{com})$

No entanto, primeira falha de mercado, assimetria de informação, leva ao problema de seleção adversa. Esta ocorre quando o contratado não possui todas as informações necessárias para identificar o contratante no que tange ao risco. No mercado de seguros, como observado por Arrow (1963) podemos notar um agrupamento de riscos- chamado por ele de *pooling*, evidenciando uma tendência de equalização dos prêmios. Neste cenário, os agentes com menor probabilidade de apresentar problemas de saúde gerariam uma redistribuição de renda para aqueles com alta probabilidade.

Anos após foi demonstrado por Akerlof (1970) o seguinte: dado que todas as seguradoras possuem informação imperfeita sobre o risco de cada contratante, existe uma tendência de não existência destes mercados, caso existam, operam de forma ineficiente. Como apresentado por Sandro Alves Leal (2004, pg.3) em seu artigo na Revista Brasileira de Economia:

“Uma primeira geração de modelos desenvolveu-se no sentido de propor mecanismos de auto-seleção como alternativa para redução da ineficiência dos mercados sob seleção adversa. A idéia é que os indivíduos eram capazes de revelar suas características (risco) através da escolha dos contratos. Um indivíduo que escolhesse um contrato do tipo amplo, ou seja, com direito a um maior número de procedimentos, deveria ser um indivíduo com risco elevado. Sabendo disso, as seguradoras deveriam oferecer um menu variado de contratos, com diferentes níveis de cobertura e preços, a fim de que os indivíduos revelassem os seus riscos. Esta forma de alocação mostrou-se superior (em termos de eficiência econômica) do que aquela onde era cobrado um preço médio para todos os indivíduos.”

A ineficiência ocorre quando ao contratar um seguro de saúde os indivíduos têm incentivos para mentir quanto ao seu histórico afim de barganhar menores preços. Esta condição faz com que as seguradoras não consigam distinguir com precisão os

indivíduos de alto e baixo risco. Desta forma, visando se proteger de um possível prejuízo, estas irão optar por cobrar de todos clientes o preço atuarialmente justo dos indivíduos de alto risco, o que pode significar um equilíbrio perverso. Isso ocorre devido à seleção apenas dos indivíduos com alta propensão a doenças. Neste cenário, jovens que geralmente apresentam melhores condições de saúde, porém menor renda, teriam dificuldade de entrar no sistema, além disso, indivíduos saudáveis seriam expulsos devido à dificuldade de ajustar os novos preços dos planos as suas respectivas restrições orçamentárias.

No entanto, no exposto de Feldstein- *Jornal Political Economics* (JPE) 1973- a generosidade ideal do seguro de saúde é determinada pela troca entre os benefícios sociais gerados por aliviar as falhas de mercado e melhorar a equidade versus o custo social do *moral hazard*⁴. A tendência ao uso excessivo ocorre uma vez que o pagamento realizado pelo paciente é menor que o custo real.

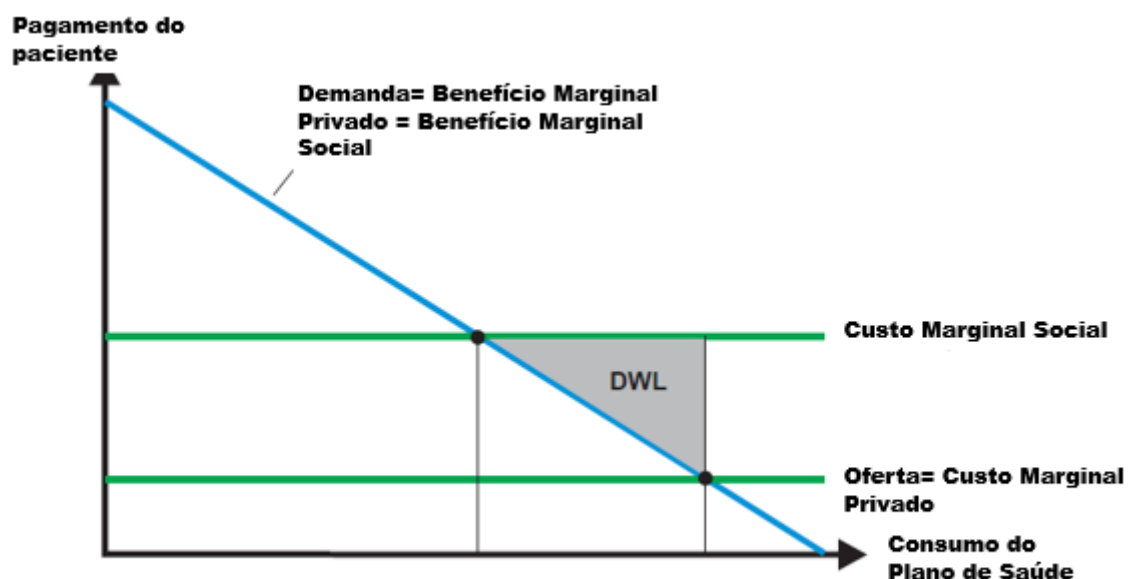
A existência do uso excessivo dos seguros de saúde é brilhantemente exposta por Mark V. Pauly (1968) em seu artigo *The Economics of Moral Hazard: Comment*, publicado na *The American Economic Review*.

"The presence of a "prisoners' dilemma" motivation makes this inconsistency inevitable.² Each individual may well recognize that "excess" use of medical care makes the premium he must pay rise. No individual will be motivated to restrain his own use, however, since the incremental benefit to him for excess use is great, while the additional cost of his use is largely spread over other insurance holders, and so he bears only a tiny fraction of the cost of his use. It would be better for all insurance beneficiaries to restrain their use, but such a result is not forthcoming because the strategy of "restrain use" is dominated by that of "use excess care."

A *deadweight loss* causado pelo subsídio do sistema de saúde depende da inclinação da curva de demanda, e conseqüentemente da elasticidade dos preços deste bem. No entanto, para estimar esta elasticidade, é necessário que se obtenha a variação no preço do seguro de saúde. Em países onde existe um sistema universal não há variação no preço. No caso do Brasil, a dificuldade para estabelecer este cálculo é atenuada pela presença de um sistema misto.

⁴ *Moral Hazard* refere-se à possibilidade de um agente econômico mudar seu comportamento mediante a mudanças no contexto econômico.

Gráfico 3: *Deadweight loss*



Por outro lado, o governo possui uma série de vantagens em comparação aos seguros privados. O plano de saúde público faz uso dos impostos obrigatórios, o que conseqüentemente garante um seguro completo e atuarialmente justo para toda a população. Desta forma, como os prêmios não estão relacionados aos riscos ocultos da saúde do indivíduo, a saúde pública redistribui dos saudáveis para os doentes.

No que tange à segunda falha de mercado, as externalidades geradas pelas doenças transmissíveis que comprometem a eficiência de Pareto na provisão da saúde, nos leva a concluir que um sistema nacional de saúde é a forma mais eficiente para solucionarmos o problema.

