



Textos para Discussão

O GASTO EM SAÚDE E SUAS BASES DE FINANCIAMENTO

Dinâmica e Tendências para o Brasil



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Marcelo Queiroga

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da “Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030”/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G137g Gaiger, Fernando

O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil / Fernando Gaiger, Maria Luiza Campos Gaiger. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.

58 p. – (Textos para Discussão; n. 74)

Bibliografia: p. 54-58.

1. Gasto em saúde. 2. Financiamento. 3. Brasil. I. Gaiger, Fernand. II. Gaiger, Maria Luiza Campos. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Título. V. Saúde Amanhã.

CDU: 614:336.145(81)

Textos para Discussão
Nº 74

O GASTO EM SAÚDE E SUAS BASES DE FINANCIAMENTO

Dinâmica e Tendências para o Brasil

Fernando Gaiger Silveira
Maria Luiza Campos Gaiger

Este documento serviu como pano de fundo para os temas específicos tratados durante o Seminário “Perspectivas do Financiamento da Saúde e Relações Público-Privado no Brasil”, realizado em 15 de março de 2021, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, Outubro 2021

AUTORES

Fernando Gaiger Silveira

Engenheiro Agrônomo Esalq/USP e Doutor em Economia Unicamp. Pesquisador do Ipea e Prof. colaborador do PPGE/UFF, engenharia de produção.

Maria Luiza Campos Gaiger

Graduanda em Engenharia de Produção na UNB..

SUMÁRIO

Introdução	7
Os Vetores/Móveis do Gasto em Saúde	10
A Evolução do Gasto em Saúde: Dinâmica recente e projeções	24
○ financiamento do gasto em saúde	36
○ Teto de Gastos, a Pandemia e a Flexibilização Fiscal de 2020 e a Transição para o Pós-pandemia	50
Considerações Finais	53
Referências Bibliográficas	54

O GASTO EM SAÚDE E SUAS BASES DE FINANCIAMENTO

Dinâmica e Tendências para o Brasil

1. INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 deixou patente o quão profundas são as desigualdades na sociedade atual ao ficarem explícitas as diferentes possibilidades de mitigar seus efeitos entre países, regiões, cidades, bairros e minorias. De outra parte, os olhos se voltaram aos sistemas públicos de saúde e sua importância nas medidas sanitárias e no atendimento aos doentes. Não resta dúvida que mudanças se farão presentes nesse setor da economia que já representa nos países centrais mais de 10% do produto. De pronto, pode-se afirmar que a pandemia mostrou que o sistema de atendimento ambulatorial e hospitalar deve ser ampliado para os novos surtos pandêmicos, que têm se tornado regra nos últimos tempos. Ou seja, trabalhar com um grau de subutilização, o que implica na potencialização de um dos móveis do gasto em saúde: a doença de custos presente no setor da saúde.

No presente trabalho não se busca realizar projeções do gasto em saúde, nem mesmo do setor público, mas analisar os estudos prospectivos sobre o tema. Com isso, cotejar as tendências que tais estudos apontam para o gasto com os caminhos que vem se experimentando na alteração dos sistemas tributários, dadas as mudanças nos mercados de trabalho, de consumo, patrimoniais e financeiros – as bases de incidência dos tributos – e a incorporação da agenda ambiental na tributação.

Vale dizer que esses estudos prospectivos se avolumaram justamente quando, na última década, observou-se um aumento da participação do consumo de saúde no produto das economias. Considerando que vem se adotando há certo tempo ajustes nos sistemas previdenciários, as pressões advindas do gasto público em saúde sob as finanças públicas, quando há crise econômica, refletem-se em problemas de ordem fiscal. Assim, o mote dessas análises é buscar a sustentabilidade, modelando cenários alternativos com e sem políticas de contenção de gastos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o único sistema público de cobertura universal e integral, financiado com tributos gerais, de organização federativa e com mais de 100 milhões de beneficiários. Os assim constituídos, salvo na questão federativa, como Reino Unido, Canadá e Suécia, têm o sistema público como predominante na oferta de bens e serviços de assistência à saúde; o gasto público responde, nesses três países, por entre 70 e 85% do gasto em saúde. Os baseados no esquema público de financiamento por meio de seguro social compulsório exibem, também, elevados percentuais do gasto público.

Como se mostrará, o caso brasileiro, como já dito por vários estudiosos, é ímpar, pois, a despeito do arcabouço legal e institucional do sistema público nacional, seu gasto público é inferior ao gasto privado via planos e realizado diretamente pelas famílias. Isso não se observa

em países de renda alta e de renda média alta, nem mesmo nos Estados Unidos e no México; o único país de gasto per capita superior ao brasileiro em saúde que tem uma participação inferior do gasto público é a Suíça. Fica, assim, patente que o esforço para se constituir um sistema público não conseguiu ampliar a participação do gasto público, a despeito dos progressos e do crescimento expressivo do gasto per capita – taxa de crescimento de 3,5% anual, entre 2000 e 2017, em termos reais. Pode-se creditar essa dificuldade em ampliar a participação do gasto público à instabilidade nas fontes de financiamento, ao apoio fiscal e tratamento regulatório concedido ao segmento da saúde mercantil e à valoração societária dos chamados serviços públicos mercantilizados.

O perfil do gasto total em saúde no Brasil se mostra muito regressivo, pois os ganhos redistributivos do gasto público são superados pela concentração do gasto privado e seu peso nos orçamentos familiares, pela inequidade do gasto tributário em saúde e pelo financiamento regressivo do financiamento público.

No caso da saúde, o gasto público tem um perfil de distribuição levemente pró-pobre, uma vez que, em 2008/09, os 50% mais pobres se apropriaram de 55% do gasto público em saúde, enquanto os 20% mais ricos responderam por 13% da despesa pública. No caso do gasto privado, os dados de 2017/18 são diametralmente opostos, já que os 50% mais pobres responderam por 18% do total gasto ante 54% realizado pelo 20% mais ricos. A análise mostra ainda que o grau de concentração do gasto privado em saúde é mais elevado que o índice de Gini das despesas de consumo (em valores familiares per capita), o que indica ser uma rubrica que concentra essas despesas. Efetivamente, segundo Vaz & Hoffmann (2020), o coeficiente de concentração das despesas de saúde, em 2017/18, de 0,540 supera o índice de Gini das despesas de consumo de 0,487. Soma-se a isso a concessão de benefícios fiscais no Imposto de Renda para Pessoa Física (IRPF) que são concentrados no topo da distribuição da renda e com magnitude bastante expressiva, da ordem de R\$15 bilhões em 2017, o que representa 14% do gasto público federal em saúde no mesmo ano. Por fim, os tributos indiretos representam 60% do financiamento à saúde pública brasileira, o que significa que os mais pobres têm seu poder de compra mais afetado que os ricos devido à incidência desses impostos. Segundo Silveira & Passos (2017), enquanto no décimo mais pobre da população (em termos de renda total familiar per capita) a incidência dos tributos indiretos alcançava 28% de renda total, nos 10% mais ricos essa participação não ultrapassava 10%.

Assim, no caso brasileiro, esse bem meritório e central ao desenvolvimento, cuja presença do Estado na oferta e na regulação do mercado tem uma face mercantilizada, reflete-se em uma desigualdade expressiva no consumo de bens e serviços de saúde.

Como se apontou, o gasto público é muito progressivo, ao passo que o gasto privado segue, grosso modo, o grau de concentração da renda, que como se sabe é muito elevado no país. Caso o gasto público respondesse pelo consumo de saúde em patamar similar ao observado em países com sistemas públicos de saúde universais e de amplo financiamento, sua incidência progressiva predominaria e as despesas de saúde teriam efeitos redistributivos, mesmo considerando a regressividade no financiamento. Não resta dúvida que para a mudança no perfil do gasto em saúde é preciso que o gasto público cresça às expensas do privado, alterando políticas regulatórias, fiscais e creditícias de apoio ao consumo privado.

Concretamente, o Brasil exhibe um gasto per capita em saúde superior ao dos países de renda média alta, uma participação do gasto em saúde no PIB relativamente alta, um arcabouço nor-

mativo-institucional de um sistema público universal e integral, mas uma participação do gasto público similar a de países de renda média baixa e baixa. Ou seja, uma clivagem imensa no consumo de saúde.

Como se verá, os estudos prospectivos do gasto em saúde e de sua composição entre público e privado (via planos de saúde ou out-of-pocket) empregam modelos que se ancoram no comportamento do gasto no período recente – meados dos anos 90 a final dos anos 2010. No caso brasileiro, as projeções apontam um crescimento pequeno da participação do setor público na saúde, bem como um aumento do gasto em saúde como participação do produto inferior ao projetado para países de nível de renda semelhante. O decréscimo na participação do setor privado é muito pequeno, fazendo com que o mix público-privado se preserve. No caso do gasto per capita e da participação no PIB, parcela do resultado se deve ao fato de o país já exibir níveis relativamente elevados, implicando menor potencial de crescimento. Assim sendo, as pressões sobre o financiamento do segmento são menos pronunciadas, pois a solução para o financiamento do gasto crescente em saúde continuará sendo a preservação do papel central dos gastos privados, ou seja, das famílias. Observa-se que esse processo pode ser visto como uma disputa entre “ricos e saudáveis” versus “pobres e não saudáveis”, onde os primeiros vêm conseguindo segurar o crescimento do gasto público (SUS), obstaculizando o caminho para cobertura universal e integral de qualidade.

Dois fatores contribuem muito para esse papel central da medicina mercantil e sua aceitação na sociedade. De um lado, a conquista por uma saúde pública e universal na Constituição de 1988 não implicou uma mudança substantiva no perfil do financiamento, dado que se preservou e ampliou o apoio aos mercados, em especial via benefícios fiscais. Soma-se a isso o fato de que, dada a histórica diferença no acesso e na qualidade dos serviços educacionais e de assistência médica entre a população de renda baixa e mediana e os situados no quinto superior da distribuição, o consumo de educação e saúde privada é marca de ascensão social ao deixar de precisar da provisão pública.

Vale lembrar que a oferta pública de bens e serviços de saúde antes da Constituição de 1988 tinha a marca da segmentação e estratificação social, com categorias de trabalhadores contando com o seguro previdenciário e a assistência médica. O processo de eliminação da discriminação na cobertura previdenciária e em saúde de origem pública, que culminou na Constituição de 1988, desenvolveu-se ao lado do crescimento da oferta privada, notadamente dos planos de saúde, com apoio estatal e fazendo parte das pautas reivindicatórias dos trabalhadores dos setores dinâmicos da economia (metalúrgicos, bancários, petroleiros) e dos servidores públicos, especialmente federais. Hoje é usual os assalariados formais contarem com a afiliação a planos de saúde via empresas, sendo, ademais, um salário indireto muito valorizado. No setor público se observa o mesmo fato, com os governos coparticipando do financiamento de planos de saúde, quando não criando carteiras específicas para servidores de instituições públicas e de carreiras. Verifica-se, assim, o mesmo modelo estratificado que o seguro social abarcava, agora em modalidade de seguro privado (planos), que as diferentes categorias profissionais acessam.

Importante citar que a concessão de benefícios tributários ao consumo de bens e serviços de saúde via Imposto de Renda para Pessoa Física e para Pessoa Jurídica (IRPF e IRPJ), é contemporânea à Constituição, mostrando o pacto fiscal que foi se construindo com a classe média tradicional dos anos 70 ao final dos 80, com a concessão desses benefícios para o consumo privado com vistas a mitigar os possíveis efeitos da universalização da provisão de educação básica

e de assistência à saúde: pressões fiscais e qualidade dos serviços. Ou seja, a universalização veio junto com o apoio estatal ao consumo privado das camadas médias, antes as beneficiárias da provisão discriminatória da previdência, da saúde e da educação públicas.

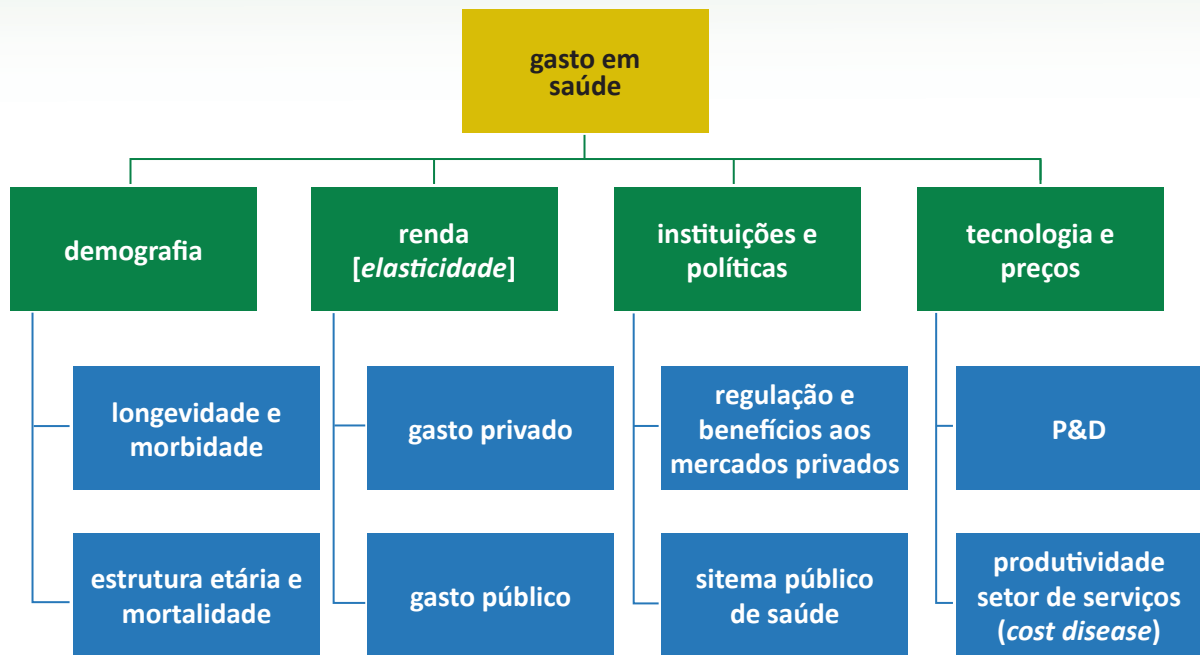
O SUS conta com múltiplas fontes de financiamento, além das acima enumeradas (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL e recursos dos tributos PIS/COFINS), visto que estados e municípios respondem por 43% do financiamento, empregando para tanto seus tributos como parcela dos recursos das transferências obrigatórias. Não resta dúvida que a ampliação do leque de fontes se deve, ainda, aos mínimos constitucionais que estados e municípios devem despende com a saúde. Assim, nosso sistema público de saúde se inscreve como de cobertura universal, tanto da população, como dos tratamentos, e financiado com tributos gerais. Estudos apontam que os sistemas nacionais de saúde em que o gasto público tem papel preponderante e é financiado por tributos gerais se caracterizam por serem os mais progressivos. Isso porque tornam ricos e saudáveis os maiores responsáveis pelo financiamento do sistema público de saúde destinado aos não saudáveis e pobres. Evidentemente que os primeiros preferem se eximir desse ônus fiscal, uma vez que eles podem pagar os serviços médicos e ambulatoriais via seguros de saúde e/ou gastos diretos.

2. OS VETORES/MÓVEIS DO GASTO EM SAÚDE

Com o constante aumento dos gastos em saúde superior ao do produto da economia vivenciado desde meados dos anos 90 nos países centrais, cresceram as pressões por reformas em seus sistemas de saúde com o objetivo de controlar essa tendência. Para tanto, é fundamental conhecer os fatores responsáveis pelo comportamento dos gastos em saúde ao longo desses últimos anos, buscando apreender o papel de cada fator e, com isso, projetar o desempenho futuro dos gastos.

Diferentes estudos foram realizados com vistas a identificar os principais vetores de crescimento do gasto e qual a contribuição de cada um deles. Esses fatores ou vetores do crescimento do gasto em saúde, notadamente os de caráter público, podem ser discriminados em demográficos e não demográficos. Os vetores demográficos se relacionam à estrutura etária da população e à evolução das condições de saúde, enquanto os não demográficos incluem o crescimento da renda, a adoção de tecnologias, o comportamento dos preços relativos e o desenho político-institucional dos sistemas de saúde. A figura 1 ilustra os vetores do crescimento do gasto em saúde e as variáveis que, grosso modo, compõem cada um deles.

Figura 1. Os vetores do crescimento do gasto em saúde



Fonte: Elaboração a partir de De la Maisonneuve & Martins (2015).

Vale sublinhar que o crescimento do gasto está intimamente relacionado ao incremento da cobertura dos sistemas de saúde e à ampliação dos cuidados de saúde por eles cobertos. Era de se esperar, assim, a redução do ritmo de crescimento dos gastos, quando a cobertura atingisse a toda a população, mas o comportamento recente mostra que a demanda por cuidados de saúde e por planos de saúde continua crescente e, portanto, pressionando os gastos.

Na presente seção serão discutidos os vetores/móveis do crescimento do gasto, iniciando pela demografia, passando pela renda e finalizando com os vetores relacionados à tecnologia e aos preços e os afeitos ao desenho institucional dos sistemas e mercados de saúde.

2.1. A DEMOGRAFIA

A idade como fator determinante para o aumento dos gastos em saúde gerou um debate entre estudiosos e foram desenvolvidas três hipóteses: expansão, compressão e equilíbrio dinâmico. A primeira, elaborada por Olshansky e Verbrugge (1991), defende que com o aumento da longevidade o período de vida com morbidez irá aumentar. Já a hipótese da compressão, de James Fries (1983), acredita que esse tempo será reduzido.

A primeira hipótese apresentada alega que com o avanço das técnicas da medicina a fatalidade de doenças degenerativas é prorrogada, enquanto o quadro de doenças permanece praticamente o mesmo. Desse modo, a evolução dessas tecnologias e a inabilidade de curar essas doenças acarretam um prolongamento da expectativa de vida e, como o risco de doenças crônicas aumenta com o decorrer dos anos, uma grande parcela da população viverá esses últimos anos de vida com a saúde debilitada, gerando mais gastos em saúde (Przywara, 2010).

Em contrapartida, a hipótese da compressão proposta por James Fries (1980) tem uma ótica mais otimista, assumindo que o aumento da expectativa de vida ocorre por conta de mudan-

ças nos padrões de doenças - em decorrência de hábitos mais saudáveis e da cura de algumas doenças crônicas - que têm como consequência o adiamento da morbidez. Nesse viés, como os anos vividos com a saúde debilitada diminuem, enquanto a longevidade aumenta, a morbidez e a incapacidade oriundas de problemas de saúde são reduzidas, majoritariamente, aos anos finais de vida, com a idade bem avançada.

Já a proposta de Manton et al. (1995), do equilíbrio dinâmico, assume que os anos vividos em morbidez são adiados e ocorre uma queda na taxa de mortalidade. Ou seja, com o aumento da expectativa de vida, os anos vividos com saúde aumentam, enquanto os de morbidez permanecem constantes. Entretanto, quem não se beneficia do crescimento da longevidade gera gastos maiores para doenças relacionadas à velhice, tendo em vista que podem sofrer com patologias, moderadas ou severas, por um período maior. Isso ocorre como consequência dos avanços na área de saúde, tanto em tecnologia como em conhecimento técnico, e estilos de vida mais saudáveis.

O debate acerca da relação entre gastos em saúde e envelhecimento tem evoluído na última década, demonstrando que fatores demográficos como idade, sexo e tamanho da população não são tão relevantes quando se trata do crescimento dos gastos em saúde. Madsen et al. (2002) reforçam esse enfoque ao dizer: “the age-related increase in health care costs may be due more to high costs during the last year of life than to ageing per se”, ou seja, os custos se elevam nos anos finais de vida, com menor dependência em relação à idade.

A evolução dos gastos em saúde, em geral, de acordo com a idade, segue a seguinte ordem: crianças pequenas têm altos gastos em saúde, os quais diminuem e se mantêm até os 65 anos de idade, quando ocorre um aumento dos custos. Apesar dos idosos gerarem mais despesas nesse quesito, esses gastos ocorrem em idades progressivamente mais velhas, e desse modo, fatores não demográficos como renda, políticas públicas, tecnologia, preços têm maior influência na mudança positiva (aumento das despesas) da curva de gastos.

Outro estudo que sustenta essa afirmação foi o realizado por Madsen et al. (1995) na Dinamarca, cujos resultados indicam que a idade, assim como os gastos do último ano de vida, quase não tem influência nos aumentos dos gastos primários em saúde. Isso ocorre devido ao aumento proporcional entre os custos dos serviços de saúde e o tamanho da população. Ademais, Ke et al. (2011) reforçam a tese apresentada anteriormente, pois identifica a renda (elemento não demográfico) como fator relevante ao comparar os gastos totais em saúde em diferentes países, com perfis diferentes de renda per capita. Com abordagem semelhante, Getzen (2000) retifica o trabalho de Ke et al. ao dizer: “health care could be an individual necessity and a national luxury”, pois o fato de saúde ser considerado um luxo exemplifica a importância de fatores não demográficos, como a renda, nos gastos em saúde.

Em síntese, a idade como fator determinante para os aumentos dos gastos em saúde seria uma explicação óbvia, entretanto, nem sempre o óbvio é verdadeiro e esse fator demográfico não é determinante. Já o envelhecimento saudável (anos vividos com saúde) e os custos relacionados à morte são os impulsionadores demográficos que influenciam nesse crescimento (De la Maison-neuve & Martins, 2013). Importante ressaltar, todavia, que apesar dos argumentos apresentados anteriormente, os fatores demográficos não podem ser descartados de análises e projeção ao se tratar de assuntos relacionados aos gastos em saúde.

2.2. A RENDA

Como mencionado anteriormente, fatores não demográficos têm um impacto relevante nos gastos em saúde, estimado em 4% por ano entre 1995 e 2009 (De la Maisonneuve & Martins, 2013), dentre eles a renda, tanto numa perspectiva individual, quanto geral. É inquestionável que esse móvel é de suma importância para a questão, entretanto, não é consenso entre especialistas o seu grau de relevância. Acemoglu, Finkelstein & Notowidigdo (2013) apontam que a influência do aumento da renda no crescimento da participação do consumo de bens e serviços em saúde no PIB é moderada. Concluem que com a estimativa da elasticidade-renda de 0,72, o gasto em saúde teria sua participação reduzida no PIB de 5% para 4%, entre 1960 e 2005. Por outro lado, considerando a elasticidade-renda de 1,13 (limite superior da estimativa), o incremento da renda explica tão somente 5% do aumento dos gastos em saúde no período. No entanto, em relação ao aumento dos gastos em saúde, a renda explicaria entre 15% e 25% desse incremento. O autor incorpora a variação do preço do petróleo como variável instrumental do comportamento da renda das diversas regiões dos EUA, permitindo, assim, capturar os efeitos de equilíbrio parcial e geral da renda sobre os gastos em saúde.

