



Desafios Gerenciais do Sistema de Saúde da Marinha considerando o Novo Regime Fiscal, o Aumento da Expectativa de Vida e a Variação de Custos Médico-Hospitalares

Resumo

Este artigo buscou realizar uma análise do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) frente aos impactos da Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), combinada com o aumento da expectativa de vida dos beneficiários e a sanção do Novo Regime Fiscal, que constituem grande desafio gerencial no médio-longo prazo. Mediante uma pesquisa bibliográfica e documental, explanou-se sobre os beneficiários do SSM e as fontes de financiamento da Saúde Naval, bem como os fatores que impactam a sustentabilidade do Sistema. Em seguida, através de ferramentas estatísticas, estimaram-se as projeções orçamentárias para a Força e especificamente para o setor, em específico, além de analisar as mudanças do perfil demográfico dos beneficiários do SSM, possibilitando verificar quais serão os principais efeitos nos próximos vinte anos de vigência do "Teto de Gastos". Em seguida, foram expostas as necessidade de majoração orçamentária-financeira do Sistema, que poderão comprometer em grande parte o orçamento da Marinha do Brasil, em despesas afetas à finalidade precípua como aquisição e manutenção de meios e formação de pessoal. Ao final, refletiu-se sobre quais as medidas que poderiam ser adotadas para aperfeiçoamento do Sistema.

Palavras-chave: Saúde Naval; Novo Regime Fiscal; Expectativa de vida; Inflação; Marinha do Brasil.

Linha Temática: Contabilidade Pública Governamental



1 INTRODUÇÃO

O SSM é responsável por oferecer Assistência Médica e Hospitalar (AMH) a mais de trezentos mil militares ativos, inativos, pensionistas e dependentes da Marinha do Brasil (MB). Tem grande importância psicossocial e age na manutenção da higidez física de seus componentes, contribuindo, assim, para o adequado desenvolvimento da atividade castrense.

O desenvolvimento tecnológico, o crescimento econômico do país, o acesso à água tratada e ao esgoto, e a expansão da oferta de serviços públicos permitiram a majoração exponencial da expectativa de vida da população brasileira. Isso implica em aumento das despesas públicas relacionadas à saúde, em virtude: da adoção de novos procedimentos médicos mais inovadores e custosos, da grande variação de custos médico-hospitalares, ou, ainda, do aumento da população inativa com cada vez maior perspectiva de esperança de vida.

A relação de beneficiários e dependentes habilitados a usufruir a AMH baseia-se no Estatuto dos Militares - normativo da década de 1980. Esta legislação não está adequada ao contexto social atual, o que promove distorções e aumento da demanda de serviços, cujo atendimento efetivo é um grande desafio a ser empreendido pela Administração Naval.

Como fator complicador, houve a sanção da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 - conhecida como "Teto dos Gastos" - que estabelece um Novo Regime Fiscal e limita os gastos públicos federais em um período de vinte anos. Ao mesmo tempo, em direção oposta, os gestores públicos continuam a defender e pleitear maior dotação orçamentária para financiamento de suas atividades. E, da perspectiva da sociedade, sempre haverá grupos exercendo pressão no sentido de aumentar o investimento público em ações de saúde pública.

O "Teto de Gastos", associado à alta elevação dos custos específico do Setor, pressiona o orçamento doméstico da família naval. Esse cenário ocorre na medida em que se dificulta a recuperação do poder de compra dos soldos, e se torna cada vez mais proibitiva a manutenção de um plano privado suplementar que caiba dentro da renda familiar.

Neste trabalho, analisar-se-ão de forma detalhada os fatores mencionados, por meio de dados da série histórica orçamentária da MB e de documentos da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essas informações serão úteis para identificar potenciais problemas e estabelecer linhas de ação para contínua prestação de serviços médicos de qualidade à família naval.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contextualização

A saúde militar advém da necessidade de um sistema dedicado para atuação no contexto de guerra, e também para o desenvolvimento de atividades necessárias à manutenção da higidez do pessoal militar voltado para aplicação do Poder Militar-Naval e seu preparo. A MB dispõe, ao longo do Brasil, de mais de trezentos mil usuários do SSM, dentre eles militares da ativa, inativos, pensionistas e seus respectivos dependentes (MARINHA DO BRASIL, 2009b).