Em um país onde todos os indivíduos têm a possibilidade de receber cuidados básicos de saúde, ou seja, não existe exclusão, ao contrário dos planos de saúde privado, existe uma melhora na saúde geral da população. Neste cenário, existe uma redução de pessoas doentes na população em geral. Isto implicará em uma população mais saudável e produtiva.

A vacinação em massa é um exemplo da eficiência de políticas governamentais que combatem a externalidade de doenças contagiosas. No Brasil, a erradicação de doenças como Varíola e Poliomielite- segundo dados da Organização Mundial da

Saúde (1994), são frutos do programa de vacinação em massa com foco principal nas idades iniciais.

Como consta no Relatório de Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis no Brasil” (2004, pg. 308)

“A rubéola foi introduzida na lista de doenças de notificação compulsória no Brasil somente na segunda metade da década de 1990. Em 1997, ano em que o país enfrentou a última epidemia de sarampo, foram notificados cerca de 30 mil casos de rubéola, com ocorrência de surtos desta doença em vários estados do Brasil no período 1999/2001. Nesse mesmo período, observou-se um aumento progressivo no número de casos de SRC (de 200 para 600), o que reflete tanto o aumento da circulação do vírus (a taxa de incidência de rubéola na população feminina em 2001 chegou a 5/100 mil mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos e de 6,3/100 mil mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos) como o incremento de estratégias de vigilância para a detecção de casos. A implementação do Plano de Erradicação do Sarampo no país, a partir de 1999, impulsionou a vigilância e o controle da rubéola. Em 2002, ocorreram 443 casos de rubéola no Brasil, o que corresponde a um decréscimo superior a 90%, quando comparado à incidência de 1997.”

Destarte, conclui-se que devido à presença de falhas de mercado e ineficiência do setor privado de resolvê-las é papel do governo prover um sistema de saúde para a população. Este estudo, em seus capítulos seguintes, visa discutir a atual situação do Brasil em comparação com outros países e a formulação eficiente de políticas públicas para a provisão de saúde no modelo universal.

Capítulo 2

Diante do descrito no capítulo anterior a favor da provisão universal do sistema de saúde e da ineficiência dos planos de saúde, avançaremos para uma análise do atual quadro do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, foi realizada uma pesquisa descritiva dos gastos públicos e privados no setor de saúde do Brasil.

Os resultados serão comparados com os de cinco países- França, Itália, Portugal, Espanha e Reino Unido. O critério utilizado para a escolha destes países foi o modelo de provisão de saúde adotado, universal e público. É importante ressaltar que nenhum país com população e renda semelhantes aos do Brasil possui o sistema de provisão universal, o que impossibilitou uma melhor análise comparativa.

Durante a exposição, os termos 'gastos em saúde', 'dispêndio com saúde', ou 'investimento em saúde' se referem a todo e qualquer gasto efetuado com o intuito de

recuperar, promover e manter a saúde dos indivíduos de certa população durante um dado período de tempo.

Os dados analisados são referentes ao período compreendido entre os anos 2007 e 2016 devido à disponibilidade das informações nas bases de dados consultadas. Para tanto, foram acessadas as seguintes bases de domínio público, Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), Banco Mundial, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

2.1 A saúde pública no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1986 com o intuito de garantir o direito do cidadão, assegurado dois anos mais tarde pela Constituição Federal de 1988 (CF-88), onde se destaca que, “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. No período anterior à CF-88, o sistema público de saúde era de uso exclusivo dos trabalhadores vinculados à Previdência Social, o que correspondia à aproximadamente 30 milhões de brasileiros com acesso à rede hospitalar pública. Os demais cidadãos eram assistidos por entidades filantrópicas que atuavam no país.

O SUS é, conforme descrito na página oficial do Governo Brasileiro, um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. A gestão das ações e dos serviços de saúde é dever dos três entes da Federação: União, estados e municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Além disso, engloba todos os níveis de complexidade (primária, média e alta), os serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária/ambiental e assistência farmacêutica.

Oficialmente o SUS possui três princípios: universalização, equidade e integridade. Sendo estes descritos pela entidade da seguinte forma:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Tendo tais princípios como base, algumas questões foram levantadas. A primeira delas diz respeito aos investimentos, o governo tem investido de maneira tal que nos aproximamos da universalização?

2.2 Investimentos em saúde, uma análise sobre universalização

Apesar das diretrizes da CF-88 apontarem para um cenário de igualdade e alta abrangência nos serviços prestados, estudos recentes, com destaque ao realizado pelo Banco Mundial, apontam sinais de ineficiência e má gestão. Segundo dados da mesma instituição, com 66% dos recursos empregados pelo Governo nos últimos anos é possível atingir o mesmo nível de serviços de saúde oferecido atualmente.

Em relatório publicado em novembro de 2017 “Um Ajuste Justo - Análise da Eficiência e Equidade do Gasto Público no Brasil” - a entidade concluiu que o país poderia economizar aproximadamente R\$ 22 bilhões no Sistema Único de Saúde (SUS) sem que houvesse prejuízo ao nível dos serviços prestados ou aos resultados. Deste valor, R\$ 9,3 bilhões são referentes a gastos com a saúde primária e R\$ 12,7 bilhões a gastos com serviços hospitalares.

As despesas totais com saúde representam hoje 9,5% do Produto Interno Bruto (PIB) — soma de todas as riquezas produzidas pelo país. Este percentual é acima da média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), grupo dos países mais desenvolvidos do mundo que é de 8,8%, e próxima a de países como o Reino Unido (9,1%), cujo sistema de saúde serviu como exemplo para a criação do SUS.

Tabela 2: Gasto total com Saúde- % do PIB

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Austrália	8,4	8,5	8,7	8,8	9,0	9,3	9,2	9,2
Austria	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4
Belgica	10,0	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,3
Canadá	10,7	10,4	10,4	10,3	10,1	10,6	10,8	10,7
Chile	6,8	6,8	7,0	7,4	7,8	8,3	8,5	9,0
República Checa	6,9	7,0	7,0	7,8	7,7	7,2	7,2	7,2
Dinamarca	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,1
Estônia	6,3	5,8	5,8	6,0	6,1	6,4	6,5	6,4
Finlândia	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,7	9,4	9,2
França	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3
Alemanha	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2
Grécia	9,6	9,1	8,9	8,4	8,0	8,1	8,3	8,0
Hungria	7,5	7,5	7,5	7,3	7,1	7,0	7,1	6,9
Islândia	8,5	8,3	8,2	8,2	8,3	8,1	8,2	8,3
Irlanda	10,5	10,7	10,7	10,3	9,7	7,3	7,4	7,2
Israel	7,0	7,0	7,1	7,1	7,1	7,1	7,3	7,4
Itália	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9	8,8
Japão	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,9
Coréia	6,2	6,3	6,4	6,6	6,8	7,0	7,3	7,6
Letônia	6,1	5,6	5,4	5,4	5,5	5,7	6,2	6,0
Lituânia	6,8	6,5	6,3	6,1	6,2	6,5	6,6	6,5
Luxemburgo	7,0	6,1	6,6	5,6	5,5	5,4	5,4	5,4
México	6,0	5,7	5,8	5,9	5,6	5,8	5,5	5,5
Holanda	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1
Nova Zelândia	9,6	9,5	9,7	9,4	9,4	9,3	9,3	9,1
Noruega	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,5	10,4
Polônia	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	6,5	6,5
Portugal	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	9,0	9,0
República Eslovaca	7,8	7,4	7,6	7,5	6,9	6,8	7,0	6,7
Eslovênia	8,6	8,6	8,8	8,8	8,5	8,5	8,5	8,2
Espanha	9,0	9,1	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0	8,9
Suécia	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	11,0	11,0
Suíça	10,7	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9	12,2	12,3
Turquia	5,1	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2
Reino Unido	8,4	8,4	8,3	9,8	9,8	9,7	9,7	9,6
Estados Unidos	16,4	16,4	16,3	16,3	16,4	16,7	17,1	17,1
OCDE- Média	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8
Brasil	7,9	7,8	7,7	8,0	8,4	8,9	9,2	9,5