Além da renda nacional em si, o modelo de sistema de saúde e o investimento a ele destinado são fundamentais para a análise das despesas nesse setor, especialmente a longo prazo. É difícil determinar os efeitos desse móvel a longo prazo, considerando a influência de fatores como impostos e mercado de trabalho, por exemplo. Já a curto prazo, a renda desempenha um papel secundário, sendo que a médio prazo sua função é fundamental. Em suma, as receitas de um período de cinco anos precedentes explicam mais os gastos em saúde do que a atual renda (Getzen, 2000).

Em uma perspectiva macro, a nível nacional, a saúde como bem possui uma elasticidade-renda superior a um, sendo assim considerado um bem de luxo. Já no âmbito individual, é considerada um bem necessário - inelástico (Getzen, 2000). Ou seja, com o aumento da renda, ocorre um crescimento da parcela de despesas em saúde do PIB proporcionalmente menor. Assim, do ponto de vista individual, o peso dos gastos em saúde se reduz.

De la Maisonneuve e Martins (2013) questionam as estimativas com elasticidades superiores a um (1) encontradas em diversas pesquisas, ao apontar potenciais equívocos, como pecar no controle dos efeitos da qualidade ou desconsiderar especificidades estatísticas de determinadas variáveis.

Um ponto curioso levantado por Di Matteo & Di Matteo (1998) foi a relação entre o uso intensivo de mão de obra na saúde e o aumento da renda média, pois esse segundo efeito pode acarretar um aumento do custo desse bem devido à quantidade de trabalhadores desse setor. Assim, o valor da elasticidade-renda sofre influência do efeito do preço e, como a elasticidade-preço possui, em geral, um valor negativo, a elasticidade-renda provavelmente será reduzida.

Caso a saúde seja considerada um bem inelástico, essencial, é evidente que os gastos públicos nesse setor serão encorajados; todavia, se for visto como um bem de luxo, a iniciativa privada terá mais interesse, incentivando a maior mercantilização da saúde (Di Matteo, 2003).

No caso brasileiro, conta-se com estimativas das elasticidades renda e preço da assistência à saúde, em 2002/03, com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Vale sublinhar que a rubrica saúde, no caso, abrange desde medicamentos até planos de saúde, passando por todos os serviços dos profissionais de saúde, dos laboratórios, de tratamentos ambulatoriais ou

hospitalares. Assim sendo, identifica-se o comportamento individual/familiar das variações da renda e dos preços no consumo de bens e serviços de saúde. Como bem aponta Getzen (2000), no caso dos seguros de saúde, o comportamento a ser examinado não é o individual, uma vez que é a gestão do fundo que conta com restrições orçamentárias, com o afiliado se “limitando” a avaliar o preço do prêmio.

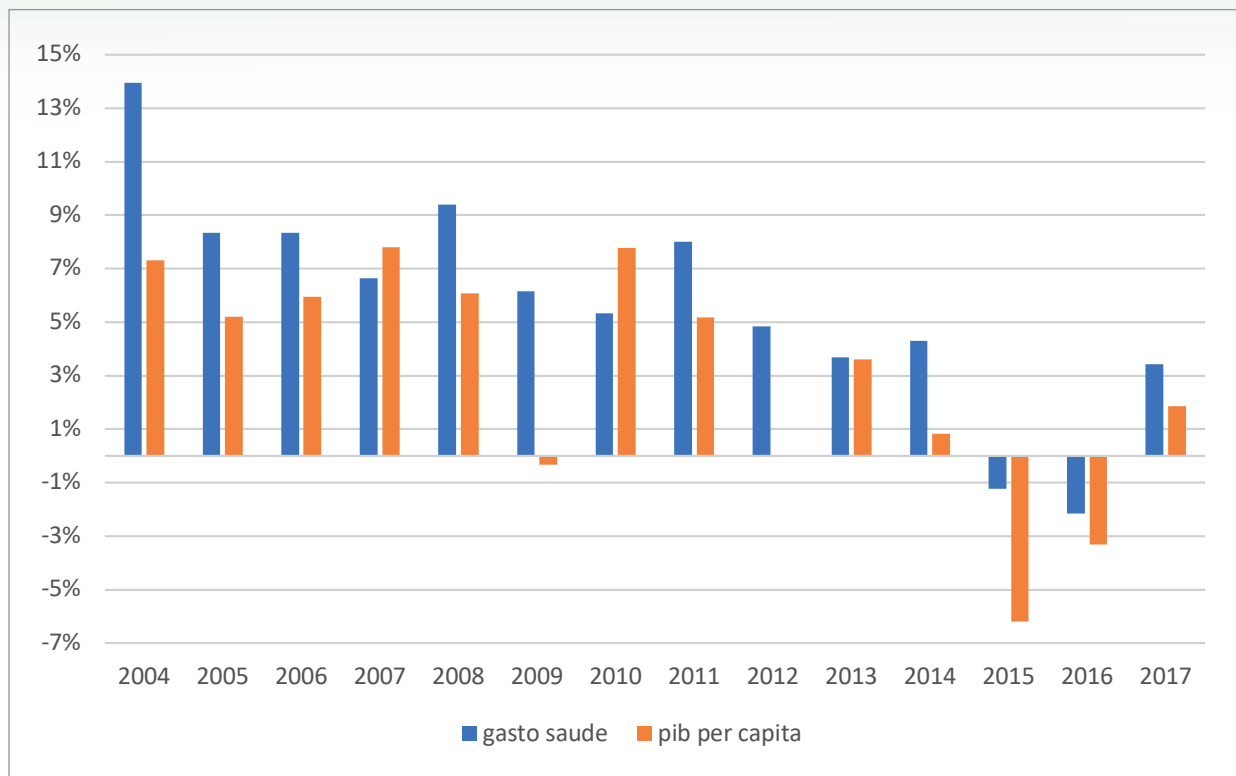
Na tabela 6, verifica-se que as despesas em saúde se mostram elásticas, implicando em um crescimento do consumo em saúde proporcionalmente maior que o aumento das despesas ou da renda, ou seja, é um bem de luxo. Já a elasticidade-preço se mostra inelástica, ou seja, aumentos de preços implicam reduções proporcionalmente menores no consumo. Assim, o comportamento altista dos preços do setor saúde, analisado na subseção seguinte, implica maiores perdas de poder de compra do rendimento das famílias. Vaz & Hoffmann (2021) estimam a elasticidade-renda da saúde para 2017/18 em 0,886, ou seja, um bem inferior, sendo, no entanto, elástico para os estratos mais pobres.

Tabela 1 - Elasticidades despesas e preço das principais rubricas de consumo – Brasil, 2002/03

Rubrica de Despesa	Elasticidade despesas	Elasticidade preço
Alimentação	0.301	-0.192
Moradia	1.173	-0.795
Vestuário	1.171	-0.872
Transporte	1.258	-1.197
Saúde e cuidados pessoais	1.304	-0.876
Gastos pessoais	1.690	-1.085
Educação	2.063	-1.106
Fumo	0.303	-2.840

Fonte: Menezes, Azzoni & Silveira (2008).

Assim como na literatura internacional, conta-se com estimativas díspares da elasticidade-renda ou despesas dos gastos em saúde, reforçando a escolha para as projeções de elasticidade unitária. E, em termos nacionais, o gráfico 1 ilustra como se comportou o gasto público em saúde ante o comportamento da renda. Nele constam as variações anuais do PIB per capita e do gasto anual em saúde pública, ficando patente o comportamento cíclico do gasto. Na maior parte da série, a variação dos gastos é superior à do PIB, com as retrações sendo menores que a do produto. Não se pode, com isso, concluir por uma elasticidade do gasto público superior à unidade, mas aponta para o fato de que nas últimas duas décadas o gasto em saúde teve crescimento superior ao do produto.

Gráfico 1. Variação anual do PIB per capita e do gasto anual per capita em saúde pública no Brasil

Fonte: IBGE (SCN), disponível em www.sidra.ibge.gov.br; Piola et al. (2018).

Nos modelos de identificação dos móveis do crescimento do gasto e, portanto, base para as projeções desse, o vetor demográfico e o da renda contam com informações e dados, bem como modelos de estimação de seus efeitos, restando, nos modelos, um fator residual, onde se encontram os outros móveis do crescimento do gasto: i) o comportamento dos preços do setor, onde fatores como custos, tecnologia e produtividade são determinantes; e ii) a institucionalidade do setor da saúde. Aí, nesse caso, há que se considerar a relação entre Estado e mercado, tanto na regulação como na provisão, os interesses dos provedores (médicos, trabalhadores da saúde, setores privado e filantrópico) e as escolhas políticas, especialmente no balanço entre o volume do gasto público, as fontes de financiamento e o peso dado à equidade no consumo de serviços de saúde.

De la Maisonneuve e Martins (2015) estimaram que as mudanças tecnológicas e o comportamento dos preços de saúde respondem pelo crescimento do gasto per capita anual da ordem de 0,8% anuais, o que representa um terço do crescimento decorrente dos fatores não demográficos e da renda – o chamado efeito residual do modelo. Ademais, concluíram que as transformações institucionais e na política de saúde responderam por outro terço do vetor residual. Concretamente, os autores empregaram um modelo de regressão log-log para a quantidade demandada por cuidados em saúde (considerando preços e qualidade), com efeitos fixos para países e variável temporal, tendo por variáveis dependentes a idade média da população, os preços relativos, o índice de qualidade dos produtos de saúde, o PIB per capita. O índice de qualidade pondera o peso relativo da geração tecnológica no setor saúde comparativamente ao resto da economia e com a média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) com a participação da P&D (Pesquisa e Desenvolvimento) no produto, sintetizando o fator tecnolo-

gia no crescimento dos gastos. Considerou-se que a variável temporal captura as mudanças na política e na institucionalidade.

2.3. PREÇOS RELATIVOS E TECNOLOGIA

O comportamento dos preços dos bens e serviços de saúde é vetor de crescimento do gasto, sendo objeto de grande debate. Tal debate se dá em torno da tese de Baumol (1993), que sustenta que o setor de serviços apresenta o chamado “cost disease”. A argumentação para essa doença é o fato de os serviços serem intensivos em mão de obra, cuja produtividade apresenta um crescimento baixo ante outros setores. Como resultado, os preços relativos dos cuidados de saúde apresentam tendência altista, o que dependendo das preferências dos consumidores pode implicar em crescimento da participação dos gastos em saúde.

Concretamente, Baumol e Bowen (1966) chamaram a atenção para o fenômeno de contínuos e combinados aumentos nos custos reais de um grupo de atividades econômicas que inclui artes cênicas ao vivo, reparo automotivo, saúde, educação, serviços postais, seguros automotivos e de acidentes e assistência a indigentes.

Baumol (1967, p. 419-420) argumenta que se a produtividade do fator trabalho aumenta em um setor em comparação com o resto da economia enquanto os salários aumentam proporcionalmente em todos os ramos de atividade, então, os custos relativos dos setores não dinâmicos, invariavelmente, irão se elevar. Isso ocorre porque os custos do setor dinâmico não aumentam como consequência de um aumento de salários, tendo em vista o ganho de produtividade que se observa a partir da introdução de novas tecnologias. Em contrapartida, nos setores menos dinâmicos, em que a produtividade é constante, qualquer aumento de salários irá acarretar aumentos de custos.

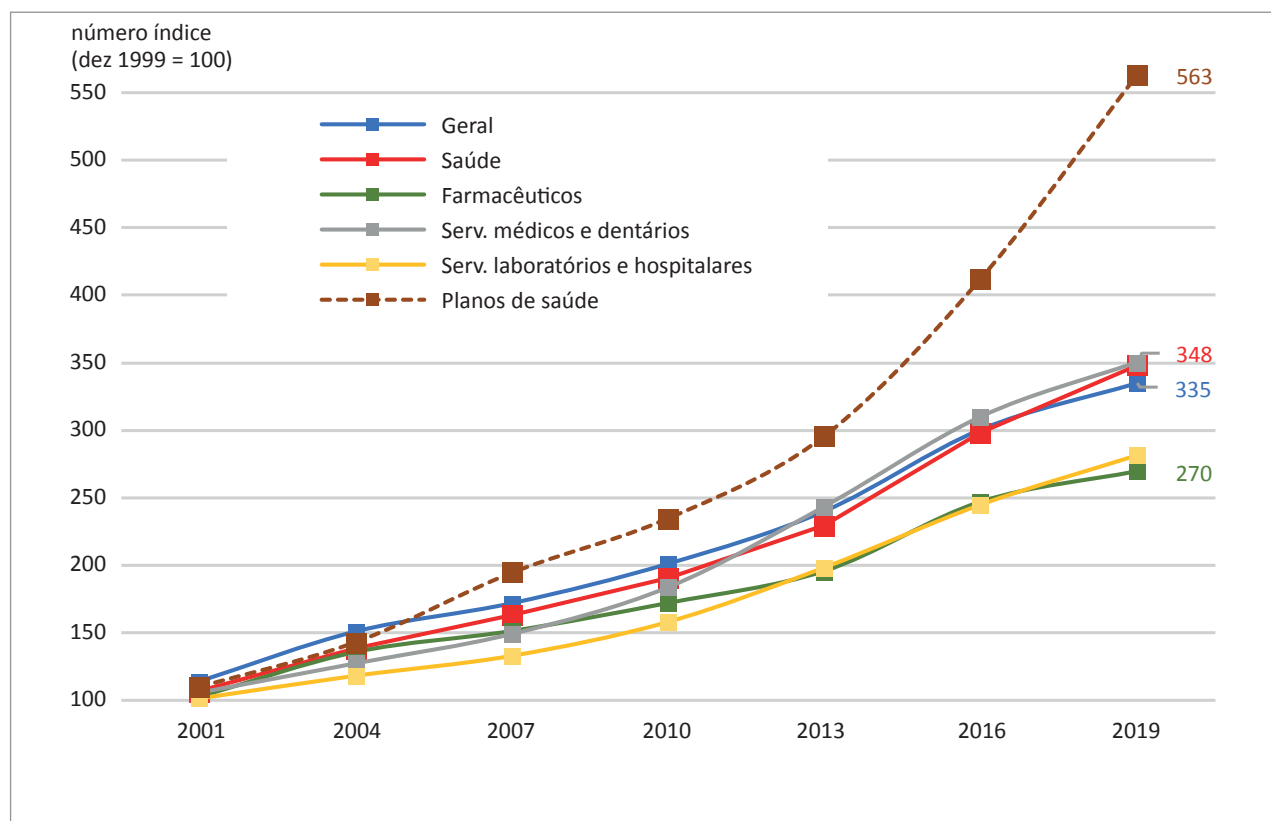
Na saúde, o nível salarial dos trabalhadores tende a se equiparar com aqueles de setores mais dinâmicos da economia, mesmo que não se observe, em contrapartida, um aumento proporcional na produtividade do setor, o que leva a um aumento nos preços dos serviços de saúde. É por esse motivo que os índices de inflação calculados para a saúde tendem a ser superiores em comparação aos índices de preços ao consumidor (De Meijer et al., 2013; Dormont et al., 2007).

Há, de outro lado, que se observar as dificuldades de os índices de preços considerarem as mudanças de qualidade dos bens e serviços e os ganhos de produtividade. No caso do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) se acompanha os preços de uma cesta de consumo com composição fixa no tempo. Ou seja, a incorporação dos avanços tecnológicos e as transformações epidemiológicas se processam lentamente, implicando que os índices podem considerar como aumento de preços alterações que se devem ao aumento da qualidade do bem ou não considerar que esses novos preços implicam em menores quantidades consumidas. Alguns países realizam ajustes nos seus índices de preços, considerando as mudanças de qualidade dos bens e serviços e alterações nas quantidades consumidas, por meio do uso de modelos hedônicos.

Groshen et al. (2017) resenham estudos que tratam dos vieses no comportamento dos índices de preços e na variação do PIB, com resultados que apontam uma sobre-estimativa da ordem de +1,1 e de +0,87 pontos percentuais no Índice de Preços ao Consumidor (IPC) dos EUA em 1996 e 2001, respectivamente. Cerca de metade desses vieses decorrem da não contabilização de mudanças de qualidade e da incorporação de novos bens, com destaque para os serviços digitais (internet) e de cuidados de saúde.

Como se comportaram os índices de preços da saúde e das suas principais rubricas no Brasil nesses últimos vinte anos se encontra ilustrado no Gráfico 2. Efetivamente, considerando como base dezembro de 1999, foram considerados o índice geral, o da saúde como um todo e as rubricas específicas de produtos farmacêuticos, de serviços médicos, dentários, laboratoriais e hospitalares e os planos de saúde. Verifica-se, em primeiro lugar, que a inflação dos bens e serviços de saúde guarda grande proximidade com o índice geral, com os preços em geral tendo se elevado em 235%, entre dez de 1999 e de 2019, ante um crescimento dos preços dos bens e serviços de saúde em 248%. Os serviços médicos e ambulatoriais exibem, também, comportamento similar. Verificam-se duas dinâmicas bastante distintas quanto aos preços, com os preços dos planos de saúde tendo crescido no período 463% e, com crescimentos bem aquém do índice geral, os serviços laboratoriais e hospitalares. Interessante notar que os serviços de saúde que não os planos e os medicamentos são, grosso modo, os insumos dos planos de saúde, o que, dado o comportamento destes, mostra como é frágil a regulação dos preços dos planos, como bem apontado por Ocke-Reis et al. (2019) e Fiuza et al. (2020).

Gráfico 2. Comportamento do INPC Geral, Saúde e Itens de Saúde – Brasil, 2001-2019



Fonte: SNIPC/IBGE

Resta, então, questionar a razão dos avanços tecnológicos no setor não significarem incrementos de produtividade e, assim, não pressionarem os custos e, portanto, os preços dos cuidados em saúde. O que de fato se observa é a incorporação tecnológica se somando aos vetores do crescimento do gasto e de sua participação no produto da economia. Em verdade, o impacto do progresso técnico depende da elasticidade-preço da demanda por cuidados de saúde ajustada pela qualidade. Quando essa elasticidade-preço ajustada supera a um, o decréscimo dos preços

pode significar um crescimento maior proporcionalmente na quantidade demandada, logo, um aumento dos gastos.

Cutler e McClellan (1996) observaram que o aumento dos custos do tratamento de infarto nos EUA é devido, principalmente, aos novos procedimentos, pois os preços praticados para determinado nível de tecnologia são, grosso modo, constantes no tempo. Exemplificam, mostrando que mais da metade dos pacientes acometidos de ataques cardíacos passaram, em 1998, por cateterismo associado a outro procedimento, enquanto, em 1984, somente 10% dos pacientes receberam procedimentos combinados. Dinâmica semelhante é reportada no processo de difusão da angioplastia com stent.

Em 2003, Cutler e Huckman (2003) identificaram que a introdução de um novo tratamento cirúrgico específico para doença arterial coronariana significou um crescimento dos gastos com essa cirurgia, ao mesmo tempo em que seu custo unitário foi reduzindo. É que se observou uma ampliação do tratamento cirúrgico, o que implicou em aumento nos gastos totais com saúde, mesmo que esse novo tratamento não seja, por si só, mais custoso perante o anteriormente utilizado.

Vale lembrar que os avanços tecnológicos se fazem presentes em medicamentos e vacinas, em procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, nos equipamentos médicos e, inclusive, nos sistemas administrativos. Como bem aponta Przywara (2010), as tecnologias podem auxiliar tanto na redução de gastos, como atuando como fator de pressão para o crescimento dos gastos.

Cumprir destacar, ainda, que várias novas tecnologias, como dito, não implicam na substituição das anteriores, podendo ser adicionadas ao que já se realizava ou não abranger todo o escopo do tratamento/procedimento. Ou seja, as novas tecnologias na área da saúde não significam necessariamente a obsolescência das anteriores, sendo muito comum a convivência de tecnologias “antigas” e recentes. Ademais, os investimentos em P&D na área da saúde são de grande monta, impactando os custos de aquisição das novas tecnologias, o que se reflete na quantidade de patentes que se observa na área.

2.4. AS INSTITUIÇÕES E POLÍTICAS: OS SISTEMAS DE SAÚDE

Interessante notar que na imensa quantidade de estudos sobre os vetores do crescimento dos gastos em saúde, chama-se a atenção, primeiramente, como dito, para o menor peso que os fatores demográficos apresentam do que, à primeira vista, o senso comum e mesmo os analistas sociais de outras áreas supõem. Dentre os vetores não demográficos, o comportamento da renda e seus efeitos é controverso por apresentar muitos níveis de análise – individual, grupos populacionais segurados, afiliados ao seguro social quando presente, regionais e nacionais – e diferentes comportamentos ao longo do tempo. Dado que as elasticidades-renda dos gastos em saúde nacionais gravitam em torno da unidade, arbitra-se que o gasto cresce na mesma proporção do aumento da renda. Esses dois vetores respondem, no caso da média dos países da OCDE, considerando o período 1995-2009, por cerca da metade do aumento em pontos percentuais da participação dos gastos em saúde no produto das economias. Ou seja, os outros móveis do crescimento têm um peso expressivo, com os estudos dando destaque para os preços relativos e a tecnologia, com os fatores político-institucionais tendo um tratamento, em grande parte dos estudos, de resíduo do resíduo.

Isso é apontado por De la Maisonneuve et al. (2016), quando afirmam que apesar do papel central que se vislumbra para os aspectos institucionais na explicação do padrão de gasto em

saúde e de seu crescimento, os estudos comparativos entre países que buscam identificar os vetores de crescimento não concedem ao desenho dos sistemas de saúde o mesmo destaque que os outros móveis não demográficos. Recordando que as estimativas apresentadas (De la Maison-neuve & Martins, 2015) apontam que ao redor de um quinto do crescimento do gasto em saúde se deve aos aspectos político-institucionais dos sistemas de saúde, importância que aumenta quando se analisa o desempenho dos gastos públicos. Participação similar, segundo os autores, dos vetores relacionados aos preços e à tecnologia.

Há que se ter cuidado nessa discriminação dos móveis do gasto em saúde, pois há efeitos combinados, bem como vetores que influenciam os efeitos de outros. Isso é evidente quando se consideram os papéis de provedor e regulador do Estado nos mercados de bens e serviços de saúde. Sistemas de saúde onde cerca de 70% dos gastos são de financiamento público ou por esquemas de seguros sociais ou mandatórios implicam em mercados privados de saúde distintos de países em que a participação do gasto privado é mais expressiva. Essa influência dos segmentos públicos ou de seguros amparados pelo Estado se faz presente quando se observa que a provisão dos serviços ambulatoriais e hospitalares é, em grande parte, privada. Não resta dúvida que a estrutura do mercado de seguros de saúde e as regulamentações da oferta de assistência médica podem encorajar a incorporação de inovações mais custosas, amplificando, no caso, as pressões advindas da tecnologia.