O SSM é operacionalizado em um formato de autogestão e atua com uma rede nacional de Organização Militar Hospitalar (OMH) e Organização Militar com Facilidades Médicas (OMFM). Os hospitais da Marinha são os responsáveis pela execução da AMH nos Distritos Navais onde estão localizados. Entretanto, na falta destes, existirá uma OMFM para administrar a AMH em sua área de abrangência e direcionar os usuários aos locais de



atendimento médico-odontológico próprios da MB ou à rede credenciada (MARINHA DO BRASIL, 2009a).

2.2 Financiamento e Beneficiários do SSM

O financiamento da AMH dos usuários do SSM é provido por três fontes. A primeira parte, denominada Fator de Custo (FC), se refere à obrigação legal do Estado e é decorrente do orçamento da União (MARINHA DO BRASIL, 2009a).

A segunda, de maior montante, resulta de contribuição mensal compulsória dos usuários, de caráter complementar, constitui o Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), que é gerenciado pela DSM, que determina as características dos atendimentos a serem cobertos com os recursos financeiros disponíveis, conforme os ditames legais (MARINHA DO BRASIL, 2009a).

As contribuições para o FUSMA são previstas em lei e reguladas de acordo com os seguintes fatores aprovados pela Portaria nº 333/2016 do Comandante da Marinha:

I – Titular: percentual de 1,8%, composto de uma parcela de 1,45% para assistência médico-hospitalar e de 0,35% para assistência social; II – Dependente Direto do Titular: percentual de 0,3%, a título de contribuição complementar do titular, para cada um dos dependentes diretos por ele instituídos; e III – Dependente Indireto do Titular: percentual de 1,2%, a título de contribuição complementar do titular, para cada um dos dependentes indiretos por ele instituídos (MARINHA DO BRASIL, 2016).

A terceira parte relaciona-se às receitas advindas das Indenizações Médico-Hospitalares (INHOS) em caráter de coparticipação, sendo cobradas ao usuário por ocasião de atendimento nas OMH e OMFM, principalmente quando se faz utilização de certos materiais ou aquisição de medicamentos nos Setores de Distribuição de Medicamentos (SeDiMe) (MARINHA DO BRASIL, 2009a).

Segundo a Portaria nº 330/2009 da MB, os beneficiários do Sistema incluem os militares ativos, inativos, ex-combatentes, reformados da MB, pensionistas de militares da Marinha e outros dependentes elencados no Estatuto dos Militares - Lei 8.660/1980.

O rol de dependentes é extenso, nitidamente desenhado para amparar a família do militar. Quase não há paralelo em outros mecanismos semelhantes, como aquele instituído pela Lei nº 8.112/90 do Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União.

O Estatuto legal dos servidores civis foi regulamentado parcialmente pela Portaria Normativa do Ministério do Planejamento e Orçamento (MPOG) nº 1/2017 que menciona no art. 5º, III, em lista taxativa, que os dependentes dos servidores para fins de AMH e ressarcimento são seis espécies, basicamente os mesmos aceitos para fins de declaração anual de Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF).

Essa relação de beneficiários do Estatuto militar baseia-se num contexto histórico em que era determinante a proteção da família e, sobretudo, da mulher, que não possuía participação efetiva na manutenção da família. Por isso, a falta do mantenedor financeiro poderia trazer consequências desastrosas para elas e dos que delas dependessem. Nesse ambiente, o Estado atuava com o objetivo de oferecer condições dignas de sobrevivência aos familiares dos militares (ALVES, 2008).

2.3 Novo Regime Fiscal da EC 95/2016 (“Teto dos Gastos”)



A EC 95/2016, conhecida como “Teto dos Gastos”, fundou um Novo Regime Fiscal (NRF) no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros, estabelecendo, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias dos três Poderes, Ministério Público da União e Defensoria Pública da União (BRASIL, 2016).