Fonte:

OCDE (*Dataset: Health expenditure and financing*)

No entanto, é importante ressaltar que a tabela anexada acima é referente ao gasto total dos países com saúde, sendo estes a soma dos gastos públicos e privados. Analisando os dados levantados pela Organização Mundial de Saúde, no Brasil, os gastos privados correspondem a 57% do total gasto com saúde, enquanto, os gastos públicos contabilizam 43% do total. Tal padrão de investimento não ocorre nos demais países que adotam o sistema universal como modelo de provisão de saúde.

Utilizando o indicador *Domestic Private Health Expenditure (PVT-D) as % Current Health Expenditure (CHE)* como base de comparação, percebe-se que nos países que adotam o modelo de provisão universal, os gastos privados com saúde são, em regra, inferiores aos gastos públicos.

Tabela 3: Domestic Private Health Expenditure (PVT-D) as % Current Health Expenditure (CHE)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	57	56	56	55	55	56	55	56	57	57
França	23	23	23	24	24	24	24	24	23	17
Itália	23	22	22	22	23	24	24	24	25	26
Portugal	31	32	30	30	32	34	33	34	34	34
Espanha	27	26	25	25	26	28	29	30	29	29
Reino Unido	16	15	15	15	16	16	20	20	20	20

Fonte: OMS Database

O segundo indicador utilizado para aferir o grau de investimento público no setor é o *Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % General Government Expenditure (GGE)*. Este consiste na parcela do orçamento de cada país destinada a saúde. No mesmo grupo de países analisados anteriormente, o Brasil é o que direciona a menor parcela de seus gastos para saúde, quase metade do investido pelo Reino Unido e 5% a menos que a média do grupo.

Tabela 4: Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % General Government Expenditure (GGE)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	9	9	10	9	9	9	9	10	10	10
França	15	15	15	15	15	15	15	16	16	17
Itália	14	14	14	14	14	13	13	13	13	13
Portugal	14	14	14	13	13	13	12	12	12	13
Espanha	15	15	15	15	15	14	14	14	15	15
Reino Unido	15	15	15	15	15	15	18	18	19	19

Fonte: OMS Database

Os dados expostos acima, apesar de relevantes para a análise e comparação, não são capazes de traduzir de maneira fidedigna o cenário de investimento brasileiro. Isso ocorre, porque, o Brasil é um país de dimensões continentais com a 5º maior população do mundo (210.867.954 habitantes), segundo dados do IBGE de 2018. Em contra partida, a população dos demais países do grupo de comparação não ultrapassa 67 milhões de habitantes, segundo mesma fonte. Assim, para que os dados traduzam a realidade, deve-se levar em conta o investimento *per capita*.

Desta forma, o indicador *Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) per Capita in US\$* mostra, em termos monetários, o investimento do governo na saúde por habitante. Conseqüentemente, fica demonstrado que o Brasil possui um *gap* significativo com relação aos seus pares. O país apresentou o menor nível de investimento *per capita*, US\$ 336 por ano (o equivalente a R\$ 1.401,12, pelo câmbio

atual⁵), enquanto a França, país que mais investe no setor, dedica US\$ 3.534 (R\$ 14.736,78) – aproximadamente 10,51 vezes o investimento brasileiro.

Tabela 5: Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) per Capita in US\$

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	254	307	315	398	453	403	433	442	329	336
França	3316	3657	3605	3493	3748	3538	3734	3832	3225	3534
Itália	2393	2711	2603	2522	2609	2380	2430	2413	2021	2039
Portugal	1420	1588	1594	1544	1494	1258	1311	1313	1141	1195
Espanha	1882	2185	2197	2078	2139	1869	1868	1881	1676	1703
Reino Unido	3126	3050	2788	2804	2950	2951	3362	3668	3496	3175

Fonte: OMS Database

No que tange ao investimento privado *per capita* no setor, caracterizado pelo indicador *Domestic Private Health Expenditure (PVT-D) per Capita in US\$*, o Brasil também apresenta o menor investimento. No entanto, o *gap* com relação ao país que mais investe- Reino Unido- é significativamente menor. Enquanto no Brasil o investimento privado é de US\$ 452 (R\$ 1.884,84), no Reino Unido é de US\$ 782 (R\$ 3.260,94) - aproximadamente 1,73 vezes mais.

Tabela 6: Domestic Private Health Expenditure (PVT-D) per Capita in US\$

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	344	395	400	489	568	537	538	563	441	452
França	979	1118	1102	1083	1183	1113	1164	1178	986	729
Itália	695	779	721	693	779	746	765	777	688	699
Portugal	647	734	686	669	713	661	648	674	583	606
Espanha	706	782	717	701	760	721	762	791	675	687
Reino Unido	614	555	486	505	550	544	827	899	859	782

Fonte: OMS Database

Este cenário ressaltou subfinanciamento público da saúde no Brasil, que impacta diretamente na dificuldade de abrangência das ações, serviços e na qualidade da atenção à saúde da população. Isto quadro tem levado o cidadão brasileiro a recorrer à iniciativa privada. O investimento voluntário em seguros de saúde no Brasil corresponde a 28% do gasto total com saúde. Novamente, este padrão não é verificado no grupo de países analisados.

⁵ Para tal calculo utilizou-se o câmbio oficial do Banco Central do Brasil no dia 24/09/2019, que correspondia a R\$ 4,17.

Tabela 7: Voluntary health insurance schemes % of Current Health Expenditure (CHE)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	23	24	23	24	25	26	26	26	27	28
França	13	13	13	13	13	13	13	13	13	7
Itália	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2
Portugal	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Espanha	6	5	5	4	5	5	5	5	5	5
Reino Unido	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3

Fonte: OMS Database

O indicador *out-of-pocket* mostra o impacto dos gastos com saúde no orçamento familiar, desde consultas médicas até exames e medicamento. No Brasil, este indicador corresponde a 27% das despesas totais com saúde. Dentre os países analisados, França e Reino Unido obtiveram o menor gasto das famílias em relação ao gasto total com saúde, respectivamente 10% e 15% no mesmo ano.