O grau de regulação que se reflete nas políticas de preços, na normatização das coberturas de serviços cobertos pelos planos de saúde, no marco regulatório de defesa da concorrência, entre outras ações do estado no mercado privado de bens e serviços de saúde tem efeitos sobre o comportamento dos preços e dos investimentos em P&D. Somam-se a isso os benefícios fiscais e creditícios e os programas de investimento de apoio à produção e ao consumo de bens e serviços de saúde, que têm efeitos sobre os preços, o consumo e o investimento do setor. Assim, os vetores relacionados à renda e aos preços têm seus impactos alterados em razão das políticas públicas de saúde pública.

Estudos mostram que países em que há maior competição entre seguradoras, no mercado de planos, e entre provedores dos serviços e bens dos sistemas públicos de saúde apresentam sistemas menos custosos. De outra parte, há grande dispersão no nível de gasto entre sistemas públicos de saúde com perfis semelhantes, como por exemplo entre os países com saúde pública universal financiada por tributos gerais, ainda que esse tipo de desenho pareça ser mais adequado a medidas de controle de gasto.

De toda sorte, não se pode afirmar que os sistemas financiados por tributos gerais são menos custosos, cabendo sim sublinhar que proveem maior controle público sobre o gasto seja no curto prazo com as crises, seja no longo prazo nas mudanças de prioridades.

2.4.1. Relação público e privado

Da análise da relação público-privado em cinco países da OCDE – Reino Unido, Nova Zelândia, Holanda, Canadá e Austrália –, onde o gasto do setor público é predominante, isto é, da ordem de três quartos do gasto total, Tuohy et al. (2004) concluem que o emprego maior do financiamento privado tem mais chances de prejudicar do que auxiliar o esquema público de financiamento, embora os efeitos variem conforme a forma que o financiamento privado assuma.

Os autores definem quatro modalidades de relação público-privado, sublinhando que estas convivem nos países de modo diverso. Assinalam que há o predomínio de uma dessas modali-

dades nos países selecionados, o que permite avaliar de modo comparativo as escolhas para essa relação e retirar lições e sugestões de políticas. Para o caso brasileiro, que, como se sabe, não tem o financiamento público como predominante, pode-se considerar que duas dessas modalidades se fazem presentes: sistemas público e privado atuando paralelamente, e setorial, em que o financiamento público é fundamental para determinados segmentos da produção/consumo de saúde, com outros tendo o setor privado como predominante.

No que diz respeito ao modelo em que os sistemas público e privado atuam paralelamente, há a crença de que o crescimento do segmento privado implicará aliviar a demanda sobre o setor público, reduzindo a espera por consultas e exames especializados e por cirurgias eletivas. A conclusão dos autores vai de encontro a essa expectativa, uma vez que os países com essa modalidade não apresentaram redução das filas ante outros com relações público-privado distintas. Apontam, ademais, que o que de fato ocorre é a drenagem de recursos públicos com os incentivos ao consumo privado e, com isso, aumentar as filas no segmento privado. Concluem que a redução das filas responde muito mais ao aumento do financiamento público do que ao crescimento do setor privado.

Na chamada modalidade setorial, afirmam que é maior a vulnerabilidade aos efeitos indesejados da tecnologia, com as mudanças fiscais atingindo em segmentos particulares. No caso canadense, onde essa modalidade se destaca, observam um processo de privatização passiva que decorre do efeito da tecnologia transferir serviços para ambientes de financiamento misto (Tuohy et al., 2004: 392).

Assim, como lições para o caso brasileiro, pode-se apontar, de um lado, para a falácia de que o crescimento da participação privada reduz as pressões sobre a oferta pública e, de outro, que as mudanças tecnológicas ampliam as clivagens entre os bens e serviços da oferta pública e privada.

Há que sublinhar a principal advertência que o estudo traz aos policy markers que buscam a redução do gasto público e ampliar a participação do setor privado, ainda que em um plano integrado: “as pesquisas nacionais indicam que a satisfação do público com o sistema de saúde está, em geral, associada a níveis mais altos de gastos públicos e que as reduções na parcela pública dos gastos com saúde alimentam as demandas por gastos públicos maiores” (Tuohy et al., 2004, p. 392). Além disso, tentativas deliberadas de integrar seguro público e privado dentro de um regime de competição regulamentada encontraram desafios políticos, econômicos e técnicos substanciais.

Santos et al. (2008) mostram que o paralelismo entre os setores, ou em seus termos, a forma suplementar que o seguro privado se inscreve no sistema de saúde brasileiro, implica em desigualdades no acesso e na cobertura dos serviços de saúde e em um gasto proporcionalmente maior com saúde. Em trabalho posterior, Santos et al. (2013) mostram claramente esses dois efeitos do nosso sistema de saúde, onde a parcela afiliada a planos de saúde – que, ademais, tem recursos para gastos diretos - conta com cobertura duplicada. Os dados das pesquisas domiciliares sobre o acesso e consumo de bens e serviços de saúde exibem tanto a desigualdade na oferta dos cuidados em saúde entre segurados e não segurados, como a utilização pelos segurados dos serviços do SUS. E que essa utilização se concentra nas ações de prevenção (vacinação), no pronto atendimento e nos procedimentos de alta complexidade e custo (quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia) (Andrade et al., 2018).

As mudanças que vêm se processando nos sistemas de saúde dos países centrais nas últimas décadas têm como um dos objetivos centrais desacelerar os gastos com saúde, seguindo as

recomendações das instituições multilaterais e os alertas dos analistas quanto à sustentabilidade fiscal da dinâmica do gasto em saúde nos últimos 40/50 anos. Nessa direção, medidas de redução da cesta de bens e serviços cobertos pelos sistemas públicos foram sendo implementadas em vários países, mercantilizando parcela dos procedimentos agora não cobertos. Há, também, transformações no sentido de alterar o financiamento do gasto público migrando de impostos gerais ou de esquemas de seguro social para a obrigatoriedade de afiliação a seguros privados, ainda que com aporte de contribuições públicas.

Essas mudanças colocam em risco os ganhos redistributivos dos sistemas de saúde pública universais e de cobertura integral ao reduzir a participação dos ricos e saudáveis no financiamento e sobrecarregando pobres e doentes ao transferir parcela da responsabilidade dos gastos para esses grupos populacionais.

Esse movimento de mercantilização dos cuidados de saúde, mesmo em contextos em que predomina o gasto público, se reflete, de um lado, no crescimento do gasto via planos, maneira de acessar mais tempestivamente os serviços e de forma mais ampla. Interessante notar que o emprego de provedores privados (clínicas, laboratórios e hospitais) pelos sistemas públicos de saúde é bastante generalizado, respondendo pela maior parcela da provisão. A composição do gasto segundo diferentes cuidados de saúde (medicamentos, consultas, exames, tratamentos ambulatoriais e hospitalizações) e a participação privada no provisionamento desses cuidados exibe uma variabilidade entre os países, centrais especialmente, bem reduzida, diversamente do que se observa na composição do financiamento. Verifica-se, contudo, alterações tanto nos tipos de provedores privados como na forma de remuneração dos serviços, buscando, com ambas, a contenção dos gastos. E, assim como no caso brasileiro, ampliou-se o emprego dos provedores privados sem fins lucrativos com características diversas dos filantrópicos, as chamadas Organizações Sociais.

Dessa maneira, dada a importância do segmento privado na provisão pública, o arcabouço legal que regula essa relação entre o sistema de saúde pública e sua provisão realizada por entidades privadas tem efeitos sobre o comportamento do gasto público e total em saúde. A identificação dos impactos que as mudanças legais e organizacionais relacionadas à relação entre o sistema público e seus provedores privados provoca ainda está em aberto, observando-se, grosso modo, com base na experiência de alguns países pouca efetividade na contenção dos gastos. Estudos mostram que a regulamentação mais rígida dos preços dos serviços hospitalares e médicos implica em menores pressões inflacionárias de salários e dos custos de serviços.

Todos os países concedem benefícios fiscais a pessoas e empresas com objetivos bastante diversos, entre os quais incentivar a produção de determinados segmentos produtivos e regiões, amparar o consumo das famílias para determinados bens e serviços e apoiar tanto o investimento privado como a poupança pessoal. Esses benefícios se consubstanciam na desoneração ou isenção de tributos incidentes sobre determinadas rendas e produtos. Na saúde, esses benefícios estão presentes nos investimentos em P&D, nos gastos corporativos e pessoais com assistência à saúde, na produção de fármacos e nas receitas de entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas. Como se pode notar nos dados tabulados por Paes (2014), os gastos tributários em saúde representam para a média dos países da OCDE 0,3% do PIB e, no caso dos países latino-americanos, esse percentual atinge a 0,7%. Observa-se nesses últimos que o gasto tributário, ou seja, a despesa pública indireta com saúde responde por 17,3% do gasto total, enquanto nos países da OCDE tal participação é inferior a 5%. Na maior parte dos países de renda baixa e média da América Latina, o instrumento do benefício tributário tem sido um componente relevante no

gasto em saúde, reforçando o papel do segmento privado na oferta de cuidados de saúde, uma vez que tais benefícios “barateiam” os preços dos bens e serviços de saúde, incentivando, assim, seu consumo. Verifica-se, ainda, que naqueles países de renda alta em que o consumo privado se destaca, os gastos tributários têm um peso maior no financiamento público em saúde. Assim, Estados Unidos, Canadá e Holanda apresentam gastos tributários que respondem entre 10,4% e 16,6% do gasto público em saúde, sendo que, no caso dos dois últimos, a importância do segmento privado está relacionada com reformas que esses países levaram a cabo. Reformas que buscavam estancar o crescimento do gasto público e, para tanto, alteraram o sistema de financiamento, no caso da Holanda, e reduziram o escopo da cobertura da provisão pública direta, no caso do Canadá.

Tabela 2. Gastos públicos tributário e total em saúde como proporção do PIB e participação do gasto público tributário sobre o gasto público total em saúde – 2009-2010

	gasto tributário	gasto total	% tributário
Argentina	0,4%	6,7%	6,1%
Brasil	0,4%	4,5%	8,3%
Chile	0,3%	4,1%	6,5%
México	0,7%	3,3%	21,0%
Uruguai	1,5%	3,9%	38,5%
Canadá	0,9%	5,6%	16,6%
Alemanha	0,3%	7,8%	4,1%
Coréia do Sul	0,0%	8,6%	0,0%
Holanda	0,4%	3,9%	10,4%
Espanha	0,0%	8,3%	0,0%
Reino Unido	0,0%	7,8%	0,0%
Estados Unidos	1,1%	9,0%	11,7%
América Latina	0,7%	4,4%	17,3%
OCDE	0,3%	7,1%	4,6%

Fonte: Paes (2014).

Ocké-Reis desenvolveu, em seus estudos sobre renúncia fiscal e mercado de planos de saúde, com base em vários dados, a argumentação criteriosa de que os planos de saúde no país são, em realidade, uma criação do estado, dado o apoio fiscal e a flexibilidade regulatória às seguradoras e aos provedores privados de cuidados de saúde. Nesse aspecto, o tratamento dado às entidades filantrópicas, cujos benefícios fiscais são constitucionalmente inscritos, não consideram a heterogeneidade do segmento, que, ademais, conta com prescrição legal maleável e pouca transparência de informações detalhadas dos benefícios concedidos.

2.4.2. Financiadores e provedores e seus interesses

Evans (2002) é muito claro ao mostrar as tensões entre quem paga e quem usa o sistema de saúde e que as diferentes formas de financiamento, ao definirem os encargos e as coberturas, explicitam os “ganhadores” e “perdedores”. Em seus termos, no financiamento baseado em tri-

butos, a responsabilidade do pagamento está apartada da experiência de problemas de saúde, ou melhor, do uso dos cuidados à saúde. Já nos esquemas fundados nos esquemas de seguros, a vinculação entre o financiador e o usuário se faz presente. “Independentemente da renda, os doentes contribuirão com menos dinheiro e os saudáveis mais com o financiamento por meio de impostos gerais” do que nos esquemas baseados em seguros.

São evidentes os benefícios econômicos de curto prazo para as pessoas ricas do financiamento privado predominante, uma vez que eles contam com recursos para atender suas necessidades de cuidados de saúde. E, no caso de choques, com gastos muito elevados, a afiliação a seguros de saúde, com os riscos associados ao grupo, não implica em redução da riqueza e da renda. Compartilhar os riscos de toda população no financiamento do sistema público de saúde é o que se institui quando o financiamento é por tributos gerais, e na sua composição a incidência sobre os mais ricos é proporcionalmente maior. Mas mesmo nas situações em que os tributos diretos são menos progressivos e o peso dos indiretos é significativo, a oferta pública dos cuidados de saúde se mostra muito progressiva e mitiga um potencial financiamento neutro; há que se olhar os dois lados da moeda do fisco sobre as pessoas: no financiamento e no gasto (Murphy & Nagel, 2005).

Já pobres e doentes se opõem ao financiamento privado, dado que não desejam se confrontar com gastos ou, o pior, o não cuidado. A apuração dos chamados gastos catastróficos em saúde visa mostrar o quanto da população se torna altamente vulnerável em razão do crescimento dos gastos privados em saúde, colocando em risco o atendimento das necessidades essenciais.

O comportamento das classes médias no apoio ao financiamento público no gasto em saúde é o fio da balança, onde a discrepância entre o que se paga e o que se recebe é bem inferior a dos ricos nos países com sistemas de saúde de predomínio público com financiamento neutro ou progressivo. Assim, contrações fiscais, ao afetarem a oferta pública sem alívio tributário, podem tornar esse custo da solidariedade muito alto e levar esses grupos a ver segurança maior no financiamento privado. No caso brasileiro, dois elementos tornam esse apoio ainda mais frágil, estendendo-se para as classes médias baixas e populares. De um lado, esses grupos médios formavam a principal parcela da população que contava com a previdência social e com a assistência à saúde via seguro social, ou seja, gerenciadas pelo estado. A universalização da saúde pública e a extensão da proteção previdenciária tiveram por contrapartidas medidas de benefício tributário no consumo privado – deduções do IRPF em educação (1971) e saúde (1987); dedução do IRPJ com gastos em saúde dos empregados (1995); isenções e reduções tributárias as entidades sem fins lucrativos (1988).

Essa experiência, de outra parte, implicou que tanto educação como saúde são serviços historicamente ofertados de modo segmentado: aos estratos superiores, acesso e melhor qualidade, e ao restante, dificuldades de acesso e problemas de qualidade. Com isso, uma das marcas da mobilidade social no país é o consumo privado desses serviços públicos, cristalizando uma visão negativa da oferta pública, especialmente, aquelas universais.

O comportamento do consumo de cuidados em saúde repercute diretamente sobre os produtores dos bens e serviços, sejam ofertados publicamente, seja via o setor privado. Ou seja, emprego, lucros e rendimentos são afetados pelo dinamismo do gasto, logo, dos vetores de crescimento. Vale dizer que a produção do setor público é desenvolvida tanto por instituições públicas (funcionários públicos), como por prestadores de serviços – trabalhadores e empresas. A redução ou o aumento do gasto público afeta o emprego e os rendimentos dos provedores privados, de modo similar ao que se observa no gasto privado. Assim, o leque heterogêneo de atores

na produção de cuidados de saúde, que implica interesses diversos, compartilha um objetivo comum, que é o crescimento do gasto ou ao menos sua estabilidade.

E como bem aponta Evans (2002), a redução de salários, honorários, dividendos e lucros no setor da saúde decorrente de cortes nos gastos independe da magnitude dos impactos sobre os serviços de saúde. É que todos os envolvidos não têm interesse em fazer o mesmo ou mais com menos. Assim, as reclamações por subfinanciamento dos sistemas são permeadas pelos interesses dos envolvidos na produção de bens e serviços de saúde, o que fica claro na forma como se apresentam a depender do comportamento do gasto e da economia.

Há uma diferença entre a atuação política dos interesses dos provedores na produção pública financiada por tributos e na oferta privada. No caso da saúde pública, evocam as falhas do sistema de saúde, enquanto os financiados pelo gasto privado apelam para a excelência de sua produção. Ou seja, provedores privados fazem marketing dos seus produtos e os públicos desmerecem seus serviços.

As distintas lógicas entre o segmento público e o setor privado e a importância na oferta pública dos provedores privados, em especial dos médicos com o duplo emprego, têm importantes implicações. Como aponta Evans (2002, p. 41), “médicos que trabalham em ambos os lados da rua ... podem manejar os tempos de espera, bem como as percepções dos pacientes quanto à qualidade encorajando a contratação privada”.

No caso brasileiro, Andrade et al. (2018, p. 376) mostram que, “como os médicos atendem nos dois setores, o acesso a procedimentos nesse sistema para indivíduos com cobertura privada pode ser facilitado, evitando que esses pacientes se submetam às filas de espera. Em algumas localidades, o setor privado funciona como porta de entrada para o setor público. Essa situação ocorre particularmente em regiões em que a rede privada é mais restrita, com predomínio da oferta dos serviços de saúde do SUS”.

Concretamente, como a demanda por cuidados em cada setor pode ser fortemente influenciada por interesses do provedor, os médicos contam com estímulos para direcionar os tratamentos menos complexos e de menor custo para o setor privado e os de maior custo para o setor público (Santos, Santos & Borges, 2013).

Os dados das pesquisas domiciliares sobre as condições de saúde e o acesso e uso aos cuidados em saúde mostram, como já apontado, que a dupla cobertura reflete que um quinto da produção do SUS é direcionada a afiliados a planos privado. E com o uso maior dos serviços de “alta complexidade (internação hospitalar, quimioterapia e hemodiálise), os com características de bens públicos de saúde (vacinação) e os de emergência (injeção, curativo e medição de pressão arterial)” (Andrade et al., 2018, p. 378).

3. A EVOLUÇÃO DO GASTO EM SAÚDE: DINÂMICA RECENTE E PROJEÇÕES

O gasto em saúde apresenta uma dinâmica associada à maturação dos estados de Bem-Estar Social nos anos 60, bem como a “crise” associada a eles que tem início nos anos 70. Efetivamente, o gasto em saúde que tinha uma importância marginal nos anos 60, respondendo, em 1970, por cerca de 5% do PIB dos países centrais, cresce ao redor de 2 pontos percentuais durante os 70, estabilizando-se nesse novo patamar (7-8%) nos 80 e 90. Evidente que tal comportamento não é observado nos Estados Unidos, onde os gastos em saúde já respondiam por 11% do PIB em

1990. Na primeira década do século XXI, assiste-se a um crescimento bastante expressivo dos gastos frente ao PIB, superando, em 2010, aos 10% do PIB, com os Estados Unidos se descolando do restante dos países com uma participação, nesse ano, de 16%. Com a grave crise que se inicia no final da década de 2000, verifica-se um esforço dos governos em estancar essa dinâmica de crescimento por meio de medidas de contenção fiscal e reformas nos sistemas de saúde, notadamente no campo do financiamento.

Concomitante às ações de contenção do gasto público, observou-se um crescimento relativamente expressivo do gasto privado, a partir de meados dos anos 80. Fato é que esse incremento se deve principalmente aos gastos com planos privados, com os gastos out-of-pocket não exibindo performance que alterasse seu peso no gasto total.

No caso dos países de renda média e em desenvolvimento há uma maior dispersão na participação do gasto em saúde nos produtos dessas economias. De um lado, Brasil, Chile, Argentina e Uruguai com participações ao redor de 9% em 2018, enquanto México, China e Rússia com participações próximas de 6%. Já a evolução do gasto nesses países nas duas primeiras décadas do século XXI exhibe, na primeira década, comportamento errático, com o crescimento se concentrando na segunda metade dos anos 2010.

Como será analisado com mais detalhes, destaca-se na trajetória do gasto em saúde no Brasil, de um lado, um crescimento da participação desse gasto no PIB entre meados dos anos 90 e final dos 2000 acima da média de um amplo conjunto de países e, de outro, um desempenho do gasto público inferior ao observado para a média dos países. Isso se reflete no aumento de peso do gasto privado, o que também se observa em poucos países, entre os quais, cabe destacar, Estados Unidos e África do Sul.

Essa tendência, que serve de base para as projeções futuras não pode ser creditada ao vetor demográfico, pois o país se caracteriza pela “maturidade” epidemiológica. Concretamente, as mudanças demográficas, considerando as mudanças nas morbidades e nos perfis epidemiológicos das coortes populacionais, foram responsáveis por pouco mais de 10% do crescimento do gasto. Quanto ao vetor da renda, esse é responsável por mais de 50% do crescimento do gasto quando se considera a elasticidade-renda como unitária. Peso que se reduz para 40% ao se empregar a elasticidade igual a 0,8, benchmark empregado nos modelos de previsão da OCDE. Assim sendo, fica patente o peso dos outros vetores para o crescimento do gasto, que como se disse, foi superior ao observado para a média de um amplo conjunto de países. O quanto se deve ao comportamento dos preços e às mudanças tecnológicas (novos produtos e procedimentos) e o quanto aos elementos político-institucionais é tema em aberto. De toda sorte, a experiência brasileira de constituição de um sistema universal de cuidados de saúde se processou concomitantemente ao fortalecimento da oferta privada via benefícios fiscais e creditícios ao segmento.