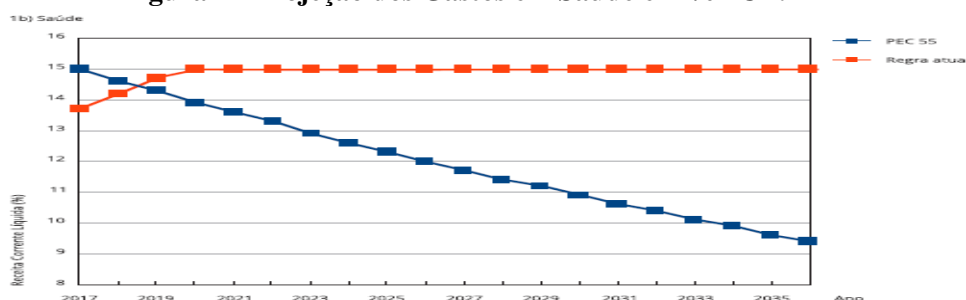
Segundo expresso no NRF, as despesas públicas são fixadas

ao valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior, corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo, para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária (BRASIL, 2016).

Dessa forma, o Novo Regime Fiscal resulta em um congelamento real das despesas totais do Governo Federal, o que pressupõe uma redução do gasto público relativamente ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao número de habitantes. Assim, os gastos públicos não acompanharão o crescimento da renda e da população, causando expectativa de uma futura fragilidade na qualidade dos serviços públicos e, até mesmo, comprometimento do caráter universal da saúde.

Verifica-se na Figura 1, o mínimo das despesas públicas para saúde será de 12% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2026 e 9,4% em 2036. No entanto, apesar de o NRF oferecer um mínimo maior para 2017 e 2018, desde 2014 o governo destina mais de 15% da receita líquida para o setor em questão (ROSSI; DWECK, 2016).

Figura 1 - Projeção dos Gastos em Saúde em %RCL.

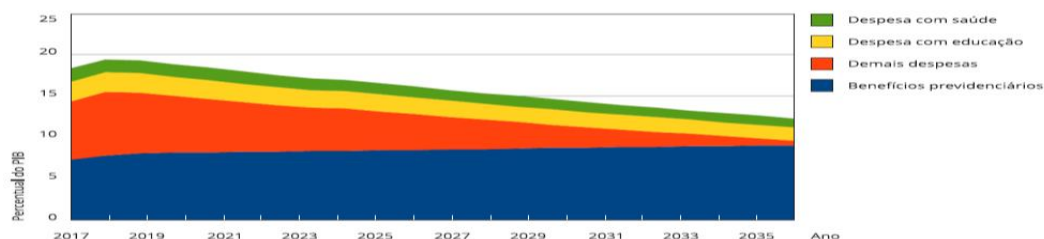


Fonte: Extraída de Rossi e Dweck (2016).

De acordo com análise de Rossi e Dweck (2016), não obstante haver a possibilidade de aumentos nos gastos para saúde e educação acima do mínimo a partir da redução de outros gastos, um possível aumento das despesas sociais seria limitado pela redução dos gastos totais e pelo crescimento de alguns outros gastos. Entre esses gastos está o previdenciário que possui grandes perspectivas de incremento em razão da transição do perfil demográfico brasileiro.

Na publicação Austeridade e Retrocesso: Finanças Públicas e Política Fiscal no Brasil (2016), apresenta-se uma projeção dos gastos públicos do Governo Federal sobre a vigência do NRF, conforme disposto na Figura 2. O gasto primário total do Governo seria de 15,8% em 2026 e 12% em 2036. Complementarmente, os gastos com previdência, atualmente em torno de 8% do PIB, possuem estimativa de crescimento, arrastada por tendências demográficas. Nesse panorama, não haveria margem para a manutenção dos gastos nessas Áreas em proporção ao PIB, que tenderão a cair com o Novo Regime Fiscal.

Figura 2- Simulação das despesas públicas sob o Novo Regime Fiscal (2015 – 2036).



Nota: A simulação considera um cenário otimista de retomada do crescimento econômico a 2,5% ao ano a partir de 2018, ainda que inferior à média de crescimento do PIB dos últimos 20 anos, próxima de 3%. Além disso, a simulação considera uma evolução conservadora para o gasto com benefícios previdenciários.

Fonte: Extraído de Austeridade e Retrocesso: Análise de Finanças Públicas e da Política Fiscal no Brasil (2016).

Na simulação da Figura 02, com o congelamento dos créditos orçamentários para as despesas com saúde e educação, estas passarão de 4% do PIB em 2015 para 2,7% do PIB em 20 anos, quando a população brasileira será 10% maior. Enquanto que os outros gastos federais (excluindo previdência e juros) que eram 7% do PIB em 2015 serão de 0,6% do PIB em 2036, tendência tal que não parece viável (AUSTERIDADE ..., 2016).