Tabela 8: Out-of-pocket (OOPS) as % of Current Health Expenditure (CHE)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	33	31	31	29	29	30	28	28	28	27
França	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Itália	22	21	21	21	22	22	22	22	23	23
Portugal	26	26	25	25	26	28	27	28	28	28
Espanha	21	21	19	21	21	23	24	24	24	25
Reino Unido	10	9	9	10	10	10	15	15	15	15

Fonte: OMS Database

Em uma primeira análise, os dados apresentados nas tabelas 6 e 7 deste estudo parecem incompatíveis para Itália, Portugal e Espanha. No entanto, são explicados pelo modelo de sistema adotado nesses países.

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) não é inteiramente gratuito. Para cada serviço há um preço pré-determinado, que varia de acordo com a complexidade do serviço prestado, seja ele técnico (ex.: exames) ou médico. Os cidadãos de baixa renda, pessoas com doenças graves e gestantes são isentas das taxas cobradas. Tais isenções vão desde consultas de acompanhamento até assistência odontológica. Desta forma, o cidadão, em sua maioria, não utiliza planos de saúde, mas possui um dispêndio *out-of-pocket*.

Na Itália, todo cidadão cadastrado no *Servizio Sanitario Nazionale*, possui cobertura de saúde em todo o território. Dentre os serviços prestados estão exames laboratoriais

e consultas médicas, inclusive com especialistas. Caso os tratamentos demandados sejam de maior complexidade, pequenas taxas adicionais podem ser cobradas. Desta forma, assim como em Portugal, o cidadão não depende de planos privados de saúde, mas possui uma despesa *out-of-pocket*.

Na Espanha, o sistema de saúde é custeado pelo Governo por meio de impostos e atende cerca de 90% da população. Os serviços oferecidos pelo Sistema Nacional de Saúde Espanhol vão de consultas preventivas a exames diagnósticos. No entanto, algumas especialidades, como a oftalmologia, não são ofertadas pelos hospitais públicos, fazendo com que alguns cidadãos optem por pagar pelo atendimento particular.

Ao analisar os dados de dispêndio *out-of-pocket per capita*, o custo do subinvestimento público no orçamento familiar fica evidente. O brasileiro gasta, em paridade de poder de compra, valores similares aos dos países selecionados. No entanto, o PIB per capita destes países é, no mínimo, duas vezes o PIB per capita brasileiro nos mesmos termos de comparação.

Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends (2018, pg. 41)

Out-of-pocket spending is the most regressive and inequitable way to fund the health system. Because spending is directly related to the severity of the underlying health condition, treatment is provided only if payments are made, and payments made depend exclusively on a household's capacity to pay. To assess the impact of such payments on people's ability to spend on other needs and their living standards, it is critical to go beyond monitoring the share at the macro level.

Tabela 9: Out-of-pocket expenditure per capita, PPP (current international \$)

	2000	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	274.9	346.2	606.5	631.5	675.6	718.8	781.4	799.2	774.3
França	542.3	641.1	645.7	707.5	705.3	710.4	719.6	760.9	791.9
Itália	183.0	394.9	410.1	430.3	434.4	453.1	461.8	455.5	466.6
Portugal	396.7	643.7	659.1	670.3	695.0	681.9	716.6	733.5	771.1
Espanha	357.8	569.0	598.9	615.6	662.3	703.7	740.6	755.1	776.7
Reino Unido	182.1	278.6	299.7	306.1	306.3	569.7	585.6	610.5	631.6

Fonte: OMS Database

Tabela 10: GDP per capita (current international \$)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	13288,44	14320,37	15061,96	15506,56	16111,44	16358,39	15813,87	15331,55
França	34685,17	35900,05	37440,64	37679,12	39523,85	40141,59	40833,24	42047,29
Itália	34513,97	35008,07	36347,34	36237,11	36131,13	36070,81	36836,43	39045,17
Portugal	26469,10	27308,19	26780,21	26454,10	27899,51	28746,65	29684,69	31042,01
Espanha	32391,02	31923,12	32068,27	31988,25	32603,91	33709,65	35028,30	36715,85
Reino Unido	34769,40	36012,68	36820,32	37911,26	39505,35	40867,48	42042,92	42977,22

Fonte: World Bank Database

2.3 Os impactos do subfinanciamento nos resultados do SUS

Afim de compreender o impacto do baixo investimento público na qualidade dos serviços prestados pelo SUS, serão analisados indicadores de qualidade. Dentre estes estão: mortalidade infantil, imunização infantil, expectativa de vida, número de leitos hospitalares e etc.

A taxa de mortalidade infantil consiste na probabilidade de um indivíduo morrer entre o nascimento e exatamente 1 ano de idade, expressa por 1.000 nascidos vivos. Dentre os países analisados, o Brasil possui a maior taxa de mortalidade infantil, aproximadamente quatro vezes o índice dos demais países. Algumas explicações para este quadro são: a taxa de mulheres que possuem acompanhamento pré-natal, porcentagem dos partos assistidos por profissionais da área e imunização infantil.

Tabela 11: Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brasil	19,51	18,45	17,52	16,72	16,03	15,44	14,93	14,47	14,04	14,61	13,21	12,82
França	3,64	3,60	3,57	3,55	3,53	3,50	3,47	3,44	3,42	3,41	3,41	3,38
Itália	3,59	3,52	3,45	3,38	3,30	3,22	3,13	3,04	2,93	2,81	2,70	2,59
Portugal	3,33	3,23	3,15	3,09	3,04	3,01	2,99	2,98	2,99	3,02	3,06	3,10
Espanha	3,55	3,41	3,28	3,16	3,05	2,95	2,86	2,79	2,72	2,66	2,60	2,53
Reino Unido	4,90	4,74	4,57	4,39	4,22	4,07	3,95	3,86	3,79	3,74	3,69	3,63

Fonte: Unicef database

No que tange à imunização infantil para as principais doenças, o Brasil apresenta um desempenho inferior ao dos demais países analisados em cinco das sete modalidades avaliadas. A relevância deste dado se dá pelo impacto da imunização na expectativa de vida. “A introdução das vacinas, assim como mais tarde dos antibióticos,

revolucionou a medicina e aumentou drasticamente nossa expectativa de vida” Dinler Amaral Antune⁶ (2019)

Tabela 12: Imunização Infantil

	Hepatitis B (HepB3) immunization coverage among 1-year-olds (%)	Hib (Hib3) immunization coverage among 1-year-olds (%)	Measles-containing-vaccine first-dose immunization coverage among 1-year-olds (%)	Polio (Pol3) immunization coverage among 1-year-olds (%)	Diphtheria tetanus toxoid and pertussis (DTP3) immunization coverage among 1-year-olds (%)	Measles-containing-vaccine second-dose (MCV2) immunization coverage by the nationally recommended age (%)	Pneumococcal conjugate vaccines (PCV3) immunization coverage among 1-year-olds (%)
Brasil	89	89	95	72	89	77	84
França	90	95	90	96	96	80	92
Itália	93	93	87	93	94	82	88
Portugal	98	98	98	98	98	95	73
Espanha	97	97	97	97	97	95	-
Reino Unido	-	94	92	94	94	89	92