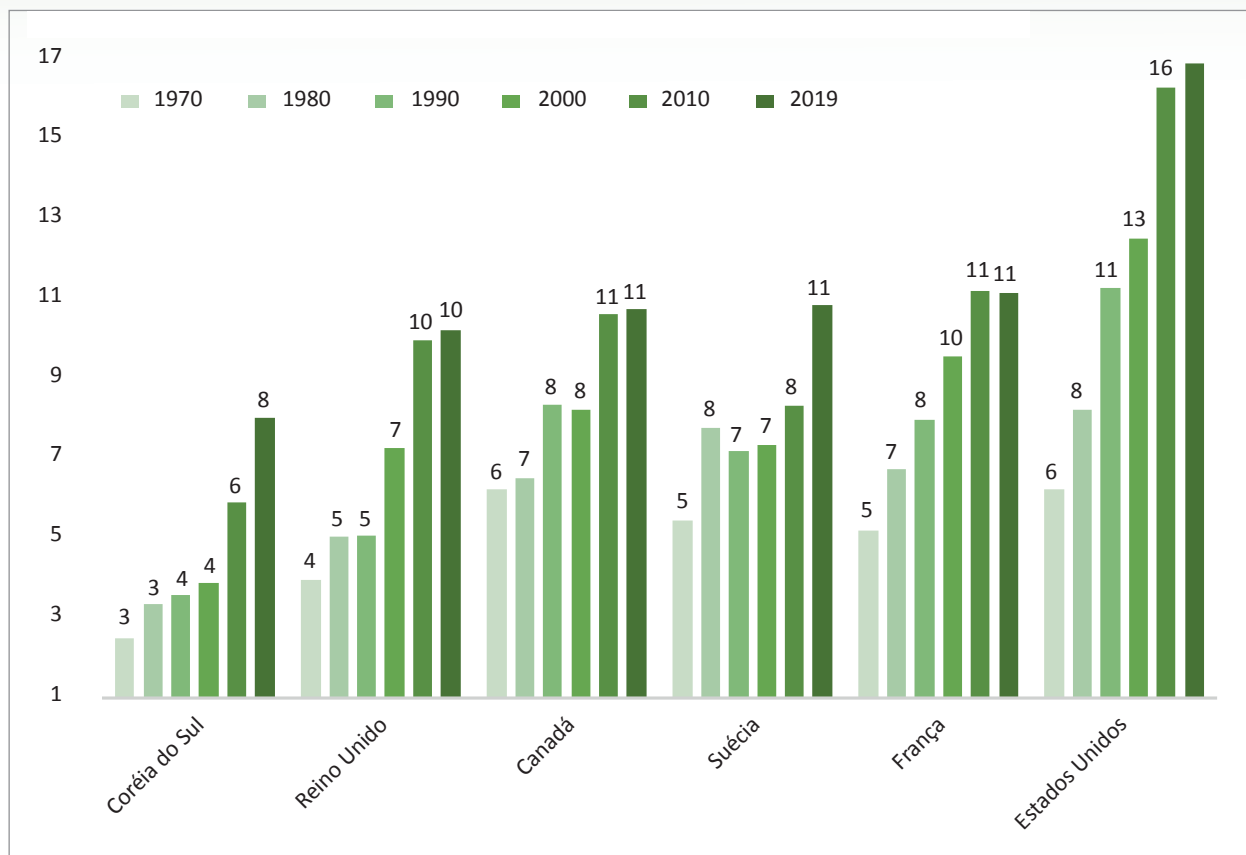
Não resta dúvida que o mix público-privado que marca nossa oferta de cuidados de saúde, reflete em uma participação inferior do gasto público perante o privado. Assim, se o Brasil acompanha a tendência de crescimento do gasto à medida que cresce ou se desenvolve, o mesmo não se verifica quanto à participação do gasto público no gasto total em saúde. Isso porque se nota uma associação entre grau de desenvolvimento e participação do Estado no financiamento do gasto em saúde.

3.1. A CONSTITUIÇÃO DO WELFARE STATE NO PÓS-GUERRA E O PAPEL DA SAÚDE PÚBLICA

O consumo de bens e serviços de assistência à saúde teve seu crescimento associado a consolidação dos Estados de Bem-Estar Social, sendo que nos anos 70 respondia por cerca de 5% do PIB nos países europeus. Assiste-se, a partir de então, a uma expansão continuada de sua participação no produto da economia, atingindo ao final da atual década ao redor de 10%, ou seja, o dobro que há 50 anos. Na maioria desses países se observou uma mudança de patamar entre 1990 e 2010, o que levou a associar esse crescimento ao envelhecimento populacional, gerando estudos e pesquisas que buscassem identificar os móveis do gasto em saúde. A expansão do gasto em saúde, nos países europeus, se deve, de modo especial à oferta pública, haja vista que o gasto público é predominante, chegando a responder por 85% em alguns países. Interessante observar, então, que os sistemas públicos de saúde se ampliaram justamente quando se assiste à crise do Estado de Bem-Estar Social e da mutação do estado de caráter fiscal para deficitário. Na última década, e para alguns países antes, houve um movimento de mudanças com o intuito de controlar o gasto e modificar as bases de financiamento. Como se nota no Gráfico 3, o peso dos gastos em saúde no PIB ficou estável no Reino Unido, no Canadá, na França e, até mesmo, nos Estados Unidos. Já na Suécia e Coreia do Sul, o aumento da participação continuou na última década, aproximando-os dos outros países considerados.

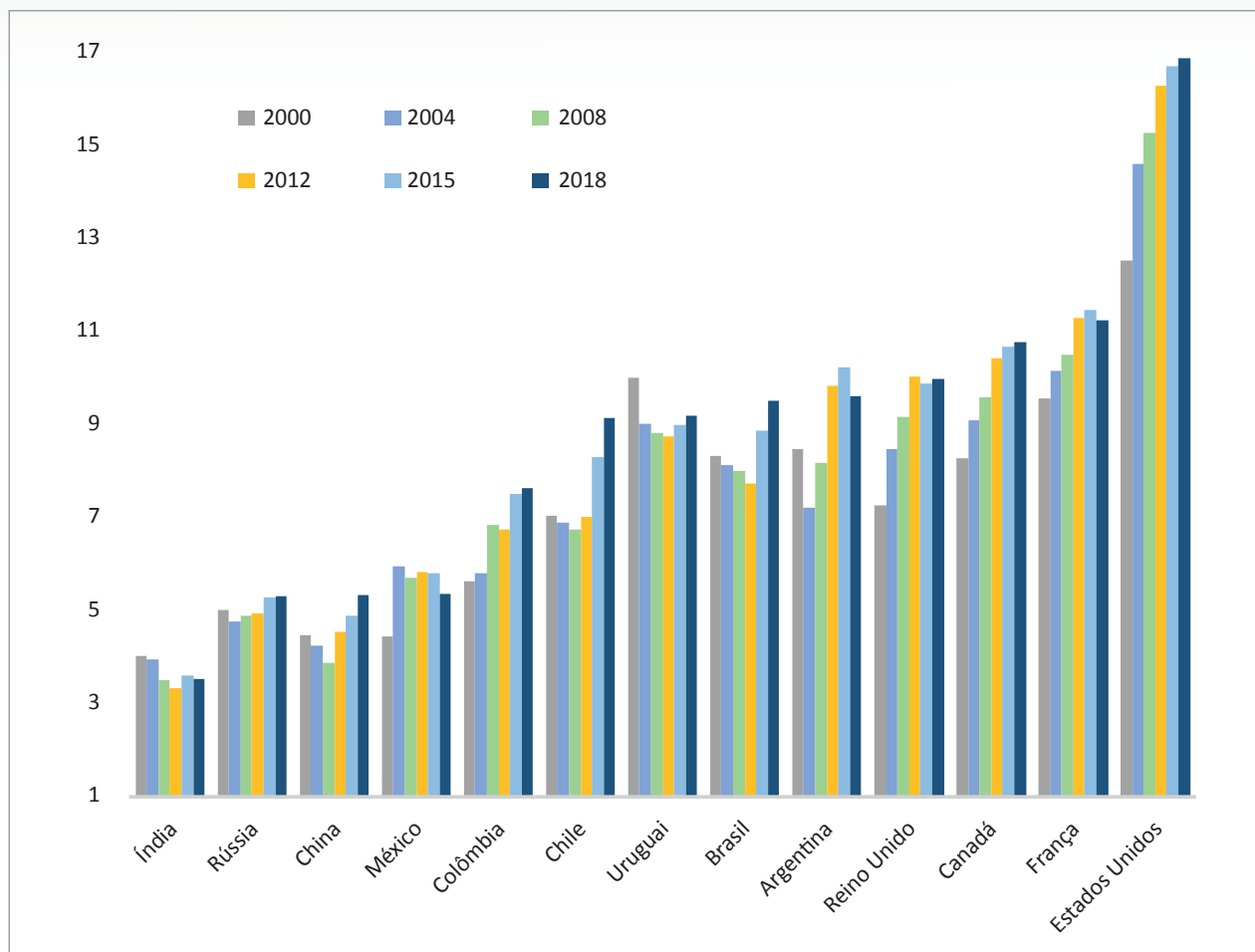
Os Estados Unidos são claramente outliers em termos de participação dos gastos em saúde, atingindo a quase um quinto do seu produto econômico, mostrando que desenvolvimento tecnológico e setor privado predominante na produção de bens e serviços de assistência à saúde implica em uma distribuição iníqua do consumo dessa produção e um peso elevado no orçamento das famílias, com parcela expressiva da população sob o risco de cair em gastos catastróficos.

Gráfico 3. Evolução da participação do setor saúde no PIB em países desenvolvidos selecionados - 1970, 1980, 1990, 2000, 2010 e 2019



Fonte: Huber (1999); OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

Gráfico 4. Evolução da participação do setor saúde no PIB em países selecionados - 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2018



Fonte: WHO (World Health Organization) - Global Health Expenditure Database (GHED)

Detalhando melhor o comportamento do gasto em saúde nos últimos 50/60 anos, pode-se discriminar algumas fases. Assiste-se nas décadas de 60 e 70 a um crescimento expressivo tanto do gasto público como privado, que durante os anos 80 desacelera. Essa redução no ritmo de crescimento do gasto em saúde tem continuidade na primeira metade dos 90, decorrente dos esforços de consolidação fiscal levados a cabo pela maioria dos países.

A recuperação se inicia nos 90 e o ritmo de crescimento se acelera durante a primeira década do século XXI. Dentre os países da OCDE, nos anos 90, somente três mostraram desempenho do PIB superior ao do gasto de saúde, contra 25 em que a saúde se destacou. Nos anos 2000, de 34 países considerados, somente em um os gastos em saúde tiveram desempenho inferior ao do produto. Nos anos de 2010, verifica-se, nos seus primeiros anos, uma mudança, com somente um terço dos países em que a performance da saúde é superior à do PIB.

Fica claro, nessa curta perspectiva histórica, que o gasto em saúde foi ganhando cada vez mais espaço – um aumento de participação no PIB entre 1970 e 2019 de quase 10 pontos percentuais -, ou seja, consolidando-se como política basilar dos Estados de Bem-Estar Social junto com a Previdência, a Trabalhista e a Educacional. Alguns exemplos ilustram bem essa manifestação da Saúde Pública como um dos principais gastos sociais: em Portugal, os gastos em saúde passaram de 1,5% do PIB, em 1970, para 7,2%, em 2006; na Espanha passaram de 2,3% para 6,1%. Evolu-

ções similares são observadas nos países da Europa Central e do Leste, membros incorporados à Comunidade Europeia e à OCDE, devido ao incremento nos padrões de vida, ainda que o crescimento seja menor dado o papel expressivo que o setor público exibiu no período de transição para economias de mercado.

Essa ascensão do gasto público em saúde no âmbito das políticas de bem-estar implicou em superar o gasto público em educação. Em 2010, os gastos em saúde nos países da OCDE se situavam entre 9,1% na Austrália e 12,0% na Holanda, desconsiderando o caso norte-americano. Já os gastos em educação se situavam entre 4,9%, observado na Itália, e 8,0% na Islândia. Essa diferença se mantém quando se considera somente o gasto público, encontrando-se entre 6,1% e 9,5% ao passo que a despesa pública em educação vai de 3,6% a 7,5%.

Concentrando a análise nos primeiros decênios dos anos 2000 e ampliando a gama de países, observa-se, de um lado, como os países sul-americanos, salvo a Colômbia, atingiram níveis de participação do gasto em saúde no PIB pouco inferiores a 10%, aproximando-se do patamar de Reino Unido, Canadá e França. Já México, Rússia e China exibem participações ao redor de 5%, ou seja, próximo ao que se observava nos anos 70 e 80 nos países da Europa ocidental. De fato, nesses últimos 20 anos a participação cresceu no gasto na China, na Colômbia, no Chile, no Brasil e na Argentina, com destaque para os três primeiros.

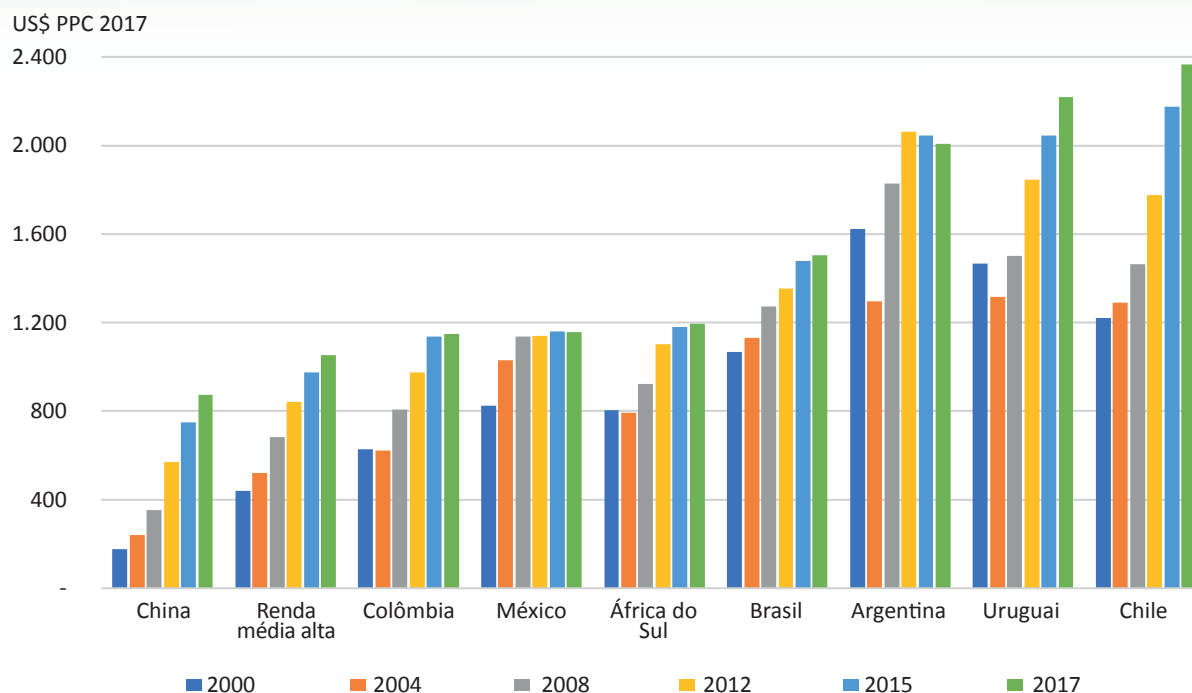
Assim, verifica-se um movimento de convergência entre países de renda média alta e países ricos quanto à participação do setor saúde no PIB, sendo que, nos países centrais, foram envidados esforços no sentido de conter o crescimento do gasto, por meio de mudanças nos arranjos do financiamento. Sobressai, nesse esforço, o crescimento do gasto via afiliação voluntária a seguros de saúde e a migração de parcela do financiamento por tributos gerais para a afiliação compulsória a seguros de saúde, seja ancorada em contribuições sociais, seja por meio dos prêmios pagos aos seguros – objeto da próxima seção.

Assim, nesse percurso histórico do gasto em saúde se observa, de um lado, um processo de convergência entre as participações dos países, com os maiores incrementos na participação ocorrendo naqueles países cujo nível inicial eram os mais inferiores; de outro, a diminuição do ritmo de crescimento do gasto e, em alguns casos, de redução do gasto quando da crise financeira não alterou, em muito, as projeções que ainda apontam para um crescimento significativo do gasto em saúde nos prazos médio e longo.

3.2. BRASIL EM PERSPECTIVA COMPARADA: O DESEMPENHO RECENTE

O gasto anual per capita em saúde no Brasil atingiu, em 2017, US\$/PPC 1.505, situando-se 34% acima da média para os países de renda média alta, mas inferior aos vizinhos Argentina e Uruguai e ao Chile. Já em relação à participação no PIB, a situação se modifica, com o Brasil ultrapassando esses países e estando mais distante da média para a dos países de renda média alta (gráfico 4). Como se observa no Gráfico 5, onde consta o gasto médio anual per capita para esses três países sul-americanos, mais a Colômbia, os outros países dos BRICS (salvo a Índia), México e o agregado de países de renda média alta, o Brasil se encontra abaixo dos três já citados e no mesmo patamar que a Rússia. Ou seja, dos 10 países e da média do agregado, ele é o quinto de maior gasto, indicando que os móveis de ampliação do gasto, no caso brasileiro, se mostram bem menos dinâmicos que em outras realidades.

Gráfico 5. Evolução do gasto anual per capita para países latino-americanos e de renda média alta selecionados – 2000, 2004, 2008, 2012, 2015 e 2017

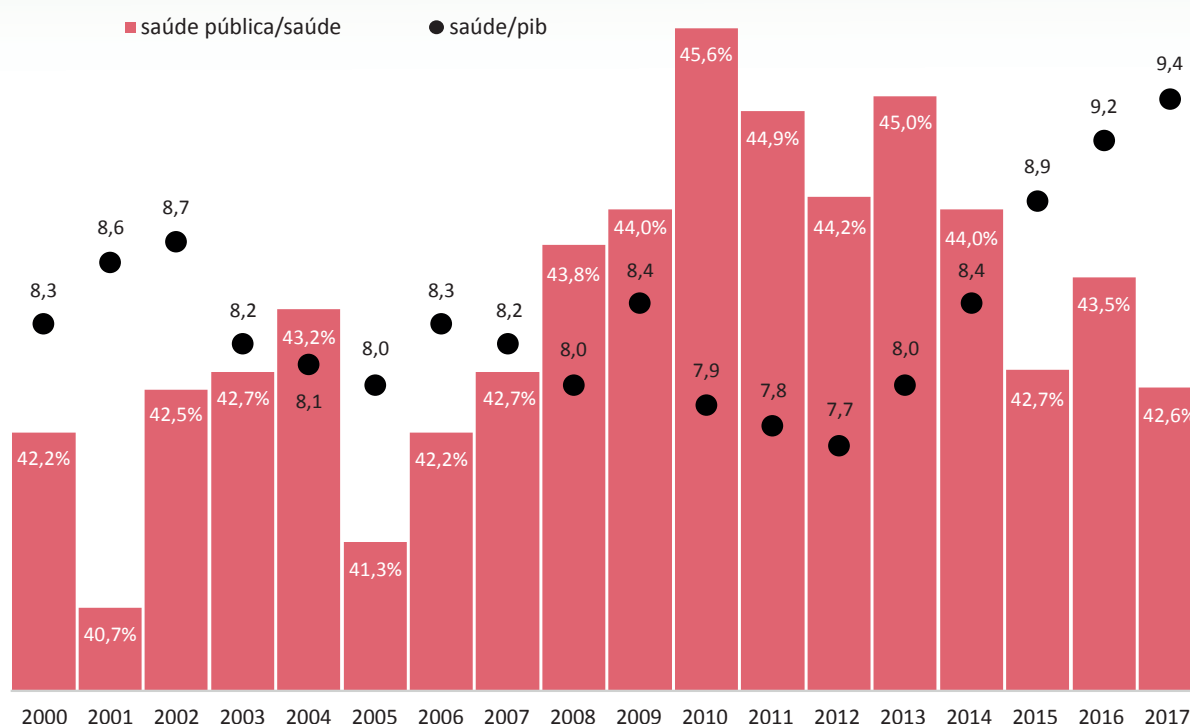


Fonte: Global Burden of Disease Collaborative Network (2020b)

Entre 2000 e 2017, a participação do gasto em saúde no PIB cresceu 1,2 pontos percentuais, com um crescimento real anual do consumo de cuidados em saúde de 1,6% ante uma taxa anual do PIB de somente 0,5% no período. Parcela do aumento da participação dos gastos em saúde decorre da queda expressiva do PIB no biênio 2015/16 e do delay que os ajustes nos consumos privado e público ao processo recessivo apresentam. No caso do gasto público, a disputa legal institucional para garantir recursos e seu crescimento foram fundamentais. De outra parte, como bem diz Santos et al. (2017), o desempenho de estados e municípios se deve em grande parte aos mínimos constitucionais, tendo sido fundamental nesse crescimento da participação do gasto.

Em termos da composição do gasto, os dados da Conta Satélite da Saúde apontam que, entre 2010 e 2017, a participação do gasto privado (famílias) em saúde teve um incremento de 1,0 ponto percentual. Segundo os dados da OCDE para um período mais extenso, 2000 a 2017, os valores mais baixos de participação do setor público se encontram nos primeiros anos da série, mostrando que o período das contas nacionais é de redução da participação do gasto público ao patamar do início dos 2000 (Gráfico 6).

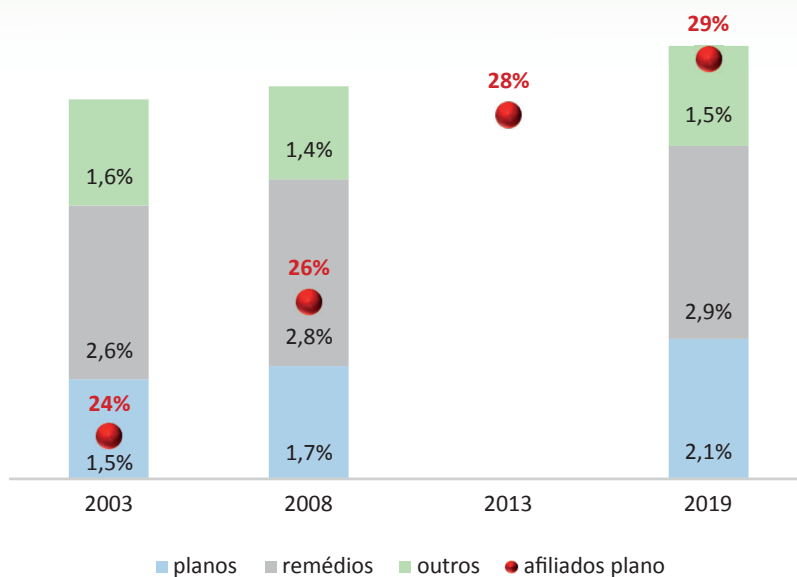
Gráfico 6. Evolução da participação da saúde no PIB e da saúde pública no gasto total em saúde – Brasil, 2000 a 2017



Fonte: IBGE (Conta Satélite da Saúde); OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

Essa participação expressiva do segmento privado se reflete no comportamento do consumo das famílias, com a população afiliada a planos de saúde crescendo, bem como os gastos das famílias com assistência à saúde, com destaque para os voltados aos planos. Efetivamente, como mostra o Gráfico 7, a população coberta por planos de saúde passou de 24% para 29% entre 2003 e 2019, com a participação dos gastos em assistência à saúde no orçamento familiar passando de 5,7% para 6,5% entre 2002/03 e 2017/18. Os gastos com planos de saúde são a rubrica que responde pela maior parte desse crescimento, uma vez que sua participação aumenta em 0,6 pontos percentuais diante dos 0,8% que os gastos em saúde tiveram de aumento no orçamento familiar.