Segundo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CNSS) (2016), o NRF fez incidir o “teto” para a saúde, em 2017, de 15% da RCL, conquanto os prejuízos acumulados nos próximos vinte anos para o Sistema Único de Saúde (SUS) seriam de R\$ 433 bilhões, considerando um crescimento do PIB de 2% ao ano (média mundial) e uma projeção do IPCA de 4,5%.

Denota-se que, ainda que tenha havido um incremento da alíquota, não houve ampliação de recursos. A situação de execução orçamentária do Ministério da Saúde para 2015 foi mais complexa que o orçamento executado em 2014, quando se atrasaram as transferências federais de dezembro a municípios (R\$ 3,8 bilhões), principalmente para os setores de média e alta complexidade, repassando-as apenas no final de janeiro de 2015. Com isso, a insuficiência para 2015 foi de R\$ 5,8 bilhões (MARQUES; PIOLA; CARRILLO ROA, 2016).

Além dos problemas já citados, o Novo Regime Fiscal evidencia o prenúncio de cortes mais frequentes do gasto discricionário da União às metas estabelecidas de resultado primário, ao fazer uso dos decretos conhecidos como “Decretos de Programação Financeira”.

Conforme mencionou Parisi et al (2011), a intenção principal do contingenciamento é limitar a realização de despesas com a finalidade de proibir que a execução de gastos exceda os valores arrecadados pelo governo, permitindo cumprimento das metas fiscais estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Entre os óbices advindos do contingenciamento, destacam-se a inversão de prioridades, na qual os Órgãos despendem em ações menos prioritárias para pressionar a liberação de recursos para ações inadiáveis, e o endividamento por meio de atrasos no pagamento de fornecedores (PROTÁSIO; BUGARIN; BUGARIN, 2004).

Outro aspecto prejudicial do contingenciamento está na paralisação de atividades e serviços públicos, como ocorreu com a suspensão de emissão de passaporte pela Polícia Federal, em junho de 2017, gerando diversos transtornos por semanas.

Embora um ajuste fiscal seja necessário, um arrocho de tão longa duração como estipulado pelo NRF nunca foi experimentado na comunidade internacional, muito menos implantado de forma constitucional, instrumento de caráter mais rígido. O estabelecimento de



uma EC reduz a flexibilidade de ação dos gestores públicos em determinadas conjunturas, em que se fazem necessárias tomadas de decisões rápidas e assertivas, de forma que a parcela da população socialmente mais vulnerável não seja a mais impactada.

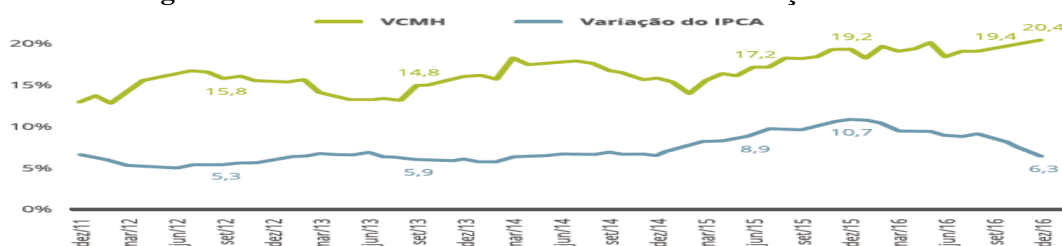
2.4 Variação de Custos Médico-Hospitalares

O índice Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH), elaborado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), é o principal indicador utilizado pelas empresas do Setor como parâmetro sobre o comportamento dos custos. O cálculo utiliza os dados de um conjunto de planos individuais de operadoras, e considera a frequência de utilização pelos beneficiários e o preço dos procedimentos (IESS, 2017).

Segundo estudo do IESS (2017), ilustrado na Figura 3, os custos das operadoras de planos com consultas, exames, terapias e internações, apurado pelo índice VCMH, cresceram 20,4% nos doze meses encerrados em dezembro de 2016. O resultado de 20,4% é 13,9 pontos percentuais superiores ao Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), principal índice inflacionário do IBGE, que ficou em 6,5% no mesmo período.

A grande diferença entre os índices mencionados representa grande risco para a sustentabilidade da saúde suplementar brasileira, em razão do crescimento real das despesas médico-hospitalares.