Fonte: World Bank Database

No que tange ao número de leitos hospitalares disponíveis no Sistema Único de Saúde por 10.000 habitantes, o Brasil também possui o pior índice do grupo. A diferença para média é de 13 leitor por 10.000 habitante e de 42 leitos para França, país melhor colocado. Após a divulgação destes dados, o Governo Brasileiro emitiu a seguinte nota:

“A redução de leitos hospitalares e sua substituição pela atenção ambulatorial ou domiciliar é uma tendência mundial, particularmente em algumas áreas nas quais o avanço da medicina propiciou ou uma redução significativa do tempo de permanência hospitalar, como nas cirurgias realizadas por vídeo, ou que o tratamento seja realizado fora do ambiente hospitalar, em Hospitais-dia, ambulatorios ou em domicílio .Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) comprovam essa tendência. Pelo organismo internacional, será possível verificar o caso do Reino Unido, que serve de exemplo para o Sistema Único de Saúde (SUS). Entre 2003 e 2012, o número de leitos hospitalares do país caiu 26%, passando de 3,95 por 1.000 habitantes para 2,91 por 1.000 habitantes. (...) Diante desse processo, a entidade deixou recentemente de trabalhar com uma referência fixa e sugerida de quantidade de leitos pelo número de habitantes.”

⁶ Colunista da Sociedade Brasileira de Imunologia, bacharel em Biomedicina, mestre e doutor em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pós-doutorado pela Rice University (Texas/EUA).

Tabela 13: Leitos hospitalares (por 10.000 habitantes)

	2005	2009	2010	2011	2012	2013
Brasil	24	24	24	23	23	23
França	75	69	66	66	65	65
Itália	40	36	36	35	34	-
Portugal	36	34	34	34	34	34
Espanha	34	32	32	31	30	30
Reino Unido	37	33	30	29	28	28

Fonte: World Bank Database

O dado de expectativa de vida ao nascer é amplamente utilizado para analisar as condições de saúde de um país. Este é um dos indicadores utilizados pela Organização das Nações Unidas (ONU) para composição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁷. O Brasil, possui a menor expectativa de vida dentro do grupo analisado, aproximadamente 6 anos a menos do que a média demais.

Tabela 14: Expectativa de vida da população- em anos

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Brasil	73	73	74	74	74	75	75	75	75	76
França	81	81	82	82	82	82	82	83	82	83
Itália	82	82	82	82	82	82	83	83	83	83
Portugal	79	80	80	80	81	81	81	81	81	81
Espanha	81	82	82	82	83	83	83	83	83	83
Reino Unido	80	80	80	81	81	81	81	81	81	81

Fonte: OECD Database

Diante do exposto, conclui-se que o a saúde brasileira possui um desempenho inferior aos demais países analisados. A correlação entre investimento e qualidade no serviço ainda é um tópico a ser debatido. No entanto, diante dos dados analisados, é possível dizer que ainda há espaço para um aumento do investimento público em saúde no Brasil. Além disso, é importante enfatizar, que o desafio enfrentado pelo Brasil devido à dimensão territorial e populacional são fatores relevantes na obtenção de resultados melhores.

⁷ Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano". A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos em nível nacional.

Capítulo 3

Após a discussão acerca da capacidade de universalização pela ótica do investimento estatal, avançaremos para uma análise sobre a equidade da provisão de saúde no Brasil. Este debate visa, por meio da utilização de dados, verificar se o atual modelo adotado pelo Brasil é eficaz em diminuir a desigualdade, investindo mais onde há maior carência.

A utilização de serviços de saúde é resultante de uma combinação de uma série de variáveis. Para este estudo serão analisadas as características sociodemográficas, a oferta do serviço e perfil de saúde dos usuários. Serão utilizadas as seguintes bases domésticas de domínio público: PNS (Pesquisa Nacional de Saúde) 2013, Portal da Saúde (DATASUS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).

“Tradicionalmente, as sociedades sempre olharam para o setor da saúde com o intuito de lidar com as questões acerca da saúde e da doença. Sem dúvida que a má distribuição de cuidados de saúde, ou seja, a falha na sua prestação a quem mais deles precisa, é um dos determinantes sociais da saúde. Mas o enorme ônus da doença, responsável pelo número avassalador de mortes prematuras, tem origem em grande parte devido às condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, condições essas, que em conjunto, lhes conferem a liberdade necessária para viver as suas vidas que prezam” (Sen, 1999; Marmot, 2004)

3.1 Resultados da Saúde brasileira, uma análise sobre equidade

Desde a década de 80 o tema “acesso a serviços de saúde” tem sido abordado por meio de inquéritos domiciliares com os suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Tais suplementos abordam o acesso e a utilização dos serviços de saúde, morbidade referida, cobertura por plano de saúde, gastos com saúde e estilo de vida. Com o intuito de ampliar os temas abordados pela PNAD foi criada, em 2013 a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Os estudos de base populacional que abordam o uso de serviços de saúde são fundamentais para descrever as frequências e tendências do setor. Além disso, estas pesquisas são utilizadas como base para planejamento, formulação e reformulação de políticas públicas.

Para realização da PNS foram coletadas informações válidas de 205 mil moradores, amostragem representativa para população brasileira. Foram analisados os dados da PNS referentes ao acesso e à utilização dos serviços de saúde⁸, considerando os seguintes indicadores⁹:

1. Deixaram de realizar atividades habituais nas duas semanas prévias à pesquisa por motivo de saúde;
2. Procuraram atendimento de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa;
 - a. ... e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram;
 - b. ... e conseguiram atendimento;
3. Procuraram atendimento de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa e tiveram medicamento receitado;
4. Conseguiram obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde;
5. Conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde;
6. Conseguiram obter, no Programa Farmácia Popular (PFP), pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde;
7. Conseguiram obter, no serviço público de saúde, pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde;
8. Internaram em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores à pesquisa;
 - a. ... através do SUS, e a avaliação do atendimento recebido foi boa ou muito boa;
 - b. ... e a última internação foi através do SUS.

Foram calculadas as prevalências e intervalos de confiança de 95%, nível de instrução do chefe da família (sem instrução e fundamental incompleto; fundamental completo e médio incompleto; médio completo e superior incompleto; superior completo),

⁸ É importante ressaltar que os indicadores incluem o serviço de saúde público e privado. Com exceção do item 8.

⁹ Dentre os indicadores pesquisados estão o de acesso a serviços odontológicos. No entanto, para este trabalho, tais indicadores não foram utilizados.

macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e Brasil. As diferenças foram consideradas significativas quando não houve sobreposição dos intervalos de confiança.