Gráfico 7. % população afiliada a planos de saúde (2003, 2008, 2013 e 2019) e participação das despesas de saúde no orçamento das famílias (2003, 2009 e 2017)



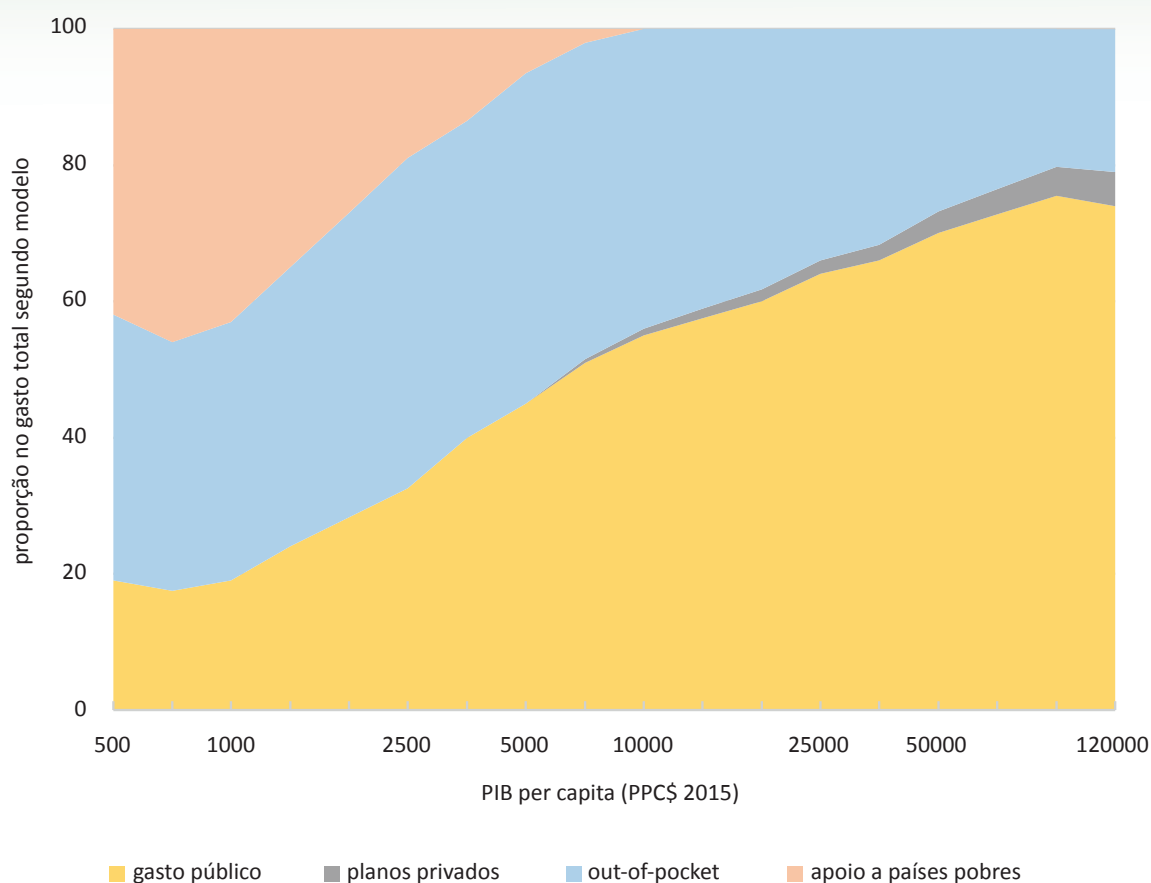
Fonte: IBGE - Suplemento Saúde PNADs 2003 e 2008, PNS 2013 e 2019; POFs 2002/03, 2008/09 e 2017/18.

Chama a atenção que a recessão 2015/16 não significou uma redução da população afiliada a planos e sim uma redução do ritmo de crescimento anterior, como se nota cotejando os desempenhos de 2003 a 2008 e de 2008 a 2013 em vista do último período, inclusive mais extenso.

3.3. PROJEÇÕES DO GASTO EM SAÚDE

Os estudos prospectivos do gasto em saúde se avolumaram em fins dos anos 2010, cabendo citar que, anteriormente, muita pesquisa foi desenvolvida sobre os efeitos demográficos, especialmente, do envelhecimento e sobre os impactos da renda, como analisado na seção 2. Essa “onda” de estimativas do futuro do gasto em saúde se deve ao crescimento continuado desse gasto, mesmo com as medidas de contenção no âmbito das consolidações fiscais. Verifica-se, como aponta Rocha et al (2019, p. 3), “uma situação de crescente tensão entre necessidades de financiamento e sustentabilidade financeira”. Esse é, inclusive o teor, de algumas projeções, quando incluem medidas de contenção dos gastos perante cenários em que os vetores do crescimento do gasto atuam sem ações mitigatórias do setor público.

As projeções se ancoram, como dito, na dinâmica dos 20 anos anteriores, assumindo, com isso, a transição do gasto em saúde da centralidade do out-of-pocket para o gasto público conforme se incrementa o gasto per capita, ou seja, o nível de renda e desenvolvimento social. Assim, tem por um pressuposto a convergência dos padrões de gasto e financiamento entre países de desenvolvimento similar. Essa associação entre nível de renda (e gasto) e composição do financiamento é ilustrada por SDG (2019) no gráfico 8 aqui reproduzido, resultado da modelagem aplicada ao desempenho de 184 países pelos autores.

Gráfico 8. Composição dos gastos em saúde por fonte segundo o PIB per capita US\$ PPC, 2014

Fonte: SDG Collaborators (2019).

Os autores mostram que esse resultado está baseado na associação positiva entre nível de renda (PIB PPP\$ per capita), o gasto per capita em saúde e a participação do setor público no financiamento (no gasto), o que não se observa com os gastos com planos de saúde, sendo o inverso no caso do gasto direto das famílias.

Nas avaliações prospectivas, como se apontou, os estudiosos empregam o desempenho anterior e, com base nele, discriminam os efeitos da idade e da renda, cujos dados, estudos e estimativas se encontram disponíveis. Com isso, apura-se qual o efeito residual, ou seja, não decorrente das mudanças demográficas e nem associadas ao crescimento da renda. Nos estudos aplicados a OCDE e aos países do BRICs, observa-se que o efeito residual responde por 46% e 40% do crescimento do gasto per capita em saúde entre 1995 e 2009, respectivamente. Nesse caso, considerou-se a elasticidade-renda do gasto igual a 0,8, sendo que com elasticidades unitárias o efeito residual ainda responde pela maior parcela do crescimento (40%) para a média dos países da OCDE e por mais de um quarto para os BRICs. No caso brasileiro, o efeito residual apurado para elasticidade-renda de 0,8 responde por 60% do crescimento médio de 4,8% do gasto per capita em saúde entre 1995 e 2009. Vale notar, ainda, que quando se considera a elasticidade unitária, a participação do resíduo no crescimento ainda se preserva bastante elevada, 54%.

Fica claro que, no caso dos países centrais, os vetores de crescimento do gasto em saúde relacionados às mudanças demográficas e ao desempenho da renda têm menor importância quando comparados aos seus efeitos em países em desenvolvimento. Pode-se considerar, desse modo,

que a maturidade das nações, tanto econômica quanto epidemiológica, também influencia nos resultados de cada um dos fatores de pressão de gastos. Por outro lado, chama a atenção o caso brasileiro, que exibe comportamento similar aos dos países de alta renda, como os vetores “residuais” respondendo por mais da metade do crescimento dos gastos em saúde.

Como dito, relacionam-se a esse resíduo outros móveis do crescimento do gasto em saúde nos países, com destaque para o comportamento altista dos preços do setor, onde fatores como os custos, a tecnologia e a produtividade são os determinantes desse comportamento. Outro fator diz respeito à institucionalidade do setor da saúde, ou seja, a relação entre estado e mercado, tanto na regulação, como na provisão, os interesses dos provedores (médicos e trabalhadores da saúde e os setores privado e filantrópico) e as escolhas políticas, especialmente no balanço entre o volume do gasto público, as fontes de financiamento e o peso dado à equidade no consumo de serviços de saúde.

Além das estimativas globais levadas a cabo pelo SDG, Sustainable Development Goals e pela OCDE, há estudos que realizaram estimativas para países específicos – notadamente os mais ricos - ou para grupos de países, como por exemplo, os BRICS. No caso do Brasil, além de estar presente nas estimativas da SDG, está contemplado nas da OCDE, por essas contemplarem os BRICS, que são objeto específico de projeções por Jakovljevic et al. (2017). Já Rocha et al. (2021) realizaram projeções para o Brasil lançando mão de modelos similares aos desenvolvidos pelas agências multilaterais.

O SDG (2017a) prognostica que o gasto em saúde como proporção do PIB passará dos 8,3%, em 2014, para 10,0%, em 2030, e 11,3%, em 2040. Ademais, projeta um crescimento, entre 2014 e 2040, da ordem de 10 pontos percentuais na participação do setor público no gasto total com saúde, insuficiente para colocar essa participação no mesmo patamar de países de renda similar e/ou sistemas de saúde pública semelhantes.

O Brasil, nessas projeções, perde posições quanto ao gasto per capita em saúde em relação a outros países subdesenvolvidos ou de renda média alta. Concretamente, pelas projeções do SDG (2017a) o gasto per capita vai crescer, entre 2014 e 2040, 2,6% ao ano ante o crescimento anual dos países de renda média alta de 5,3%. Com isso, como se pode ver no Gráfico 9, em que consta a evolução do gasto per capita em US\$ PPC de nove países subdesenvolvidos e/ou latino-americanos e da média dos países de renda média alta, o Brasil passa do quarto maior gasto, em 2019, para o a oitava posição, em 2050. Supera tão somente o México e a África do Sul, com essa última com valor bastante próximo.

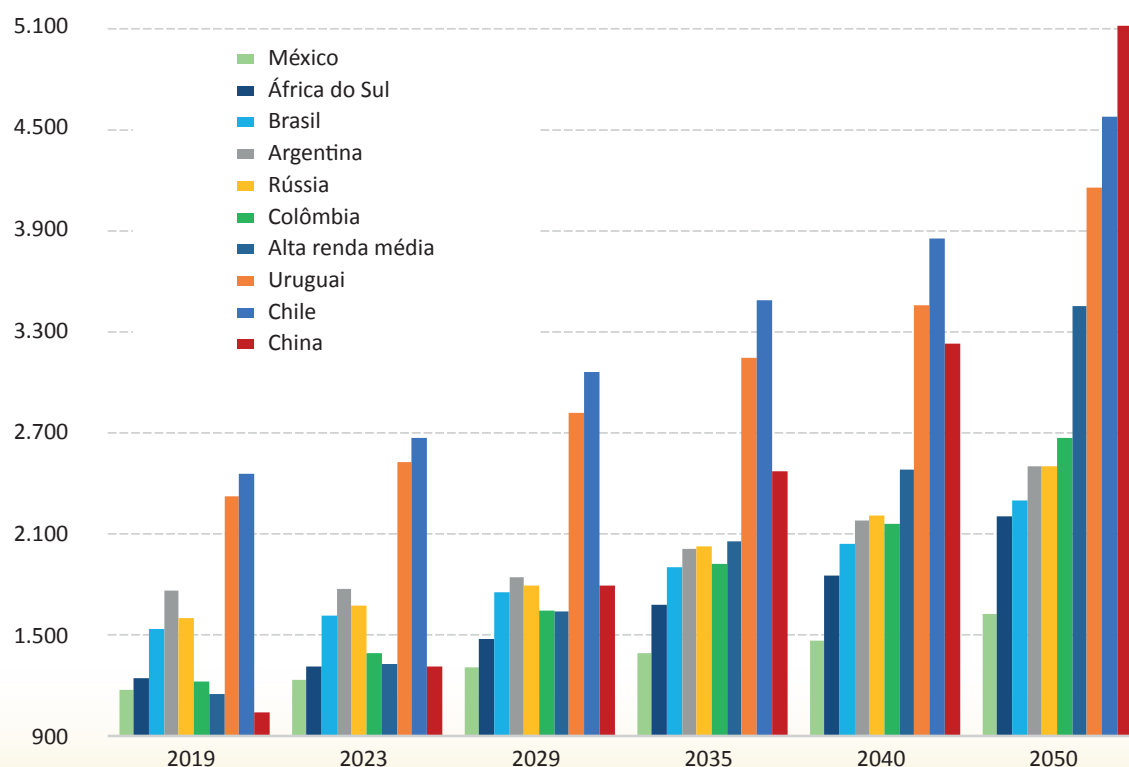
No que concerne a participação do gasto em saúde no PIB, o Brasil, com 9,6%, em 2017, superava a todos os países mencionados acima, mesmo o Uruguai, que não se encontra presente no Gráfico 9. As projeções indicam que essa posição pouco se altera, com o Chile e a África do Sul superando a participação brasileira. Esse quadro de preservação de um alto nível de participação do gasto em saúde no PIB e um crescimento relativamente modesto do gasto per capita em saúde está relacionado ao fraco desempenho da economia com que as previsões trabalham.

Jakovljevic et al. (2017) realizaram estimativas, para 2025, dos gastos totais em saúde como proporção do PIB para os países do BRICS, projetando para o Brasil uma participação de 10,5%. Essa projeção, assim como as efetuadas em SDG (2017a), guardam similaridade com as estimativas desenvolvidas por Rocha et al. (2019) Efetivamente, Rocha et al. (2019) projetam que os gastos em saúde representarão 10,2% do PIB, em 2025, e 11,7%, em 2040.

As diferenças surgem quando se trata das previsões quanto à participação do setor público no gasto em saúde. Assim, Rocha et al. (2019) estimam um crescimento menor do gasto público que os outros estudos, projetando uma participação de 42,8% da saúde pública, em 2040, ao passo que De la Maisonave e Martins (2015) preveem uma oferta pública da ordem de 46%. Tal diferença é ainda mais expressiva quando se coteja com as previsões de SDG (2017), que estimam que o setor público responderá por 56,1% dos gastos em saúde nesse mesmo ano.

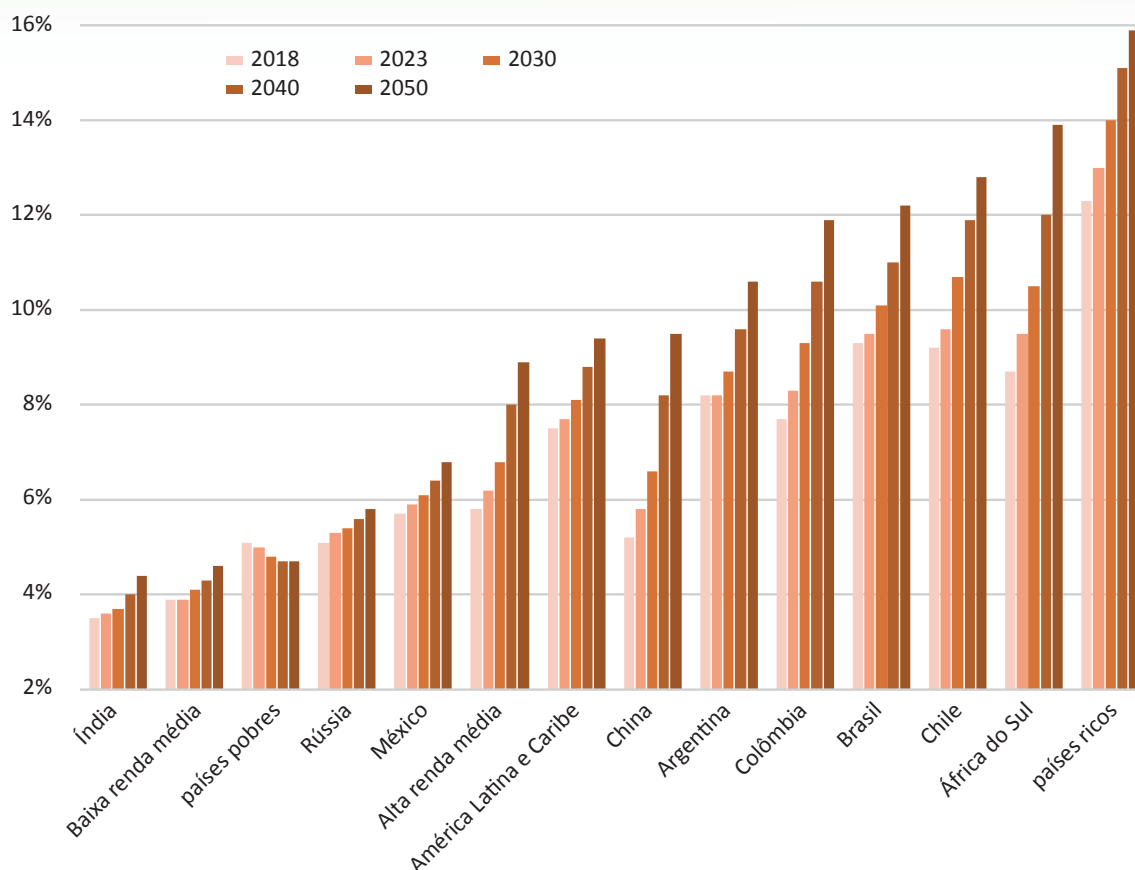
Chama a atenção o fato desses estudos não colocarem em foco a situação ímpar brasileira, que mostra um crescimento menos vigoroso do gasto e uma estabilidade na composição do financiamento. Rocha et al. (2019), em sintonia com os estudos internacionais, centram o foco na sustentabilidade fiscal do crescimento da participação dos gastos em saúde em frente ao PIB. Ora, no caso dos países ricos e de renda média alta, prognostica-se um crescimento, entre 2014 e 2040, da ordem de 2 e de 14 pontos percentuais na participação da parcela pública do financiamento à saúde, respectivamente. Assim, a previsão é que para a média dos países ricos, o setor público responda por dois terços do gasto em saúde, enquanto nos países de renda média alta essa participação alcance 71%. Considerando o Brasil, essas estimativas da SDG, indicam, para o mesmo período, um crescimento de 2,5 pontos percentuais na participação dos gastos em saúde no PIB, com o financiamento público sendo responsável por 56% do gasto em saúde. Apontando tendência similar, De la Maisonave e Martins (2015) estimam que a saúde pública, cuja participação no PIB, no período 2006/10, foi na média 3,7% atingirá à 6,8%, em 2060, um crescimento de 3,1 pontos percentuais. Já Rocha et al. (2019) chegam a resultados bem mais modestos no crescimento da participação do financiamento público na saúde com proporção do PIB, com o incremento de tão somente 1,6 pontos percentuais entre 2015 e 2060.

Gráfico 9, Gasto per capita em saúde (em US\$ paridade de poder de compra) – projeções para países selecionados



Fonte: SDG Collaborators (2019)

Gráfico 10. Projeções da participação dos gastos em saúde no PIB para países selecionados - 2018, 2023, 2030, 2040 e 2050



Fonte: OCDE.Stat, disponível em stats.oecd.org - WHO Global Health Expenditure Database, disponível em <https://apps.who.int/nha/database>.

4. O FINANCIAMENTO DO GASTO EM SAÚDE

Como se observou, há duas grandes tendências ligadas ao nível de desenvolvimento econômico dos países: o aumento do gasto em saúde no consumo e no produto e o papel preponderante do Estado no financiamento desse gasto. Tendências essas que, no caso brasileiro, são parcialmente observadas, com o gasto crescendo a taxas mais elevadas que a média dos países em desenvolvimento ou de renda média alta e a participação do público sendo inferior a do privado, onde os gastos com planos, para as classes médias altas e classe alta, e os com medicamentos, para os pobres, levam a saúde ser a quarta rubrica de gastos na pesquisa de orçamentos familiares. A regressividade fica expressa quando se coteja a parcela da renda destinada aos gastos em saúde pelos 40% mais pobres de 6,3% com a dos 10% mais ricos de 4,9%. Vale sublinhar que é nesse décimo de renda em que a maior parcela da população se encontra em domicílios com despesas com planos de saúde (70%), uma vez que no 9º décimo a cobertura se reduz para a metade da população.

Como já apontado, o gasto público direto em saúde se mostra progressivo e, inclusive, levemente pró-pobre. Na verdade, do 1º ao 8º décimo a parcela apropriada por cada um desses décimos se situa entre 9,6% e 12,7%, com redução nos dois últimos décimos para 8,4% e 4,7%. Evidente que tal perfil distributivo reduz a desigualdade de renda quando se considera esse gasto

como uma fonte de renda, sendo contrabalançada quando se incorporam os gastos privados, dada a importância desses e sua maior regressividade. O que de fato torna nosso consumo de bens e serviços de saúde regressivo, diferentemente do que se vê em países desenvolvidos com sistemas universais de saúde, é o peso do gasto privado no gasto total. Considerando ainda os gastos tributários em saúde, concentrados no topo da distribuição, e a base de financiamento do gasto público, em que predominam os tributos indiretos, tem-se que, no cômputo geral, o financiamento ao consumo de bens e serviços de assistência à saúde – privado e público – é um instrumento que reforça a concentração de renda.

Ainda que os mais ricos, cujo consumo privado é expressivo, contem com benefícios fiscais para esse consumo e que façam uso, também, da saúde pública, colocam-se críticos à qualidade da oferta pública e demandam a redução dos tributos. Ou seja, atuam para que o consumo de bens e serviços de saúde sejam satisfeitos via mercado, cabendo ao setor público focalizar seus gastos em áreas e grupos populacionais.

Em grandes números, os gastos tributários em saúde via IRPF e IRPJ totalizaram, em 2017, R\$21 bilhões, enquanto os gastos com saúde pública atingiram, nesse mesmo ano, R\$260 bilhões. Considerando que os 30% mais ricos se apropriam de quase 23% do gasto público e de todos o gasto tributário, o setor público gasta R\$1.285,71 per capita com essa parcela da população. Já os restantes 70% contariam com um gasto público em saúde de R\$1.360,05. Deve-se sublinhar que essa similaridade é altamente redistributiva dado que o diferencial de renda entre esses dois subgrupos populacionais é muito expressivo. Como se vê, o SUS é um gasto altamente redistributivo, ainda que fortemente ancorado em tributos indiretos.

Nosso esquema de financiamento da saúde pública mostra qualidades em termos de eficiência e equidade, segundo alguns estudiosos, por ter como base do financiamento, os tributos gerais e pelo financiamento e gasto serem gestados de forma federativa. O primeiro elemento implica, como já dito, em um perfil redistributivo do gasto, uma vez que tal esquema implica, grosso modo, cobertura universal e atenção uniforme. E, quanto ao desenho federativo, consideram-se tanto as possibilidades redistributivas (recursos proporcionais a população possibilidade a desconcentração territorial) como na eficiência do sistema, notadamente no controle dos custos e gastos.