Figura 3 – Série Histórica da VCMH/IESS em variação de 12 meses.



Nota: A variação do IPCA é calculada utilizando-se o índice médio de doze meses relativamente aos 12 meses anteriores.

Fonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2017).

Conforme publicado por Silva (2014), a VCMH/IESS tem sido impulsionada pelos itens de despesas de internação e de terapias. Estudos do IESS citados por Silva (2014) demonstraram a internação como principal item dos gastos médicos, em grande parte por conta de despesas complementares com materiais e medicamentos.

As despesas com materiais e medicamentos cresceram 120,4% e 59,9%, respectivamente, entre 2007 e 2012. Esses dois itens somados representaram 57,7% do gasto hospitalar em 2012. Esse crescimento é explicado pelo aumento na frequência de internações no período analisado, como também à elevação do preço médio de materiais e medicamentos (SILVA, 2014).

Silva (2014) aponta ainda que os novos insumos médicos são mais custosos, e nem sempre estão associados à maior efetividade. Adicionalmente, decisões judiciais têm garantido a utilização de fármacos em fase de testes, ou seja, ainda não aprovados pelas autoridades competentes. Essas tendências ilustram a tendência positiva no crescimento de gastos com a saúde, apesar das restrições econômicas e orçamentárias.

2.5 Relação Expectativa de Vida e Despesas Médicas



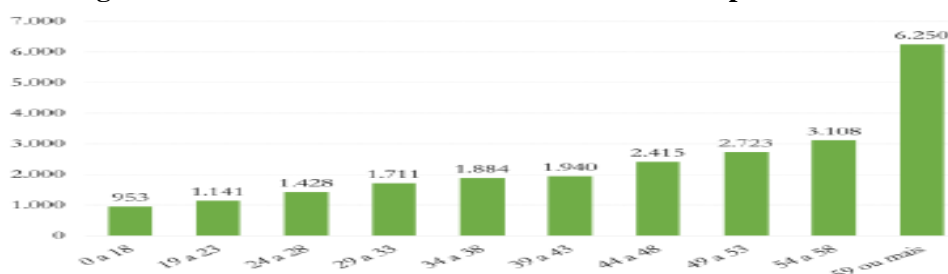
Na concepção de Morosini et al (2011), o aumento dos gastos no setor de saúde suplementar envolve diversos fatores que demandam diferentes estratégias para a manutenção da sustentabilidade do setor, sendo a faixa etária um fator de risco importante para elevação de gastos médicos e está relacionada positivamente à utilização de internações.

Com o envelhecimento populacional, a perspectiva de Pfuntner et al (2013) é que os custos associados a medicamentos e materiais médicos utilizados em internações continuem a influenciar o crescimento das despesas médicas. Nos Estados Unidos, onde mais de 60% da população está coberta por planos de saúde, em 2010, o gasto hospitalar agregado foi de U\$ 375,9 bilhões e os adultos nas faixas etárias de 45 anos a 64 anos e 65 anos a 84 anos foram responsáveis por 67% desse gasto.

Segundo Zucchi, Del Nero e Malik (2000), as curvas de consumo de AMH em função da idade mostram um aumento considerável a partir de quarenta anos de idade. Outro fator importante que colabora para o aumento dos gastos é a evolução da esperança de vida da população, pois o envelhecimento da população pressupõe um crescimento dos gastos para a manutenção, prevenção e tratamento da saúde dessas pessoas, conforme é ilustrado na Figura 4, da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS), entidade associativa que representa o segmento de autogestão, que age com o intuito de fortalecer o segmento, e contribuir com a melhoria do Sistema.

De acordo com a Figura 4, nota-se que o fator idade pode levar a uma diferença de mais de 500% nos custos médico-hospitalares, ao se comparar a faixa etária mais jovem, de 0 a 18 anos, com mais idosa, a partir de 59 anos. Tal situação justifica-se pelo maior número de consultas e procedimentos mais onerosos e frequentes do que é aplicado às pessoas mais jovens.

Figura 4 – Custo médio assistencial/beneficiário/ano por faixa etária.



Fonte: Pesquisa da UNIDAS (2012) citada por Silva (2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Conforme Gil (2006), a metodologia adotada para a realização da presente pesquisa, quanto ao seu objetivo, é a descritiva, pois descreve o funcionamento do SSM e as características dos beneficiários do Sistema, bem como estabelece relações entre as variáveis no objeto de estudo analisado, ao analisar as consequências dos impactos do NRF ao longo de um período com grandes perspectivas de transformações sociais e econômicas.