Iniciando a análise pelo grau de instrução do chefe da família, a Tabela 15 descreve os indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo nível de escolaridade. Nas famílias em que o chefe possui instrução até fundamental incompleto, observou-se maiores proporções dos seguintes indicadores: deixar de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa (7,8%), receber atendimento de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa com medicamento receitado (64,8%), conseguir obter pelo menos um dos medicamentos receitados no Programa Farmácia Popular (26,5%), ter sido internado por 24 horas ou mais com última internação tendo sido pelo SUS (82,5%).

No entanto, ao passo que o grau de escolaridade do chefe da família aumenta, observa-se maiores proporções dos seguintes indicadores: consulta médica nos últimos 12 meses (81,0%), procurar atendimento médico nas duas semanas prévias à pesquisa (18,1%), ter conseguido atendimento (97,7%), ter conseguido atendimento na primeira vez que procurou (98,8%), e ter conseguido obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde (89,3%).

Diante destes resultados, é possível concluir que o acesso e utilização dos serviços de saúde é tão maior quanto maior for o grau de escolaridade do chefe da família. No entanto, como descrito pelo indicador de utilização do SUS, o sistema público de saúde possui uma correlação negativa com o nível de escolaridade do chefe da família, ou seja, quanto maior o grau de escolaridade do chefe da família menor a utilização do SUS.

Esta correlação fica evidenciada também pelo indicador referente a aquisição de medicamentos utilizando o Programa Farmácia Popular. A maior proporção de usuários deste serviço possui nível de instrução até ensino fundamental incompleto (26,5%), sendo um instrumento positivo na diminuição da desigualdade. No entanto, este grupo foi o que registrou menor proporção de êxito em conseguir os medicamentos prescritos (79,8%).

Tabela 15: Indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo nível de instrução.

	Total		Sem instrução e fundamental incompleto		Fundamental completo e médio incompleto		Médio completo e superior incompleto		Superior completo	
	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%
Deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa	7,0	6,8-7,2	7,8	7,5-8,1	6,5	6,1-7,0	6,2	5,8-6,5	6,3	5,8-6,9
Procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa	15,3	15-15,7	14,9	14,4-15,4	14,1	13,2-14,9	15,5	14,9-16,1	18,1	17,1-19,2
... e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram	95,3	94,9 -95,8	94,5	93,8-95,2	94,6	93,4-95,7	95,9	95,1-96,7	97,7	97,7-98,4
... e conseguiram atendimento	97,0	96,6-97,4	96,4	95,7-97,0	96,4	95,5-97,4	97,5	96,8-98,2	98,8	98,3-99,4
Tiveram atendimento de saúde nas duas últimas semanas e tiveram medicamento receitado	64,8	63,8-65,9	67,3	65,7-68,8	64,7	61,9-67,4	62,9	60,9-64,8	61,2	58,2-64,2
Conseguiram obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde	82,5	81,2-83,7	79,8	78-81,7	82,3	79,6-85,1	83,8	81,8-85,7	89,3	86,7-91,9
Conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	92,4	91,7-93,1	92,1	91,1-93,1	92,2	90,4-94,1	92,4	91,1-93,7	94,1	92,1-96,1
Conseguiram obter no Programa Farmácia										
Popular pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	21,9	20,5-23,4	26,5	24,3-28,6	21,9	18,7-25,1	19,5	17,3-21,8	10,8	8,4-13,2
Conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	33,2	31,6-34,7	42,8	40,5-45,1	34,3	30,9-37,8	25,1	22,8-27,5	13,9	11,3-16,6
Internaram em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores à pesquisa	6,0	5,8-6,3	6,1	5,8-6,4	6,3	5,6-7,0	5,6	5,3-6,0	6,4	5,8-6,9
... através do Sistema Único de Saúde, e a avaliação do atendimento recebido foi boa ou muito boa	82,4	80,9-83,3	83,3	81,6-85,1	81,6	77,4-85,9	81,0	78,1-83,9	78,1	70,7-85,6
... e a última internação foi através do Sistema Único de Saúde	65,7	63,8-67,5	82,5	80,7-84,3	68,5	63,5-73,5	53,7	50,5-56,8	21,7	18,1-25,4

Fonte: PNS 2013

A Tabela 16 apresenta os mesmos indicadores, no entanto, utiliza como parâmetro as macrorregiões do país. A região Sul apresentou maior proporção de pessoas que deixaram de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde nas duas semanas que antecederam à pesquisa (8,4%). Já na região Sudeste observou-se a maior proporção de consulta médica nos últimos 12 meses (75,8%). Estas regiões também apresentaram a maior proporção de pessoas que relataram ter conseguido atendimento médico quando necessário.

Com relação ao atendimento com prescrição de medicamentos, maior proporção de pessoas que conseguiram obter todos os medicamentos receitados foi observada na região Sul (84,8%) e a menor, na região Norte (75,8%). As regiões Nordeste e Norte, respectivamente, foram as regiões com maior proporção de internações realizadas SUS. No entanto, estas regiões também apresentaram menor índice de satisfação com relação ao serviço oferecido pelo sistema público de saúde.

Podemos notar que o acesso ao serviço de saúde varia de acordo com a região do país, ressaltando a existência de desigualdades regionais. As regiões Sudeste e Sul apresentaram maiores proporções de indicadores de eficiência e qualidade, como por exemplo: procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram, ambos 96,3%.

Tabela 16: Indicadores de acesso e utilização de serviços de saúde segundo macrorregião.

	Total		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%	%	Intervalo de confiança de 95%
Deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas últimas duas semanas anteriores à pesquisa	7,0	6,8-7,2	5,8	5,4-6,3	7,8	7,5-8,2	6,2	5,8-6,6	8,4	7,8-9,0	7,0	6,5-7,5
Procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa	15,3	15,0-15,7	10,1	9,4-10,7	13,4	12,8-13,9	17,1	16,4-17,8	17,9	16,9-18,9	13,8	13,1-14,4
... e conseguiram atendimento na primeira vez que procuraram	95,3	94,9-95,8	93,6	92,3-95,0	93,7	92,9-94,5	96,3	95,5-97,0	96,3	95,3-97,2	93,7	92,5-95,0
... e conseguiram atendimento	97,0	96,6-97,4	95,6	94,4-96,8	95,8	95,1-96,5	97,4	96,8-98,1	98,2	97,6-98,8	96,4	95,5-97,2
Tiveram atendimento de saúde nas duas últimas semanas e tiveram medicamento receitado	64,9	63,8-65,9	67,1	64,5-69,8	63,5	61,8-65,3	63,8	62,0-65,6	68,5	65,9-71,0	65,5	63,3-6,7
Conseguiram obter todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde	82,5	81,2-83,7	75,8	72,8-78,8	80,8	78,9-82,6	83,1	81,0-85,3	84,8	82,2-87,5	83,0	80,7-85,2
Conseguiram obter pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	94,2	91,7-93,1	91,5	90,0-92,9	90,0	88,5-91,5	92,9	91,7-94,00	94,8	93,7-96,0	92,3	90,7-93,9
Conseguiram obter no Programa Farmácia Popular pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	21,9	20,5-23,4	20,3	17,2-23,3	16,4	14,3-18,4	23,7	21,2-26,1	26,5	22,8-30,2	18,9	16,2-21,6
Conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento de saúde	33,2	31,6-34,7	34,8	31,7-38,0	32,4	29,7-35,1	32,4	29,8-35,0	37,2	33,8-40,6	29,1	26,2-32,1
Internaram em hospitais por 24 horas ou mais nos 12 meses anteriores à pesquisa	6,0	5,8-6,3	5,8	5,4-6,3	5,6	5,3-5,8	5,7	5,3-6,1	7,5	7,0-8,0	7,4	7,0-7,9
... através do Sistema Único de Saúde, e a avaliação do atendimento recebido foi boa ou muito boa	82,4	89,9-83,9	68,5	63,9-73,2	79,8	77,5-82,1	87,1	84,3-89,9	85,2	81,8-88,5	80,8	77,7-83,8
... e a última internação foi através do Sistema Único de Saúde	65,7	63,8-67,5	73,9	70,9-76,9	76,5	73,9-79,1	58,8	55,0-62,7	63,8	59,3-68,2	61,6	58,3-64,9