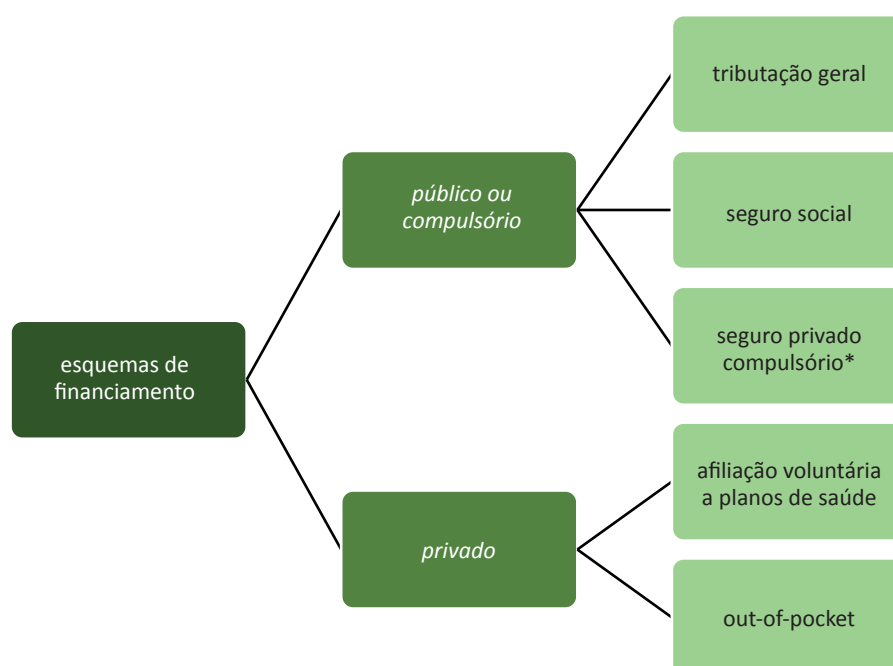
4.1. ESQUEMAS DE FINANCIAMENTO

A elaboração do Sistema de Contas da Saúde, conforme a metodologia desenvolvida pela OCDE em parceria com a Eurostat e OMS, permite mapear os fluxos financeiros relacionados aos diferentes esquemas de financiamento dos sistemas de saúde. Além da dimensão do financiamento, a conta SHA (sigla em inglês para System of Health Accounts) abrange a provisão e o consumo, o que sintetiza de onde vem o dinheiro, quem gerencia/administra, quem provê a assistência à saúde e que bens e serviços são consumidos.

Pode-se sintetizar, segundo a conta SHA, os esquemas de financiamento em dois grandes ramos: i) as políticas de governo para a assistência à saúde, onde o financiamento pode ser via tributação geral ou via afiliação a seguros – social ou privados – com aporte público; ii) o gasto privado das famílias, seja via afiliação voluntária a planos de saúde, seja via gasto direto com bens e serviços de saúde. No diagrama abaixo, resumimos os esquemas de financiamento, tendo claro que eles se combinam de diferentes maneiras, tendo, inclusive, países em que se conta com todas essas formas de financiamento. Como já apontado, uma das tendências obser-

vadas com o desenvolvimento dos países é o fato de que os esquemas públicos de financiamento se tornam a fonte predominante. Efetivamente, os países de renda alta têm no financiamento pelas políticas públicas o componente principal, com os gastos privados situando-se abaixo de um quarto do gasto total. A diferença entre eles é o peso dado ao financiamento via tributação geral e via seguro social, ou seja, contribuições compulsórias de empregados e empregadores a fundo destinado aos gastos em saúde. Verdade que, alguns países, contam, também, com o esquema de financiamento através da obrigatoriedade de se afiliar a seguros privados de saúde, contando com o apoio fiscal do Estado. Nesse particular, vale citar os casos estado-unidense (Obamacare), e da Holanda, que migrou do seguro social para esquemas de afiliação compulsória aos seguros privados.

Figura 2. Esquemas de Financiamento do Gasto em Saúde



Fonte: Elaboração a partir de OECD, Eurostat and World Health Organization (2017).

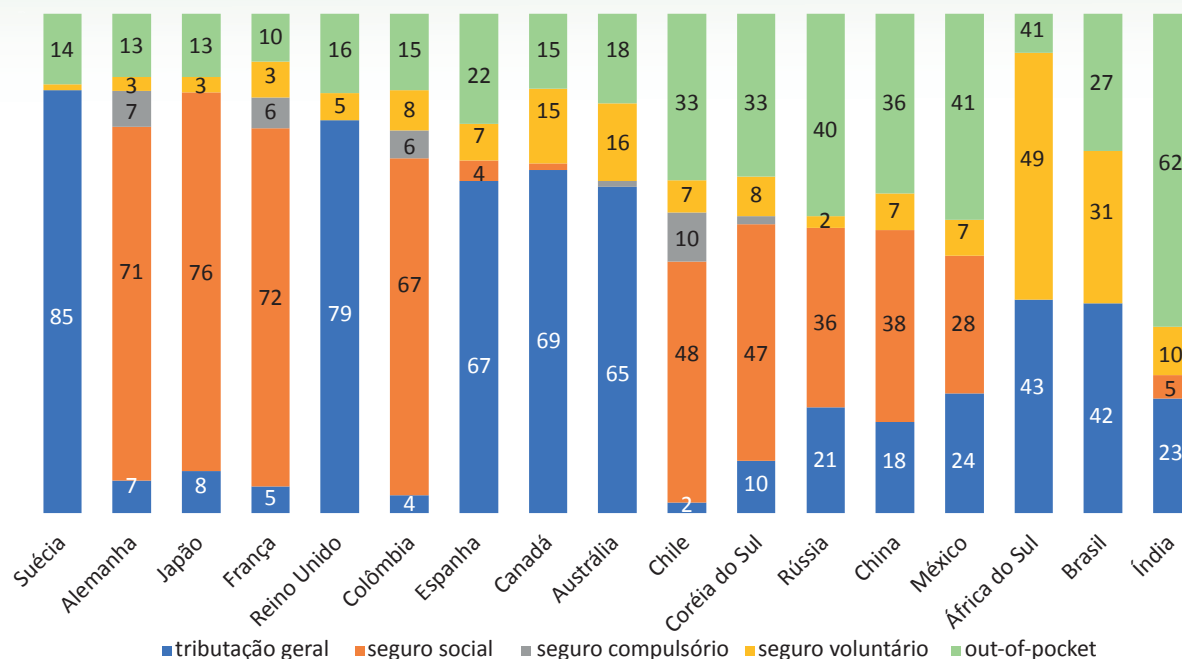
Em levantamento realizado por Andrade et al. (2018) dos sistemas de saúde em oito países, cinco de renda alta (Austrália, Alemanha, Estados Unidos, Holanda e Reino Unido) e três sul-americanos (Chile, Colômbia e Uruguai), verifica-se uma heterogeneidade de arranjos, sendo que o setor público tem um papel central no financiamento em todos eles. Reino Unido e Austrália contam com sistemas públicos de cobertura nacional e atenção integral, com a afiliação voluntária aos planos privados se destinando a cobrir procedimentos eletivos e serviços não cobertos, bem como maior agilidade na realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Vale notar que, nos dois casos, a principal fonte são os tributos gerais, contando, no caso inglês, com aporte de contribuições sobre a folha ou sobre a renda. Inscreve-se, nesse grupo, o Canadá, cujo sistema público tem cobertura universal, sendo gerenciado por estados e municípios que, por meio de seus próprios sistemas de seguro financiados pelos seus tributos, provêm assistência à saúde. Do mesmo modo, o pilar privado dos seguros comparece de forma complementar para atendimento de bens e serviços não cobertos pelo setor público. Vale notar que no Canadá e, em menor grau, na Austrália, é expressiva a afiliação a planos privados de saúde, atingindo a dois

terços e metade das populações, respectivamente. Em patamar bastante inferior se tem o Reino Unido, cuja cobertura dos planos privados atinge a tão somente 11%.

No caso alemão, o sistema público se destina à população com renda inferior a €4.237,50 (valores de 2012), sendo financiado, principalmente, pelas contribuições de empregados e empregadores e, em menor grau, por tributos gerais. Com desenho relativamente similar, tem-se a França, com sistema universal e financiado, principalmente, por contribuições de empregados e empregadores e, em menor grau, pelo imposto de renda e pelos impostos sobre o consumo de determinados bens. Os planos de saúde de afiliação voluntária têm caráter complementar e representam 13,5% do gasto total em saúde.

A Holanda, como dito, realizou reformas em seu sistema de saúde, notadamente no esquema de financiamento, ao migrar do seguro social para a afiliação obrigatória a seguros privados subsidiados e regulados pelo governo. A contribuição é fixa e relativa à renda do trabalho, com o governo concedendo créditos tributários compensatórios à população de baixa renda. É usual a aquisição de seguro privado de saúde de modo a adquirir cobertura para serviços não cobertos pelo plano obrigatório.

O gráfico 11, que apresenta para países selecionados a composição do financiamento do gasto em saúde, ilustra os diferentes esquemas de financiamento que os países adotam, descritos acima sumariamente. Os países estão ordenados de maneira decrescente pela participação do financiamento público (tributos gerais, seguro social e seguro compulsório), com o Brasil se posicionando na penúltima posição, com participação do setor público só superior ao que se observa na Índia. Efetivamente, os países de alta renda com sistemas universais e de tributação geral, como Suécia, Reino Unido, Espanha, Canadá e Austrália, situam-se entre os quais o financiamento supera a dois terços do gasto total. Em patamar semelhante, encontram-se aqueles que o financiamento tem por principal pilar o seguro social, como Alemanha, Japão e França, com participação superior a 70%. Nos países em desenvolvimento, latino-americanos e dos BRICs, predomina, naqueles com maior participação do financiamento público, o pilar do seguro social, com destaque para os casos da Colômbia e do Chile, no primeiro grupo, e da Rússia e da China, no segundo.

Gráfico 11. Composição do financiamento ao gasto em saúde para países selecionados - 2017

Fonte: OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

No que concerne à relação entre o tipo predominante de financiamento público, se via tributos gerais ou por meio do seguro social, e a participação do gasto em saúde no PIB, os dados indicam que não há uma clara associação. Chama a atenção, todavia, que Alemanha e França são, entre os principais países europeus, os que apresentam os maiores valores de participação da saúde no PIB, enquanto Reino Unido e, em menor grau, a Suécia se encontram em patamar inferior.

Evans (2002) é claro ao afirmar que “a proporção do gasto em saúde financiado por tributos gerais é forte e positivamente correlacionada com a progressividade do gasto total em saúde”. Aponta, ainda, que os esquemas de financiamento via seguro social podem ser tanto progressivos como regressivos, a depender dos seus desenhos e políticas. Afirma, assim, que o incremento dos copagamentos na Suécia e na Alemanha, a introdução de instituições sem fins lucrativos com incentivos fiscais na França e a expansão de oportunidades para a oferta privada aumentam a regressividade do financiamento.

Vale notar que em países que contam com tributos diretos marcadamente progressivos, como os Estados Unidos, a Suíça, a Holanda e a Alemanha, contam menos com o financiamento via tributos gerais para o gasto público em saúde. De outra parte, países com tributos diretos menos progressivos contam com sistemas públicos de saúde expressivos e altamente progressivos.

Ademais, no financiamento via tributos gerais, a composição da carga tributária, ou seja, o mix entre indiretos e diretos se reflete no grau de progressividade do financiamento e, portanto, do gasto. Os tributos indiretos sobre o consumo apresentam uma importância significativa nos países nórdicos com sistemas públicos universais.

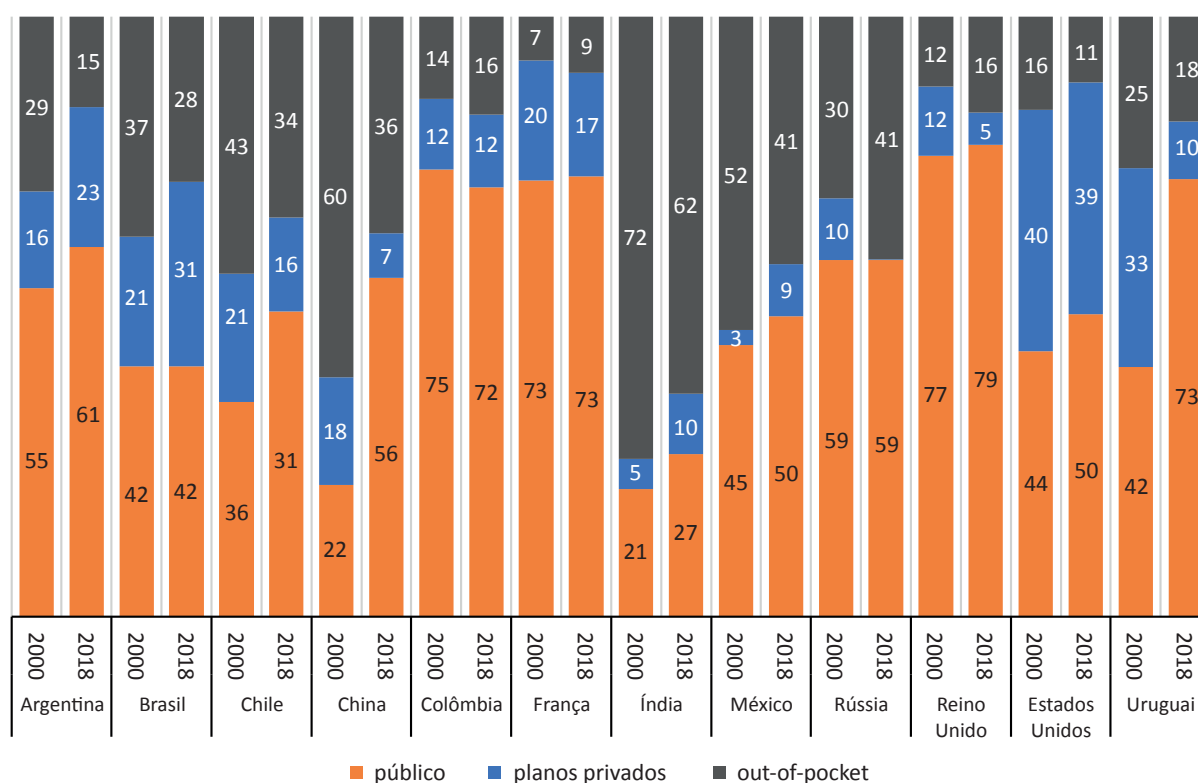
No caso brasileiro, como já se apontou, os tributos indiretos respondem por quase dois terços do financiamento da saúde pública, o que implica em um financiamento regressivo. Há, no

entanto, que ponderar, por um lado, que em um país de renda média com alta desigualdade a renda como base tributária é relativamente limitada, empregando-se, então, para o financiamento das políticas sociais, a tributação sobre o consumo. Por outro lado, como bem se apontou acima, a tributação sobre o consumo é fonte importante no financiamento da saúde pública nos países desenvolvidos e com sistemas universais.

No Brasil, assim como na África do Sul, destacam-se os gastos via planos de saúde, bem como uma participação mais significativa do financiamento por tributos gerais ante outros países sub-desenvolvidos. Como os gastos privados via planos ou realizados diretamente pelas famílias têm uma prevalência muito regressiva, sua importância no país mitiga todos os ganhos distributivos do SUS, como já analisado anteriormente.

O gráfico 12 permite que se identifique aqueles países cujos esquemas de financiamento se modificaram e em que direção. Observa-se, entre os países sul-americanos, o aumento da participação da parcela do setor público, entre 2000 e 2018, na Argentina, no Chile e no Uruguai, ficando estável no Brasil e na Colômbia, cujo peso é 30% superior ao Brasil. Esse movimento de crescimento da participação do setor público é, também, observado na China – com um aumento muito expressivo –, na Índia e no México, ao passo que na Rússia a presença do financiamento público não se altera. Já entre os países desenvolvidos selecionados – França, Reino Unido e Estados Unidos – não se verificam alterações.

Gráfico 12. Evolução da composição das fontes de financiamento do gasto em saúde para países selecionados – 2000 e 2018



Fonte: WHO (World Health Organization) - Global Health Expenditure Database (GHED), disponível em <https://apps.who.int/nha/database>.

4.2. O PÚBLICO E O PRIVADO: TENDÊNCIAS E TENSÕES

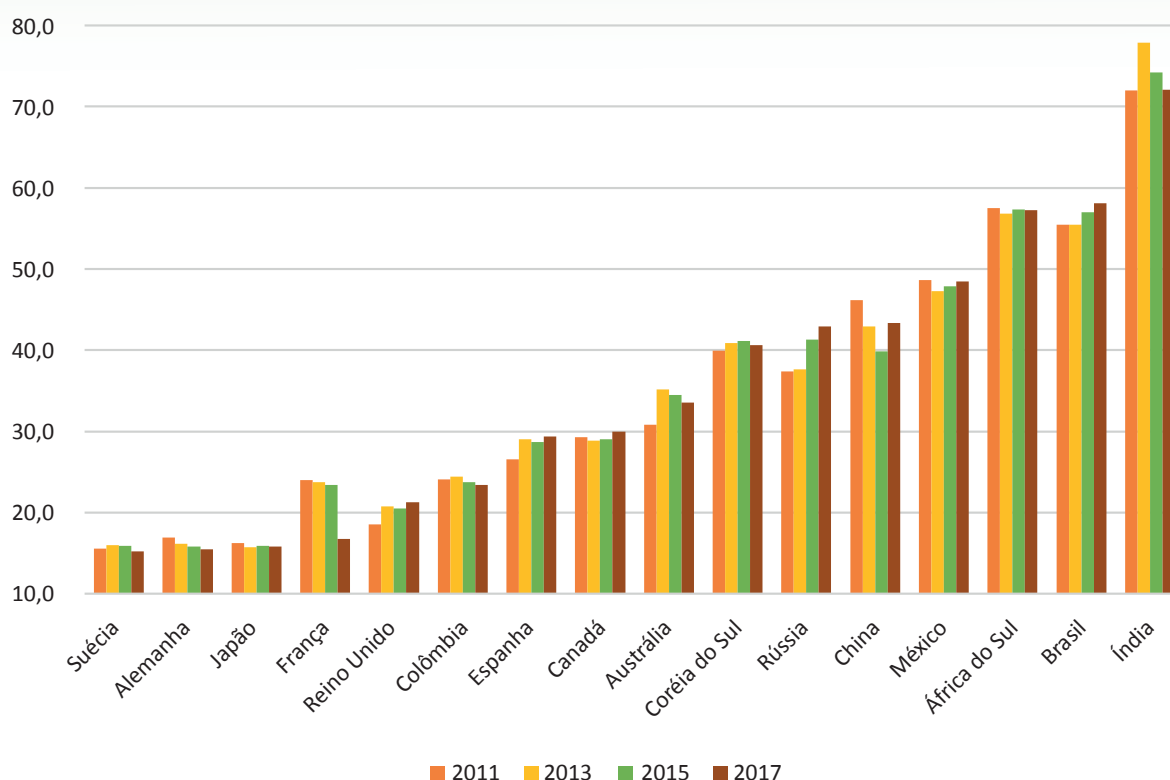
A promoção do consumo privado e as alterações na composição de financiamento se inscrevem entre as estratégias para a contenção do gasto público em saúde a que se assiste no período recente, desenvolvidas no âmbito das consolidações fiscais, mas, também, como recurso ao crescimento expressivo desse gasto. No caso dos gastos privados, ou seja, da aquisição voluntária de planos de saúde e dos gastos diretos das famílias, não se verificaram mudanças expressivas na última década, como mostra o Gráfico 13. Como se pode notar, a participação desses gastos em cada país pouco se alterou e quando ocorreu foi de pequena envergadura e sem uma direção clara para o conjunto dos países. De toda sorte, houve incrementos da ordem de três pontos percentuais na participação do gasto privado no gasto total em saúde no Reino Unido, na Espanha e na Austrália, passando a responder por entre um quarto e um terço. Suécia, Alemanha, Japão e França exibem gasto privado inferior a 20% do gasto total, sem alterações, salvo no caso francês em que há, inclusive, uma queda em sua parcela.

Já os países em desenvolvimento e/ou latino-americanos exibem uma participação do setor privado no gasto em saúde superior a 40%, salvo a Colômbia. Destacam-se o México, a África do Sul e o Brasil com participações entre 48,5% e 58,1%. E, nesse grupo, o Brasil é aquele em que essa participação teve incremento próximo a três pontos percentuais, com a Rússia exibindo crescimento similar.

As estratégias de promoção do gasto privado passam tanto por ações que levam à contratação de coberturas adicionais a do sistema público ou a implantação da obrigatoriedade de contratação de planos privados, como pelo apoio fiscal para essa afiliação compulsória ou por meio de benefícios tributários ao consumo de bens e serviços privados em saúde. Tais estratégias implicam o afastamento do setor público da relação com os provedores, não havendo responsabilidade explícita com custos e a provisão dos cuidados, diferentemente dos esquemas que privilegiam o gasto público financiado por tributos gerais.

A ausência de informações internacionais compatíveis, referentes aos gastos tributários dificulta a análise mais detalhada desse movimento de promoção do setor privado via benefícios fiscais. De toda sorte, assistiu-se a um aumento do gasto tributário associado ao gasto em saúde, observando-se, como será apontado, uma reação a esse instrumento na discussão da política tributária. Assim, não se tem clareza sobre qual tendência vai predominar: a de migrar o gasto direto para o tributário em saúde ou a redução desses benefícios em sintonia com a crítica tecnopolítica de sua baixa eficiência.

Gráfico 13. Evolução da participação dos gastos voluntários com seguros de saúde e out-of-pocket no total dos gastos em saúde em países selecionados, 2011-2013-2015-2017



Fonte: OCDE.Stats, disponível em stats.oecd.org.

No caso brasileiro, a interação público e privado, tendo em conta a magnitude do gasto privado, tem resultados que afetam tanto o sistema como um todo, como sua parcela pública, além de reforçar a desigualdade. Efetivamente, como dito por Andrade et al. (2018, p. 376), a primeira consequência do mix privado-público no sistema de saúde brasileiro “é a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, na medida em que os indivíduos com cobertura privada possuem dupla forma de acesso”. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, 20% da população afiliada a planos de saúde se utilizam dos bens e serviços ofertados pelo SUS, com destaque para os serviços de alta complexidade, a vacinação e os serviços de emergência. De outra parte, observa-se entre a população não coberta por planos, gastos diretos com o setor privado, notadamente com exames laboratoriais (23%), consultas odontológicas (50%) e consultas com outros profissionais de saúde (20%).

A segmentação dos cuidados de saúde entre os dois setores é a outra característica do sistema de saúde brasileiro, com o setor privado nas ações curativas, voltado a atender a demanda espontânea, enquanto o setor público volta sua atenção à prevenção e, portanto, à atenção primária. Assim, enquanto a porta de entrada no sistema privado é a clínica ou consultório, na maior parte das vezes de especialistas, no setor público ela se consubstancia na atenção primária.

Por fim, no modelo misto do sistema de saúde brasileiro, os provedores privados, que muitas vezes, atuam, também, no setor público direcionam as demandas de modo a potencializar seus ganhos. Assim, pode-se encaminhar os procedimentos mais custosos ao SUS, enquanto os menos complexos e de menor custo serão realizados privadamente. Isso porque os indivíduos afiliados a planos de cobertura restrita ou em que os procedimentos são de qualidade inferior,

ou que implicam copagamentos que pressionam no orçamento familiar, são impelidos para o SUS. E, pelo lado da oferta, a presença do SUS e o fato do setor privado (profissionais e empresas) atuar tanto como prestador do setor público como “produtor” privado permite restringir o provimento a determinados procedimentos, impelindo o uso do SUS. “Em algumas localidades, o setor privado funciona como porta de entrada para o setor público. Essa situação ocorre particularmente em regiões em que a rede privada é mais restrita, com predomínio da oferta dos serviços de saúde do SUS.” (Andrade et al., 2018, p. 376).

Como bem aponta Evans (2002) o apoio aos sistemas públicos de saúde, notadamente, os financiados por tributos gerais, depende da credibilidade do sistema em atender as necessidades de serviços de saúde. Evidentemente, os ricos e saudáveis buscam se desvincular do financiamento público, preferindo que a saúde seja tratada como um bem privado e, portanto, de responsabilidade de cada um. Eles contam com recursos para atender suas necessidades de saúde e, por isso, não desejam financiar solidariamente o consumo daqueles que não contam com os recursos necessários para atender suas necessidades. Assim, pobres e doentes se opõem ao financiamento privado, dado que tais gastos podem ser demasiados pesados, levando famílias a situações de grande vulnerabilidade. O fio da balança são as classes médias, para as quais o preço da solidariedade social – diferença entre o que pagam e o que recebem – é em média bem inferior ao dos ricos. No entanto, caso o sistema não atenda às necessidades em saúde com qualidade, elas vão procurar em outro lugar – na afiliação a planos de saúde por exemplo.

No caso brasileiro há claramente uma fratura no sistema de saúde, com o segmento privado atendendo aos ricos e à classe média tradicional, voltado para a assistência médica e com quebras de cobertura nas doenças crônicas. De outro lado, o SUS, subfinanciado, com ênfase nas prestações médico-assistenciais, voltado para os pobres. Como bem aponta Costa, Noronha & Noronha (2015, p. 28), “o padrão de desempenho econômico desses setores de mercado aliado à precariedade da assistência à saúde oferecida pelo SUS ressalta, numa sociedade cujo ideário político e de direitos é manipulado pelas classes dominantes, o caráter de que os serviços públicos são e serão sempre de baixa qualidade: o mercado é o garantidor da qualidade em assistência médica.”

Cardoso (2020, p. 44-45), analisando as manifestações de 2013, aponta: um dos elementos galvanizadores da vontade de agir foi a “frustração das expectativas em relação às promessas do que denomino ‘mercantilização da vida coletiva’. A maior parte da população, que se encontra à margem dos serviços públicos mercantilizados – educação e saúde em especial - considera que melhorar de vida é ter a chance de adquirir no mercado aqueles bens e serviços em que a oferta pública se apresenta insuficiente e de baixa qualidade. Como bem aponta o autor, “o principal demérito do projeto petista foi negar aos mais pobres que ascenderam a posições de classe média a oportunidade de sonhar um sonho menos mesquinho (...). A luta por acesso ao ‘direito ao consumo’ nada mais é do que a restrição das aspirações e projetos de vida aos limites estreitos das escolhas e opções disponíveis no mercado. Assim, “os impulsos emancipatórios estarão confinados nos limites da sociedade de mercado”.

4.3. O CASO BRASILEIRO: SUBFINANCIAMENTO, DESIGUALDADE NO ACESSO E CRESCIMENTO DOS GASTOS REGRESSIVOS

Pelas projeções, o grande problema do sistema de saúde brasileiro, que é o subfinanciamento do segmento público, não vai ser equacionado. Isto é, preservar-se-á uma participação pouco

expressiva do gasto público no gasto total considerando o nível que os dispêndios apresentaram em frente ao PIB. Assim, as projeções mostram que o Brasil vai se afastar ainda mais da transição que se observa na evolução do gasto em saúde conforme se avança na renda: o incremento de sua participação no PIB está associado ao crescimento do pilar público, que se torna predominante, com redução dos gastos diretos e aumento moderado da participação dos gastos com planos de saúde voluntários. Ou seja, vai se reforçar o caráter misto do sistema de saúde com os segmentos público e privado tendo importância similar.

Caso se confirmem as projeções, as consequências desse desenho do sistema de saúde brasileiro, apontadas acima, irão se preservar, com destaque para a desigualdade no acesso e a iniquidade do financiamento. No caso do gasto privado das famílias, cujas informações são coletadas pelas Pesquisas de Orçamentos Familiares, mostram um crescimento de sua participação no orçamento das famílias, passando de 5,7%, em 2002/03 para 6,5%, em 2017/18. A rubrica de gasto em assistência à saúde reforça a concentração das despesas de consumo e, caso se considere somente as despesas com planos de saúde, o perfil concentrado desse gasto é superior inclusive ao da renda.

Efetivamente, em 2017/18, enquanto a parcela dos 50% mais pobres no gasto total com planos de saúde era de tão somente 6%, o décimo mais rico respondia por 57% desse gasto. Já para o total dos gastos em saúde, essas participações foram de 18% e 37%, respectivamente. Assim, o peso e o perfil do gasto privado no consumo de bens e serviços de saúde implicam na desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

De outra parte, como já dito, os ricos e a classe média tradicional fazem, também, uso do SUS não só em vacinações e em atendimentos de emergência, mas também de outros serviços e procedimentos do sistema. Efetivamente, segundo estimativas de Silveira e Passos (2017), em 2008/09, os 20% mais ricos se apropriavam de 9,3% dos gastos públicos com internações e 10,7% dos procedimentos ambulatoriais, chegando a 16,2% para medicamentos. Esse perfil de incidência é bastante redistributivo, sendo que entre os gastos públicos monetários (previdência, assistência e emprego) e em espécie (educação e saúde) examinados pelos autores, a saúde pública é o gasto social com maior contribuição marginal para a queda da desigualdade. De toda sorte, a dupla entrada no sistema de saúde dos afiliados a planos implica que a regressividade do gasto privado não é compensada pela progressividade do gasto público. Empregando os dados da POF 2017/18 e as estimativas de distribuição do gasto público por Silveira (2012), para 2008, e considerando, ainda, a composição do gasto total entre público e privado pelas Contas da Saúde (IBGE) em 2017, tem-se que os 50% mais pobres dependem 34% do gasto total em saúde, enquanto os 10% mais ricos se apropriam de 23% desse gasto.

Como se verificou, os efeitos concentradores do mix público-privado devem se avolumar uma vez que o gasto em saúde vem crescendo, ampliando sua participação no orçamento e se consolidando como quarta rubrica de despesas, atrás de habitação, transporte e alimentação.

A desigualdade no acesso, a fragmentação dos cuidados de saúde e a demanda por serviços do SUS impulsionada por provedores privados, consequências apontadas por Andrade et al. (2018) decorrentes da forma como a interação público-privado se desenvolve no sistema de saúde brasileiro, continuarão presentes. Ou seja, caso não sejam tomadas medidas que alterem a composição do gasto em saúde no Brasil, a segmentação da população se preservará com aqueles afiliados aos seguros privados de saúde contando com melhor oferta de serviços e, para alguns dos cuidados, utilizando o sistema público. De outro lado, a fragmentação nos cuidados ocorre

com o setor público voltado ao provimento do cuidado por meio de redes integradas, iniciando-se pela atenção primária e, de modo integrado, dirigindo-se para a atenção especializada, enquanto no setor privado, a oferta é voltada às ações curativas e aos cuidados especializados. Tem-se, como apontam vários autores, portas de entrada distintas entre os setores: no segmento privado, os consultórios/clínicas médicas particulares, em grande medida, especializadas; no público, pela atenção primária.

Por fim, a preservação da dupla afiliação dos segurados privados e a presença dos provedores privados na oferta pública significará a continuidade da estratégia dos provedores privados em direcionar parcela das demandas para o setor público, concentrando-se naquelas que o custo-benefício é maior.

Os espaços redistributivos, considerando que o gasto privado das famílias crescerá e que o gasto público não ampliará significativamente sua parcela, situam-se na revisão dos gastos tributários e na alteração no perfil de financiamento. Ambas as medidas, ou seja, redução dos benefícios fiscais e mudanças no sistema tributário, destacando-se a harmonização e ampliação da base de incidência dos tributos indiretos e o aumento da incidência do IRPF sobre as altas rendas e os rendimentos do capital, vêm reduzir fontes de iniquidade no gasto e no financiamento.

4.4. AS TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS NOS SISTEMAS TRIBUTÁRIOS: IMPACTOS NA SAÚDE

Orair e Gobetti (2018) destacam as principais tendências internacionais no campo da tributação em curso no século XXI e que repercutem no financiamento à saúde. Essas tendências buscam, de um lado, aprimorar o sistema tributário com vistas à maior eficiência econômica, à simplicidade e à transparência nas regras e no desenho do sistema, bem como obter ganhos redistributivos. De outro, garantir que a arrecadação seja preservada, isto é, que os efeitos das transformações na economia em termos de produtos, tecnologia e mercado de trabalho sobre as bases de incidência dos tributos sejam mitigados com alterações na cesta, na composição e nos tipos de tributos.

A homogeneização e a ampliação da tributação sobre bens e serviços, isto é, do Imposto Sobre Valor Agregado (IVA) é uma das principais tendências. Concretamente, a conceituação ampla da base de incidência busca lidar com a economia digital e seus bens intangíveis e os desafios da tributação sobre o setor financeiro, e o emprego de poucas alíquotas (ou mesmo uma), reduzindo, assim, incidências diferenciadas ou isenções. Vale dizer que mudanças nessa direção se encontram presentes nas propostas de mudança constitucional em análise no Congresso Nacional.

A redução na aplicação de benefícios fiscais com vistas a induzir o investimento e a produção/consumo é outra importante tendência que afeta o financiamento à saúde. Esse movimento em reduzir tais benefícios se ancora em estudos empíricos e teóricos que indicam sua baixa eficácia. Ademais, como bem assinalam os autores, tal instrumento tem apresentado efeitos concentradores da renda. No caso brasileiro, como apontado, os benefícios tributários responderam, em 2019, por 4,1% do PIB, estendendo-se por todos os tributos, atividades e agentes. No caso da saúde, esses benefícios se fazem presentes via deduções de gastos em saúde do Imposto de Renda, por meio da concessão de alíquotas diferenciadas para medicamentos e da isenção de tributos para as entidades filantrópicas.

A terceira tendência é o “gradual esgotamento dos modelos baseados na tributação sobre folha salarial” (Orair & Gobetti, 2018, p. 219), devido tanto ao novo cenário nas relações de trabalho

com o crescimento de modalidades flexíveis de contratação, como pelos efeitos sobre a competitividade nos mercados internacionais. Aqui se tem um dos maiores desafios ao financiamento da saúde para aqueles países que tem, como base do financiamento à saúde, o seguro social ou a afiliação obrigatória a planos privados. Em ambos os casos, a contribuição se fundamenta nas relações salariais e o salário é empregado como a base de incidência e ou do subsídio. E mesmo em países que tem como pilar principal o gasto público em saúde financiado por tributos gerais tem sua base de arrecadação afetada com as mudanças no mercado de trabalho.

Por fim, os autores apontam a tendência de redução da tributação incidente sobre as empresas em resposta ao planejamento e à arbitragem tributária das grandes corporações. Facilitadas pela “crescente mobilidade dos capitais”, pelos paraísos fiscais, pela guerra fiscal entre países e pela “flexibilidade dos novos arranjos produtivos”. Vale notar que, por outro lado, a tributação sobre os rendimentos do capital recebidos pelas pessoas físicas passa a ser considerada fundamental para combater a desigualdade crescente da renda, sendo revista a visão de que esse instrumento distributivo atuava contra o investimento e o crescimento.

Tais tendências se fazem presentes nas mudanças que vêm sendo processadas nos sistemas tributários dos países centrais, em que, ademais, o problema do baixo crescimento é ponto central dessas reformas. Assim, a redução dos tributos sobre a renda do trabalho e do lucro das empresas, com vistas a estimular o consumo e o investimento, vem sendo aplicada em vários países em resposta às crises de 2008 e 2013. Associadas a esse movimento de redução da tributação se observam medidas de ampliação da base tributária, “sobretudo aquelas destinadas a proteger as bases domésticas” (Orair & Gobetti, 2018, p. 220), e o aumento da tributação sobre a renda dos mais ricos, com ampliação de alíquotas e eliminação de benefícios tributários sobre as rendas do capital percebidas pelas pessoas físicas.

No caso da tributação indireta se observam aumentos nos tributos sobre consumo como forma de mitigar as reduções na tributação sobre a renda do trabalho e do lucro das empresas, onde se insere, também, a ampliação dos tributos ambientais e a majoração das alíquotas. Além disso, há um movimento de ampliação e uniformização da base de incidência, com atenção, como dito, para os serviços da economia digital do setor financeiro.

Não se verificam nas reformas recentes mudanças na tributação patrimonial, mostrando que no caso dessa base suas potencialidades arrecadatórias não têm sido exploradas. No caso brasileiro, é evidente tanto o potencial arrecadatório com mudanças, notadamente, no IPTU, como em termos de equidade com maior progressividade por meio da ampliação das alíquotas, atualização das plantas de valores e redução de isenções e benefícios.

Como já exposto, o financiamento à saúde pública no Brasil tem por base uma miríade de tributos, onde os indiretos têm um peso maior, ou seja, em sintonia com a composição da carga tributária. Assim, é claro que todo o gasto social tem um financiamento regressivo, em menor grau na previdência social, dado o peso das contribuições de empregados e empregadores.

Soma-se ao perfil regressivo do financiamento do gasto público o seu caráter pró-cíclico e gerador de desincentivos à produção e ao investimento. Esse arcabouço tributário e as mudanças operadas nos últimos 20 anos, permitiram a geração de superávits primários durante 15 anos e um aumento de quase cinco pontos percentuais na participação no PIB do gasto social público federal, entre 2000 e 2015. Atualmente muito se debate sobre a necessidade de uma reforma tributária que torne nosso sistema menos disfuncional, notadamente os tributos indiretos, e que equacione as dificuldades em se preservar o financiamento do sistema público de

proteção social quando as mudanças no mercado de trabalho vêm corroendo sua principal base tributária: a folha.

Quanto às mudanças na tributação indireta, com a simplificação de suas regras por meio da unificação ou modulação dos tributos indiretos, bem como a ampliação de sua base de incidência, a redução ou extinção de isenções ou deduções e a aplicação do princípio do destino há relativo consenso.

O consenso não se faz presente nas propostas de ampliação da incidência do imposto de renda das pessoas, com a contrapartida de redução das alíquotas legais do IRPJ/CSLL, o que passa, necessariamente, pela revisão tanto de benefícios e alíquotas como dos regimes simplificados, buscando mitigar a dinâmica de pejetização e a baixa incidência sobre o topo da distribuição.

As resistências e dissensos em relação a uma reforma tributária perpassam diversos setores e grupos de interesses que terão perdas se as mudanças tiverem a tônica internacional. Assim, há bloqueios, pelos mais e menos conservadores, tanto na direção de uma reforma tributária que reduza a carga dos tributos indiretos, como na de uma que amplie a tributação sobre a renda da pessoa física e sobre a riqueza. Os argumentos evocados são que, dados o nível de renda, o grau de informalidade e a necessidade de atração de capitais/poupanças, não parece salutar alterar significativamente a composição da carga, devendo a reforma se concentrar em dois problemas: o caráter disfuncional dos tributos indiretos e a heterogeneidade de tratamento das contribuições sobre salários e rendimentos para o financiamento previdenciário. Ou seja, defendem a harmonização da tributação indireta, com base no valor adicionado e no destino do produto, e sustentam que se pode reduzir o custo das contribuições sobre a folha com alterações no sistema de proteção social.

Há bloqueios na reforma também por parte dos próprios defensores da justiça fiscal, pautada no receio de que as mudanças regridam a provisão alicerçada pelo Estado de Bem-Estar. Nesse terreno, são acionadas preocupações com a dissociação entre os tributos e contribuições com as políticas sociais, que para esses atores é imperativo para a sua manutenção.

Atualmente, estão em discussão duas propostas de reforma tributária com alterações constitucionais no Legislativo. Há, é fato, inúmeras proposições de alterações tributárias em tramitação nas casas legislativas, mas as propostas de Emenda à Constituição no 45/2019, de iniciativa da Câmara dos Deputados, e a no 110/2019, do Senado Federal, são as que se encontram mais avançadas na discussão e na tramitação. Como bem apontam Orair e Gobetti (2019), essas duas propostas se baseiam em diagnósticos similares e, portanto, têm o mesmo foco: a modernização e simplificação da tributação sobre bens e serviços. Ambas buscam atacar a fragmentação que a tributação de bens e serviços apresenta por meio da “migração para um novo modelo com dois impostos: um imposto moderno sobre valor adicionado, batizado de IBS (Imposto sobre Bens e Serviços); e um Imposto Seletivo (IS) com incidência sobre bens específicos, cujo consumo se deseja desestimular (bebidas alcoólicas, produtos do fumo, etc.)” (Orair & Gobetti, 2019, p. 10-11).

Não resta dúvida que a unificação de um rol de tributos sobre bens e serviços nesses dois impostos (IBS e IS) terão efeitos sobre a partilha federativa e as vinculações de tributos a gastos determinados caso não sejam criados instrumentos para mitigar tanto as perdas de entes federados como a de segmentos específicos. E como o financiamento à saúde está ancorado em vinculações orçamentárias e em arranjos federativos, vale analisar os instrumentos empregados para mitigar potenciais perdas do segmento, o que, como bem apontam os autores, são uma

das fontes de resistência às propostas de reforma tributária concentrada nos tributos indiretos. No caso dos impactos sobre os arranjos federativos, a principal fonte de resistência é a perda de autonomia orçamentária dos entes federados. No caso dos orçamentos específicos – saúde entre eles – se reduz os impactos ao se criar sistemas de alíquotas ou de coeficientes que reproduzem as regras atuais de vinculações e repartições do atual sistema. Já em relação a autonomia dos entes, esta é preservada de maneira restrita para os entes da federação ao permitir que gerem suas alíquotas, ainda que sujeita ao compartilhamento da base de incidência e à limitação na concessão de benefícios fiscais.

Como apontado por Orair e Gobetti (2019) a proposta implica ganhos redistributivos ao eliminar a subtributação dos serviços seja pela ampliação da base de incidência, seja pela majoração das alíquotas, mesmo com o fim de deduções e isenções de produtos básicos que beneficiam os mais pobres. Em termos arrecadatórios, como a proposta tem por pressuposto não aumentar a arrecadação dos tributos unificados ou uniformizados, as mudanças são em seu perfil regional e setorial. E, como dito, essas mudanças afetam as vinculações que certos tributos têm para com políticas e ações setoriais. Como forma de equacionar as tensões que surgem com as alterações na estrutura de receitas e, portanto, nas bases das vinculações e na estrutura fiscal da federação decorrentes da reforma, a proposta define transições de 30 e 50 anos para a completude das mudanças nesses elementos.

Não resta dúvida que, por um lado, as propostas em discussão, centradas na harmonização e simplificação da tributação indireta e que contém instrumentos de preservação de orçamentos setoriais e transições para as mudanças de arrecadação dos entes federados e das vinculações orçamentárias, não devem afetar no médio prazo o espaço fiscal destinado aos gastos em saúde. Caso essas mudanças, por outro lado, signifiquem uma redução no perfil arrecadatório regional – com a instituição do princípio do destino – e uma ampliação da base de incidência dos tributos indiretos, pode-se esperar no longo prazo ganhos para o financiamento e para a equidade em saúde, uma vez que os estados “pobres” ampliarão sua arrecadação e o setor de serviços – onde se encontra a saúde – deixará de ser subtributado.

Observam-se avanços nos debates sobre a tributação direta, discutindo-se alterações que devem ser realizadas com vistas a aproximar nosso sistema tributário das melhores práticas internacionais, como tem sido proposto no caso da tributação sobre bens e serviços. A ampliação da base de incidência do IRPF com a maior tributação das rendas do capital, algumas isentas e outras bastante desoneradas, e a redução dos benefícios fiscais, alguns destinados ao mercado privado de saúde, são medidas que vem ganhando consenso entre os estudiosos do tema e entre os atores políticos. Essas mudanças implicariam o crescimento da tributação direta e, portanto, uma melhora no perfil distributivo do financiamento à saúde. Ademais, o IRPF é um tributo repartido via fundos de participação de estados e municípios, com seu crescimento implicando maiores recursos ao financiamento da saúde.

Caso se consiga avançar tanto na harmonização, simplificação e ampliação da base de incidência dos tributos indiretos e na ampliação da tributação direta, com a redução de benefícios fiscais e as rendas do capital, ter-se-á um sistema tributário menos pró-cíclico, menos distorcivo e mais previsível, o que implicará em ganhos, tanto em bem-estar, como na equidade fiscal.

5. O TETO DE GASTOS, A PANDEMIA E A FLEXIBILIZAÇÃO FISCAL DE 2020 E A TRANSIÇÃO PARA O PÓS-PANDEMIA

O período 2004 a 2015 foi marcado por um expressivo crescimento do gasto social, com o realizado pelo Governo Federal passando de 13,2% do PIB para 17,5% e com estados e, principalmente, municípios seguindo a mesma tendência. Esse crescimento implicou ganhos redistributivos das políticas sociais, com destaque para o papel do salário mínimo e dos programas de transferência de renda que, associados à ampliação do crédito e à formalização das relações de trabalho e mercantis, implicou uma redução da desigualdade de renda. No caso da oferta pública de saúde, observou-se um aumento real do montante aplicado pelas três esferas de governo da ordem de dois terços, passando (em valores de 2015) de R\$60 bilhões, em 2004, para cerca de R\$100 bilhões, em 2015. No entanto, esse crescimento não se refletiu em um incremento significativo da participação do gasto no PIB, que cresceu no período de 3,5% para 3,8%. De outra parte, o gasto privado direto das famílias e via planos de saúde teve um incremento mais expressivo de sua participação no PIB – de 4,6% para 5,1%. Ou seja, no período de crescimento da economia e da participação do gasto social no orçamento e no PIB, o segmento da saúde pública teve uma redução de sua importância, ainda que pouco expressiva, no consumo de bens e serviços de saúde.

Pode-se afirmar que a preservação do peso da saúde pública se deveu, em grande medida, às vinculações de percentuais mínimos de gasto em saúde para os entes federados e à definição de que ações e serviços devem ser considerados como gasto em saúde. Observa-se nos municípios, de modo especial, aplicações bem superiores aos mínimos constitucionais, com os estados se situando pouco acima e a União desrespeitando, por vezes, seus percentuais mínimos. Fica patente que os ganhos no gasto público em saúde ficaram aquém das possibilidades criadas pelo ciclo de crescimento, com a saúde não conseguindo ampliar sua importância no gasto social.

Conta-se, assim, com um volume de recursos insuficiente para a manutenção de um sistema universal, com avanços tímidos na ampliação do segmento público na oferta/consumo de bens e serviços de saúde. Chama a atenção como a rubrica “assistência à saúde” cresceu nas despesas de consumo das famílias entre 2002/03 e 2017/18, com sua participação passando de 6,5% para 8,0%.