Fonte: PNS 2013

Tendo em vista que a pesquisa analisada não faz distinção entre o serviço público e privado em todos os indicadores, é crucial endentemos o impacto dos planos/seguros de saúde privado nos resultados anteriormente discutidos.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, o sistema privado oferece cobertura para cerca de 22,4% da população brasileira, enquanto o sistema público está destinado a 100% da população. A distribuição dos beneficiários do serviço privado de saúde no território brasileiro se dá de maneira heterogênea. As regiões Sul e Sudestes concentram a maior parte desde, tanto em termos absolutos como em termos relativos, sendo esta uma possível explicação para o melhor desempenho dos indicadores de acessibilidade da PNS de 2013.

Tabela 17: Beneficiários de planos de saúde por Região Set/19

Total	47.068.362
Região Norte	1.729.041
Região Nordeste	6.579.932
Região Sudeste	28.658.032
Região Sul	6.928.219
Região Centro Oeste	3.173.138

Fonte: ANS (Database).

Tabela 18: Estimativas da população residente no Brasil e Regiões Jun/19

Total	210.147.125
Região Norte	18.430.980
Região Nordeste	57.071.654
Região Sudeste	88.371.433
Região Sul	29.975.984
Região Centro-Oeste	16.297.074

Fonte: IBGE (Database COPIS)

Tabela 19: Porcentagem da população com assistida por planos de saúde privados

Total	22,40%
Região Norte	9,38%
Região Nordeste	11,53%
Região Sudeste	32,43%
Região Sul	23,11%
Região Centro-Oeste	19,47%

Fonte: IBGE e ANS

A Tabela 20 ratifica os resultados encontrados anteriormente. Está utiliz como parâmetro o nível de instrução e as macrorregiões, para analisar a proporção de pessoas que possuem um plano de saúde por mais de um ano sem interrupção. Como nos achados anteriores, as regiões Sudeste e Sul possuem as maiores proporções, 32,3% e 28,2%, respectivamente.

Tabela 20: Proporção de pessoas que têm plano de saúde (médico ou odontológico) por mais de um ano sem interrupção, por nível de instrução, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões.

	Total			Sem instrução e fundamental incompleto			Fundamental completo e médio incompleto			Médio completo e superior incompleto			Superior completo		
	%	Intervalo de confiança de 95%		%	Intervalo de confiança de 95%		%	Intervalo de confiança de 95%		%	Intervalo de confiança de 95%		%	Intervalo de confiança de 95%	
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior
Brasil	24,2	23,3	25,0	14,1	13,5	14,8	18,8	17,8	19,8	31,5	30,4	32,5	63,4	61,7	65,1
Norte	11,3	10,3	12,4	5,8	5,0	6,6	8,9	7,5	10,3	17,3	15,8	18,9	45,1	41,4	48,9
Nordeste	12,8	12,0	13,6	6,0	5,4	6,6	9,7	8,7	10,8	20,9	19,6	22,3	52,4	49,3	55,5
Sudeste	32,3	30,6	33,9	21,4	19,9	22,9	24,2	22,3	26,1	37,6	35,6	39,5	69,6	67,2	72,1
Sul	28,2	26,0	30,4	17,5	15,6	19,4	22,8	19,7	25,8	37,0	34,3	39,6	60,7	56,9	64,4
Centro-Oeste	25,9	24,2	27,5	16,4	14,8	17,9	20,2	18,1	22,2	30,3	28,2	32,5	63,8	60,9	66,7

Fonte: PNS 2013

Além disso, o caráter socioeconômico da distribuição dos beneficiários de planos privados de saúde no Brasil fica evidente se comprarmos os dados de porcentagem da população com assistida por planos de saúde privados e o rendimento nominal mensal domiciliar per capita médio por região. Como exposto na tabela 19, as regiões com maior porcentagem da população assistida por planos de saúde privado são

também as regiões que apresentam os maiores rendimentos e melhores proporções nos indicadores avaliados na PNS 2013.

Tabela 21: Rendimento nominal mensal domiciliar per capita médio da população residente (R\$)

Brasil	R\$ 1.373
Região Norte	R\$ 969
Região Nordeste	R\$ 829
Região Sudeste	R\$ 1.551
Região Sul	R\$ 1.657
Região Centro Oeste	R\$ 1.652 ¹⁰

Fonte: IBGE (PNAD Contínua)

Os dados analisados nesta sessão sugerem que, quanto maior a escolaridade do chefe da família, maior o acesso a serviços de saúde. Da mesma forma, indivíduos das regiões Sudeste e Sul possuem maior proporção de indicadores de obtenção destes mesmos serviços. No entanto, estas regiões possuem prevalência de planos/seguros de saúde privado, sugerindo uma relação entre a presença destes e o acesso a saúde. Isso corre uma vez que a pesquisa relacionada não faz distinção entre a utilização serviços públicos e privados em todos indicadores, o que pode induzir a uma conclusão errônea da eficiência do SUS.

Conclusão

Diante do exposto nos capítulos deste trabalho conclui-se que, no setor de saúde devido à assimetria de informação e as externalidades duas das quatro condições do Primeiro Teorema Fundamental do Bem-Estar são quebradas, atenuando a ineficiência do mercado em prover este bem. Desta forma, com o intuito de garantir o bem-estar da população, fica a cargo do governo a provisão de um sistema de saúde.

Avançando o debate para o atual cenário Brasileiro, buscou-se verificar se os investimentos realizados pelo governo são equiparáveis ao dos demais países que

¹⁰ É importante ressaltar que o rendimento mensal per capita da Região Centro Oeste fica distorcido pela presença do Distrito Federal. Isso se dá devido à alta concentração de servidores públicos na região de Brasília. Esta classe possui um regime previdenciário próprio e estabilidade assegurada pela CF-88.

adotam o sistema universal. Nesta etapa o estudo enfrentou a dificuldade de comparar países com dimensões populacionais muito distintas.