A crise econômica e política de 2015/16 teve como aspecto central a questão fiscal, com a agenda do governo Temer se voltando para políticas de controle do gasto como o chamado novo regime fiscal (a regra do Teto de Gastos) e a reforma da previdência. Não resta dúvida que o estabelecimento de “um teto para as despesas primárias que será corrigido apenas pela inflação (...) e um piso de aplicação mínima para a saúde corrigido pelo mesmo mecanismo (...) criará constrangimentos ainda maiores à concretização do direito à saúde no Brasil.” (Vieira & Benevides, 2016, p. 21)

A Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, criação nacional que foge dos padrões internacionais de institucionalidade de regras fiscais de controle do gasto público, afeta profundamente os gastos em saúde e educação. Isso porque, a Previdência – o principal gasto – apresenta uma trajetória ascendente do gasto, a despeito das reformas empreendidas, com os gastos com funcionalismo apresentando relativa rigidez e os assistenciais exibindo um peso pouco expressivo. De outra parte, a demanda por serviços públicos de saúde cresceu, uma vez que a redução significativa no número de segurados em planos privados de saúde entre dezembro de 2014 e março de 2017 (de 50,5 milhões para 47,3 milhões) não se modificou, devido à recupe-

ração pífia que a economia apresentou nos anos anteriores à pandemia (2017 a 2019). Assim, a população dependente exclusivamente da saúde pública aumentou, demandando ainda mais do Sistema Único de Saúde.

Verdade que o ano base escolhido (2016) e o comportamento do indexador (IPCA julho/16 a junho/17) resultou, quando do início do congelamento das despesas, em certo “excesso” no valor do teto nos primeiros anos de operação. O nível de despesas de 2016 foi recomposto em frente ao deprimido de 2015 e a inflação de 2017 foi de 2,9%, enquanto o indexador alcançou 9,3%. Assegurou-se, como dito, uma folga, o que permitiu um pequeno crescimento real das despesas nos anos iniciais (2017 a 2019). Como bem apontam Orair e Gobetti (2017), o novo regime fiscal centrou o foco no controle a médio prazo, ficando o ajuste no curto em segundo plano.

Assim, a participação do gasto público em saúde não deve ter se alterado, ou seja, a crise por afetar o gasto privado no curto prazo e o público em momento posterior, inclusive pelo peso de municípios e estados no gasto, não implicou perda relativa do gasto público. O gasto total se reduz levando à piora das condições de vida da população e à reversão dos ganhos nos indicadores de saúde nas últimas duas décadas. Era, assim, o momento do gasto público em saúde, demandante de mão de obra e estimulador de inovações, ser incrementado com vistas a assegurar a proteção aos que se desfilaram dos planos de saúde e ser um dos caminhos para a recuperação econômica.

Quando se renunciava o fim da “gordura” no teto dos gastos, com a rigidez da regra fiscal passando a afetar duramente o financiamento das políticas sociais, em especial saúde e educação, a pandemia se confirmou, levando a uma flexibilização sem precedentes da política fiscal em 2020. Vale notar que o teto de gasto representou uma perda de R\$22,5 bilhões entre 2018 e 2020 diante da regra da Emenda Constitucional EC 86/2015, como mostram Servo et al. (2021, p. 6).

Como forma de contornar os constrangimentos à atuação do governo na pandemia decorrente das três principais regras do arcabouço fiscal do governo – regra de ouro, regra do primário e teto de gastos –, o governo solicitou, em 18/03/2020, ao Congresso o reconhecimento do estado de calamidade pública em função da emergência de saúde pública decorrente da pandemia. Com sua aprovação, a regra do primário e a do teto dos gastos puderam ser “desrespeitadas”, uma vez que a Lei de Responsabilidade Fiscal dispensa o governo do cumprimento dos resultados fiscais em razão da calamidade pública, a qual permite que excepcionalmente se exclua do teto de gastos os créditos extraordinários empregados para as despesas decorrentes da situação emergencial. De outro lado, aprovou-se, em maio de 2020, a Emenda Constitucional nº 106 estabelecendo regime fiscal, financeiro e de contratações extraordinário que autorizava a União a não cumprir a regra de ouro, bem como outras regras fiscais impeditivas do aumento de despesas diretas ou tributárias.

Constitui-se, então, o chamado “orçamento de guerra”, livre dos constrangimentos fiscais normais, logo, apto para responder com agilidade às demandas para mitigar os efeitos da pandemia em termos sanitários, sociais e econômicos. O montante de recursos autorizados para o combate aos efeitos da pandemia atingiu expressivos R\$605 bilhões, com R\$524 bilhões executados e pagos em 2020.

Pode-se discriminar essas despesas em cinco rubricas, quais sejam: saúde pública, auxílio financeiro para os governos subnacionais, suporte de renda para as famílias, apoio crédito e de liquidez para empresas e outras despesas. As despesas pagas com saúde pública ligadas à pan-

demia atingiram 44 bilhões, sendo que R\$32 foram transferências fundo a fundo. Esse montante representou 8,4% do total das despesas da União com o enfrentamento da pandemia, sendo que dois terços do total foram destinados às ações de suporte de renda às famílias. Para o presente ano, estima-se um gasto de R\$38 bilhões, em que dois terços se destinam à aquisição de vacinas.

Estudo da OCDE (2020) apresenta um esquema que subdivide temporalmente as ações contra e posteriores à pandemia em quatro etapas. As duas primeiras, de caráter emergencial, são de combate à crise sanitária e de mitigação da tripla crise (sanitária e socioeconômica), onde se inscrevem as ações de reforço do sistema de saúde e de suporte às famílias e empresas, em razão das medidas de distanciamento social e redução das atividades. As outras duas se relacionam ao pós-pandemia e se voltam, primeiro, a medidas de estímulo econômico, com vistas à recuperação da economia, e, por fim, ações com vistas à chamada consolidação fiscal.

Os dados mostram que o número de mortos por milhão de habitantes se correlaciona positivamente com a perda relativa do PIB e a envergadura dos pacotes fiscais de combate aos efeitos sanitários e socioeconômicos da pandemia. Fica patente que os países que tiveram maior sucesso em suas políticas de distanciamento social, ou seja, de controle da disseminação do vírus, foram os que tiveram as menores recessões e que despenderam menores recursos com as ações mitigadoras da pandemia. O Brasil é exemplo dessas correlações, uma vez que é dos países com mais mortes em termos relativos, situando-se, também, entre os com maior perda do produto e maiores pacotes fiscais. E o país, diferentemente daqueles que melhor controlaram a propagação da doença e/ou apresentam um ritmo de vacinação expressivo, não tem no horizonte o controle da doença e, portanto, de retorno ao “funcionamento” anterior da economia.

Preocupante é a visão que o governo e a equipe econômica apresentam sobre o chamado pós-pandemia, pois defendem que, já no atual ano, o país retome aos controles fiscais anteriores, o que aponta para a passagem das etapas de combate emergencial para a de consolidação fiscal. Ou seja, considera-se que a flexibilização fiscal realizada em 2020 será suficiente para reconduzir a economia a seu estágio pré-crise, não cabendo, assim, desenvolver ações de estímulo fiscal à economia.

Observa-se em vários países o anúncio de medidas fiscais voltadas à recuperação da economia de caráter distinto das ações emergenciais de mitigação dos efeitos da crise sanitária e do distanciamento social, ainda que sobrepostas. Como dito, no caso brasileiro, não se vislumbram medidas dessa natureza.

Exemplo dessa escolha são a peça orçamentária e as mudanças constitucionais recentemente introduzidas, notadamente a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) Emergencial, com a retomada a um regime fiscal extremamente rígido. Resultado disso será a perda expressiva da participação dos gastos em saúde e educação nas despesas primárias da União. Orair (2021) estima que a participação desses gastos passará de 13,2%, em 2021, para 12,5% e 11,1% em 2026 e 2036, respectivamente, considerando, para tanto, novas reformas no sistema previdenciário e a contenção dos gastos com servidores.

São grandes as chances de a estratégia do governo para o pós-pandemia implicar uma redução dos gastos em saúde justamente quando a experiência da pandemia mostrou a necessidade de preparar os sistemas de saúde para tais eventos, fazendo-os operar, em parte do tempo, com ociosidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que os efeitos do envelhecimento populacional no Brasil sobre os gastos em saúde não são expressivos, ou seja, está próximo do quadro de maturação epidemiológica dos países centrais. Nesse sentido, a renda e o componente residual dos modelos de projeção do gasto em saúde se mostram centrais no desempenho desse gasto e de sua composição entre público e privado. No caso da renda, as estimativas empregadas implicam uma participação pouco substancial no crescimento das despesas em saúde. No caso brasileiro, assistiu-se, no que concerne às despesas privadas e ao desempenho dos planos de saúde, a um crescimento mais que proporcional do gasto privado em saúde que o crescimento da renda. Já o gasto público em saúde, no período de crescimento de economia, entre 2002-2014, teve um incremento pouco expressivo em termos de participação no PIB. Ou seja, preservou-se o mix público-privado no Brasil, com todas as consequências em termos de desigualdade de acesso, de segmentação das atividades/ações em saúde e de perda de eficiência. O caminho político, institucional e paradoxal de se instituir um sistema universal de saúde pública com financiamento de tributos gerais ao mesmo tempo que se constrói uma rede de apoio fiscal, crédito e regulatório ao setor privado de cuidados de saúde parece ser um dos principais móveis do gasto em saúde no Brasil.

Não resta dúvida, como se apontou, que o comportamento dos preços relativos e o desenvolvimento tecnológico são importantes vetores de crescimento do gasto, sem haver, contudo, consenso quanto a magnitude de sua influência. No caso brasileiro, chama a atenção o crescimento relativo dos preços dos seguros de saúde em um cenário de expansão dos afiliados, o que se refletiu no aumento expressivo da participação das despesas em saúde no orçamento das famílias do quarto superior de renda.

Essa proeminência do setor privado de saúde no Brasil, considerando o nível de renda e de gasto em saúde, coloca o país como um caso “fora da curva”, uma vez que a experiência internacional mostra que, com o crescimento da renda e um maior nível de desenvolvimento, tem-se um aumento da participação do consumo de bens e serviços de saúde lastreada, em especial, pelo financiamento e pela oferta públicos.

Como se viu, as tendências apontam para a preservação do mix privado-público associado a um crescimento menos expressivo da participação do gasto em saúde no PIB perante outros países de renda média alta e/ou subdesenvolvidos. De forma caricatural, parece que o país faz uma transição às avessas, ou seja, tem o gasto em saúde crescendo a um ritmo menor, com proeminência na oferta privada dos bens e serviços. Não resta dúvida que alterar esse quadro e sua preservação demanda mudanças, tanto em termos do financiamento público à saúde, como do aparato institucional de regulação e de apoio ao setor privado de saúde.

Por outro lado, há dois elementos positivos no arcabouço institucional do SUS que permitem a ampliação de sua cobertura populacional e de atenção, que é sua base de financiamento, assentada num leque de tributos gerais, e sua arquitetura federativa. Tem-se, portanto, um sistema que pode ter sua atuação amplificada, devendo, para tanto, ter seu financiamento robustecido. E, nesse particular, há outras oportunidades ligadas às tendências de reformas tributárias, ancoradas em uma revisão do pensamento dominante na economia, de se buscar ampliar a tributação sobre as rendas do capital, de harmonizar e fortalecer a tributação sobre o consumo e de rever a política de benefícios fiscais ao consumo privado.

A ampliação da incidência do IRPF com a ampliação de sua arrecadação, via a maior tributação dos rendimentos do capital e a redução dos benefícios fiscais, implicará um crescimento dos fundos constitucionais (FPE e FPM) e, portanto, das receitas estaduais e municipais, logo, dos gastos em saúde. De outra parte, as necessidades de financiamento do setor público de saúde não serão contempladas com a potencial migração dos gastos tributários para diretos e com o crescimento da disponibilidade de recursos de estados e municípios pelo incremento dos fundos. Assim, há que se ter no horizonte o crescimento da carga tributária como forma de se obter recursos para a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde universal e integral.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACEMOGLU, D.; FINKELSTEIN, A.; NOTOWIDIGDO, M. J. Income and health spending: Evidence from oil price shocks. *Review of Economics and Statistics* 95.4 (2013): 1079-1095.
- ANDRADE, M. V. et al. Desafios do sistema de saúde brasileiro In: De NEGRI, J.; ARAÚJO, B. C. P. O. (Orgs.). *Desafios da nação: artigos de apoio*. Brasília: Ipea, 2018.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In MARQUES, R.M.; PIOLA, S. F.; CARRILO ROA, A. (Orgs.). *Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.
- BAUMOL, W. J. Health care, education, and cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, v. 77, n. 1, p. 17-28, 1993.
- BAUMOL, W.J. & BOWEN, W.G. *Performing arts: The economic dilemma*. New York: Twentieth Century Fund, 1966.
- BAUMOL, W.J. Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *The American Economic Review*, 57(3), 415-426, 1967.
- BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. *Gasto social do governo central: 2002 a 2015*. Brasília: STN, 2016.
- CARDOSO, Adalberto. *À beira do abismo: uma sociologia política do bolsonarismo*. Rio de Janeiro: Amazon, 2020.
- CELUPPI, I. C. et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, abril 2019.
- COSTA, A.M.; NORONHA, J.C.; NORONHA, G.S. Barreiras ao universalismo do sistema de saúde brasileiro. In: TETELBOIN, C.; LAURELL, A.C. (Org). *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2015. p. 17-39.
- CUTLER, D.M.; HUCKMAN, R.S. Technological development and medical productivity: the diffusion of angioplasty in New York State. *Journal of Health Economics*, 22(2), 2003.
- CUTLER, D. M.; MCCLELLAN, M. The Determinants of Technological Change in Heart Attack Treatment. *National Bureau of Economic Research Working Paper* 5751, 1996.
- DE LA MAISONNEUVE, C., MORENO-SERRA, R., MURTI, F., OLIVEIRA MARTINS, J. The Role of Policy and Institutions on Health Spending. *Health Economics*, 26(7), 2017.
- DE LA MAISONNEUVE, C.; MARTINS, J. A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures. *OECD Economics Department Working Papers*, 1048, 2013.

- DE LA MAISONNEUVE, C. et al. The drivers of public health spending: Integrating policies and institutions. OECD Economics Department Working Papers, No. 1283, OECD Publishing, Paris, 2016.
- DE LA MAISONNEUVE, C.; MARTINS, J. O. The future of health and long-term care spending. *OECD Journal: Economic Studies* 2014.1, 2015.
- DE MEIJER, C. et al. The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. *European journal of ageing* 10.4, 2013.
- DI MATTEO, L. The income elasticity of health care spending. *The European Journal of health economics* 4.1, 2003.
- DI MATTEO, L.; DI MATTEO, R. Evidence on the determinants of Canadian provincial government health expenditures: 1965–1991. *Journal of health economics* 17.2, 1998.
- DORMONT, B. et al. Health expenditures, longevity and growth. IX FRDB European conference on “Health longevity and productivity”, Limone sul Garda (Italy). Vol. 26. 2007.
- EVANS, R. Financing Health Care: Taxation and the Alternatives. In MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J.; KUTZIN, J., editors. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- FIUZA, E.P.S.; MARINHO, A.; OCKÉ-REIS, C.O. A Nova metodologia de reajuste dos planos de saúde medirá os custos, os preços e a eficiência das operadoras? Ipea, Rio de Janeiro, Nota Técnica 90, 2020.
- FRIES, James F. The compression of morbidity. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 1983.
- GETZEN, T. E. Forecasting health expenditures: short, medium and long (long) term. *Journal of Health Care Finance* 26.3: 56-72, 2000.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK. *Global Expected Health Spending 2018-2050*. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020a.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK. *Global Health Spending 1995-2017*. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020b.
- GROSHEN, E. L. et al. How government statistics adjust for potential biases from quality change and new goods in an age of digital technologies: A view from the trenches. *Journal of Economic Perspectives*, 31(2), 2017.
- HUBER, M. Health expenditure trends in OECD countries 1970-1997. *Health care financing review*, 21(2), 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta-satélite de saúde Brasil: 2010 a 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Retropolação da série de consumo final de bens e serviços de saúde. Brasil, 2000 a 2013*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento*. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- JAKOVLJEVIC, M. et al. Evolving Health Expenditure Landscape of the BRICS Nations and Projections to 2025. *Health Economics (United Kingdom)*, 26(7):844–852, 2017.
- KE, Xu; PRIYANKA, Saksena, HOLLY, Alberto. The determinants of health expenditure: a country-level panel data analysis. Geneva: World Health Organization 26: 1-28, 2011.
- MADSEN, J. et al. Ageing may have limited impact on future costs of primary care providers. *Scandinavian journal of primary health care* 20.3: 169-173, 2002.
- MADSEN, J. et al. 24-h ambulatory blood pressure in 352 normal Danish subjects, related to age and gender. *American journal of hypertension* 8.10, 1995.

- MANTON, Kenneth G., STALLARD, Eric, CORDER, Larry. Changes in morbidity and chronic disability in the US elderly population: Evidence from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Surveys. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 50.4, 1995.
- MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. Brasília, Ipea, Planejamento e Políticas Públicas, [S. l.], n. 49, 2017.
- MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, dez. 2013.
- MENDES, A.; FUNCIA, F. R. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R.M.; PIOLA, S. F.; CARRILO ROA, A. (Orgs.). *Sistemas de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília: Abres; MS; Opas/OMS, 2016.
- MENEZES, T.A., AZZONI, C.R. & SILVEIRA, F.G. Demand elasticities for food products in Brazil: a two-stage budgeting system. *Applied economics*, 40(19), 2008.
- MURPHY, L.; NAGEL, T. *O mito da propriedade: os impostos e a justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- NEWHOUSE, Joseph P; PHELPS, Charles E.. "New estimates of price and income elasticities of medical care services." *The role of health insurance in the health services sector*. NBER, 1976.
- OCKÉ-REIS, C. O. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, [s. l.], v. 51, n. 1, 2014.
- OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. Descrição do gasto tributário em saúde: 2003 a 2015. Brasília: Ipea; Disoc, Nota Técnica, n. 48, 2018.
- OCKÉ-REIS, C.O. Challenges in the regulation of Brazilian private health insurance. *Public Finance & Management*, 5(4), 2005.
- OCKÉ-REIS, C.O. SANTOS, F.P. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Rio de Janeiro: IPEA, Texto para Discussão, n. 1.637, 2011.
- OCKÉ-REIS, C.O.; FIUZA, E.P.S.; COIMBRA, P.H.H. Inflação dos planos de saúde-2000-2018. Ipea, Brasília, Nota Técnica 54, Disoc, 2019.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 23, n. 6, 2018.
- OECD; EUROSTAT; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A System of Health Accounts 2011 Revised edition*, OECD Publishing, 2017.
- OCDE – ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. *Tax and fiscal policy in response to the coronavirus crisis: strengthening confidence and resilience*. Paris: OCDE, 2020.
- OLSHANSKY, S. Jay et al. Trading off longer life for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. *Journal of aging and health* 3.2, 1991.
- ORAIR, R. O.; GOBETTI, S. W. *Brazilian fiscal policy in perspective: from expansion to austerity*. Brasília: IPC-IG, Working Paper n. 160, 2017.
- ORAIR, R. O.; GOBETTI, S. W. *Reforma Tributária e Federalismo fiscal: uma análise das propostas de criação de um novo imposto sobre o valor adicionado para o Brasil*. Texto para Discussão, n. 2530. Brasília; Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, dez. 2019.
- ORAIR, R. *Política Fiscal e Pandemia no Brasil: da flexibilização sem precedentes de 2020 para a incógnita de 2021*. Boletim de Políticas Sociais no 28, Ipea, Brasília, 2021.
- ORAIR, R.; GOBETTI, S. *Reforma Tributária no Brasil: Princípios norteadores e propostas em debate*. *Novos estudos CEBRAP*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 213-244, Aug. 2018.

- PAES, Nelson Leitão. Os gastos tributários e seus impactos sobre o desempenho da saúde e da educação. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1245-1253, abr. 2014.
- PIOLA, S.F., BENEVIDES, R.P.D.S.; VIEIRA, F.S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. Texto para discussão 2439, IPEA: Brasília, 2018
- PRZYWARA, Bartosz. Projecting future health care expenditure at European level: Drivers, methodology and main results. Directorate General Economic and Monetary Affairs, European Commission, *European Economy - Economic Papers*. 417, 2010.
- ROCHA, R., FURTADO, I.; SPINOLA, P. Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil. *Health Economics*, 2021.
- ROCHA, R., FURTADO, I. e P. SPINOLA. Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Necessidades de Financiamento e Projeção de Gastos. Estudo Institucional n.1. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2019.
- SANTOS, C. H. M. et al. A dinâmica dos gastos com saúde e educação públicas no Brasil (2006-2015): impacto dos mínimos constitucionais e relação com a arrecadação tributária. Rio de Janeiro: IPEA - Texto para Discussão n. 2289, abril 2017.
- SANTOS, IS.; SANTOS, MAB.; BORGES, DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 73-131. ISBN 978-85-8110-018-0.
- SANTOS, I.S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 2008.
- SDG Collaborators. Future and Potential Spending on Health 2015-40: development assistance for Health, and Government, Prepaid Private, and Out-of-Pocket Health Spending in 184 Countries. *The Lancet*, 389: 2005-2030, 2017b.
- SDG Collaborators. Measuring Progress and Projecting Attainment on the Basis of Past Trends of the Health-related Sustainable Development Goals in 188 Countries: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100):1423-1459, 2017a.
- SDG COLLABORATORS. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050. *The Lancet*, 393: 2233-60, 2019.
- SDG Collaborators. Trends in Future Health Financing and Coverage: Future Health Spending and Universal Health Coverage in 188 Countries, 2016-40. *The Lancet*, 391(10132):1783-1798, 2018.
- SERVO, L.M.; et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde em Debate* (no prelo). 2021. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1530>.
- SILVEIRA, F. G. et al. Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil. *Textos para Discussão*; n. 43. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.
- SILVEIRA, F. G.; PASSOS, L. Impactos distributivos da tributação e do gasto social-2003 e 2008. In: AFONSO, J. R.; LUKIC, M. R.; ORAIR, R.; SILVEIRA, F. G (orgs.). *Tributação e desigualdade*. Belo Horizonte: Ed. Letramento, 2017.
- SILVEIRA, F. G. Equidade fiscal: impactos distributivos da tributação e do gasto social. Brasília: ESAF; Tesouro Nacional, 2012 (XVII Prêmio Tesouro Nacional - 2012).
- SOUZA, D. de O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 30, n. 03, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300313>>. Acesso em: 23 de jul. 2021.

TUOHY, C.H.; FLOOD, C.M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *J Health Polit Policy Law*, Jun;29(3), 2004.

VAZ, D. V.; HOFFMANN, R. Evolução do padrão de consumo das famílias brasileiras entre 2008 e 2017. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 30, n. 1, p. 163-186, Jan. 2021.

VERBRUGGE, Lois M. Survival curves, prevalence rates, and dark matters therein. *Journal of Aging and Health*, 1991.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, 10(3), 2016.