No entanto, utilizando dados *per capita*, conclui-se que o investimento brasileiro em saúde é inferior aos demais países analisados. Desta forma, é possível dizer que, visado a universalização dos serviços prestados pelo SUS, ainda há espaço para um aumento do investimento público no setor de saúde no Brasil. No entanto, é importante ressaltar que a correlação entre investimento e qualidade do serviço prestado ainda é um tópico a ser debatido e não foi alvo de estudo deste trabalho.

Além disso, diante dos dados abordados foi possível perceber que a falta de investimento público gera uma maior demanda por planos/seguros de saúde privado. Estes por sua vez possuem um impacto negativo nos orçamentos das famílias brasileiras.

No que tange a equidade do sistema, este estudo concluiu que o acesso ao uso de serviços retrata, ainda, desigualdades e vulnerabilidades reais da sociedade. O percentual de procura por atendimento e de utilização do SUS foram distintos entre as regiões do país. As regiões Norte e Nordeste foram as que mais utilizaram o sistema público (aproximadamente 70%). Estas regiões também registraram menor parcela da população assistida por planos de saúde, menor renda domiciliar *per capita*, e menores níveis de êxito ao procurar assistência médica. Diante disso, fica demonstrado o caráter socioeconômico do acesso a saúde no Brasil.

Por fim, conclui-se que os gastos públicos em saúde são importantes para proteção financeira familiar. No entanto, os gastos por si só não são suficientes para a diminuição da desigualdade no acesso aos serviços saúde. As políticas públicas que visam a equidade são a principal ferramenta governamental em prol de uma sociedade mais justa e equânime.

Bibliografia

AKERLOF, George. "The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism," 1970 The Quarterly Journal of Economics, Oxford University Press, vol. 84(3), p. 488-500

Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012214850750022X>

ALVES, Sandro Leal. **Estimando Seleção Adversa Em Planos De Saúde.** 2004- Associação Nacional de Centros de Pós-graduação em Economia, p. 19.

Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6357897.pdf>

BAAR, Nicholas et al. **Economics of Welfare State** 4. ed. rev. e atual. Oxford 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Como Funciona A Saúde Pública E Privada Em Portugal?

Disponível em: <https://eduportugal.eu/como-funciona-saude-publica-e-privada-em-portugal/>

Cotações E Boletins Do Banco Central Do Brasil

Disponível em:

<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/legado?url=https:%2F%2Fwww4.bcb.gov.br%2Fpec%2Ftaxas%2Fport%2Fptaxnpesq.asp%3Fid%3Dtxcotacao>

Data SUS- Departamento de Informática Do SUS

Disponível em:

http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_blankcomponent&view=default&Itemid=631

FELDSTEIN, Martin S. **The Welfare Loss of Excess Health Insurance.** Part 1. (Mar. - Apr., 1973) The Journal of Political Economy, Vol. 81, No. 2, p. 251-280

Disponível em:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.2244&rep=rep1&type=pdf>

FRIEDMAN, Lee S. **The Microeconomics of Public Policy Analysis,** 1 ed. Rev. e atual. Princeton 2002.

Global Health Observatory Data Repository

Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.UHCIMMUNIZATIONv?lang=en>

COASE, Ronald H. **The Problem of Social Cost**. 1960 - Classic Papers in Natural Resource Economics p. 87-137

Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1057/9780230523210_6

HAYEK, Friedrich A. **The Use of Knowledge in Society**. 1945- The American Economic Review, Vol. 35, No. 4. p. 519-530.

Disponível em: https://www.kysq.org/docs/Hayek_45.pdf

HÖLMSTROM, Bengt. **Moral Hazard and Observability**. 1979- The Bell Journal of Economic Vol. 10, No. 1, p. 74-91

Disponível em: https://www.jstor.org/stable/3003320?read-now=1&refreqid=excelsior%3A98439fddb9a9a45ca4d41aa010210517&seq=1#metadata_info_tab_contents

IBGE Países; Ranking de Indicadores- População

Disponível em:

<https://pais.es.ibge.gov.br/#/mapa/ranking/brasil?indicador=77849&tema=5&ano=2018>

IBGE Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=9162&t=resultados>

LANZER, Bruno Nogueira. **A Economia Informal E O Custo Marginal Da Tributação No Brasil**. 2011. Associação Nacional de Centros de Pós-graduação em Economia, pp 21

Disponível em: <https://www.anpec.org.br/encontro/2011/inscricao/arquivos/000-614536d09ffbc91573943c164f21ad09.pdf>

OPSS. **Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde: procuram-se novos caminhos**. Relatório de Primavera 2016. Portugal: OPSS; 2016

OECD STAT- Health Expenditure and Financing

Disponível em: <https://stats.oecd.org/>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores Básicos Para A Saúde No Brasil: Conceitos e Aplicações**. 2008- *Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa*. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 349

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

PAULY, Mark V. **The Economics of Moral Hazard: Comment**. 1968- The American Economic Review Vol. 58, No. 3, p. 531-53

Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/1813785>

Pesquisa Nacional Por Amostra De Domicílios - PNAD

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/19898-suplementos-pnad3.html?edicao=10557&t=resultados>

PIOLA S. Financiamento Da Saúde Em Países Selecionados Da América Latina.

Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: estudos e análises. 1. ed. Brasília, DF: UNB; 2013. p. 193-211.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/37-47/>

Portal Oficial De Turismo Da Espanha

Disponível em: https://www.spain.info/pt_BR/informacion-practica/consejos-viaje/consejos-practicos/salud-seguridad/

RIZZATO STOPAI, Sheila; CARVALHO MALTA, Deborah; NASCIMENTO MONTEIRO, Camila et al. **Acesso e Uso De Serviços De Saúde Pela População Brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. 2017- São Paulo, Revista Saúde Pública. Supl 1:3s

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf

SAMPAIO DE ALMEIDA RIBEIRO, Manoel. **Perfil Sociodemográfico e Padrão De Utilização De Serviços De Saúde Para Usuários e Não-usuários Do SUS/ PNAD 2003**. 2006- Departamento de Medicina Social, FCMSCSP.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2006.v11n4/1011-1022/>

SAMUELSON, Paul A. **The Pure Theory of Public Expenditure**. 1954. The Review of Economics and Statistics, Vol. 36, No. 4. p. 387-389

Disponível em: https://www.ses.unam.mx/docencia/2007II/Lecturas/Mod3_Samuelson.pdf

Sistema Único De Saúde (SUS): Estrutura, Princípios E Como Funciona

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

SOUCAT, Agnes; KUTZIN, Joseph; BRINDLEY Callum; et al- ***Public spending on health: a closer look at global trends.*** 2018- World Health, p. 1-52

Disponível em: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Reforma(S) E Estruturação Do Sistema De Saúde Britânico: Lições Para O Sus.** 2007- Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.7-17

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/02.pdf>

The World Bank- DATABASES

Disponível em: <https://databank.worldbank.org/databases>