Quanto à abordagem, segundo Prodanov e De Freitas (2013), esta pesquisa pode ser considerada: quantitativa, pois são utilizadas técnicas estatísticas para projetar os gastos discricionários, em especial, referente ao setor de saúde; e qualitativa, pois são feitas interpretações e atribuídos significados às análises da evolução dos dados orçamentários da Marinha.



Quanto aos procedimentos técnicos, esta pesquisa pode ser considerada como: pesquisa bibliográfica, pois, de acordo com Martins e Theóphilo (2009, p. 54), “busca conhecer, analisar e explicar contribuições sobre determinado assunto, tema ou problema” e neste estudo foram analisados artigos, teses, relatórios e livros que abordam sobre os temas de Gestão de Saúde, Novo Regime Fiscal da EC 95/2016 e inflação no setor de saúde; pesquisa documental, haja vista que foram analisadas as legislações brasileiras que tratam sobre o tema, bem como documentos do Comando da Marinha, e outros relevantes, como os dados orçamentários e dos usuários do SSM; e de certa forma, a pesquisa não deixa de ser um estudo de caso, já que objetivou analisar os impactos do NRF no orçamento do SSM, e não em um ambiente macro, como em todos os órgãos da Administração Pública Federal.

3.2 Coleta e Tratamento de Dados

Para analisar os resultados, ilustrou-se o contexto econômico atual, onde foram analisados dados relativos ao histórico da evolução quantitativa dos procedimentos realizados pelo SSM e que foram obtidos por meio do Anuário Estatístico da Marinha (ANEMAR), referente aos anos de 2014 a 2016.

Coletaram-se ainda dados sobre despesas do SSM, além do quantitativo e da variação do perfil etário dos usuários da AMH, de 2014 a 2016, que foram obtidos junto à DSM. Dados sobre orçamento da MB foram extraídos no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP); a evolução da quantidade de militares clientes de plano de saúde privado foi verificada através da associação civil privada Abrigo do Marinheiro (AMN), enquanto que os dados sobre a população do Brasil por perfil sexual e etário do ano de 2016, e suas projeções para 2036, foram coletados no site do IBGE.

Após a obtenção dos dados, por meio das fontes mencionadas, o passo seguinte foi tratá-los e organizá-los. Deste modo, os dados de arrecadação do governo foram comparados com as despesas executadas pela Marinha, para o período de 2014 a 2016, cujos dados foram extraídos de publicação contida no SIOP, presente no sítio da internet do MPOG.

Com o intuito de realizar projeções e análises sobre o futuro orçamentário da Saúde Naval (SN), foi utilizado o recurso de previsão do Microsoft Excel 2016, com nível de confiança de 95%, mediante os dados históricos do orçamento naval, de 2007 até 2016, disponíveis no SIOP. A ferramenta de previsão do software mencionado estipula valores futuros usando dados existentes baseados em tempo e a versão AAA do algoritmo ETS (Suavização Exponencial Tripla), ou “Método de Holt-Winters”, em que ambas as tendências e as influências periódicas (sazonais) são processadas (Microsoft, 2016).

Cabe ressaltar que os dados contidos neste artigo representam os valores consolidados das Unidades Orçamentárias (UO) – nº 52131 (Comando da Marinha) e nº 52931 (Fundo Naval) que compõem apenas a Administração Direta, uma vez que a inclusão de UO da Administração Indireta, como a AMAZUL, criada em 2013, poderia causar distorções na análise dos dados referente ao período.

Posteriormente, este trabalho focou em uma análise interpretativa, de cunho qualitativo e quantitativo, dos dados etários dos usuários de AMH e da execução do orçamento do SSM, ao analisar se os gastos médicos cresceriam em valor maior que os outros gastos da força, impactando outros seguimentos da MB.

Os dados de gênero e etários do IBGE e da DSM permitiram comparar e analisar o cenário atual da carteira de beneficiário do SSM com o perfil da população brasileira, bem



como inferir os desafios futuros que a Força enfrentará com o aumento do nível de esperança de vida.

Para isso, as fontes primárias para a obtenção dos dados foram tabelas fornecidas pela DSM com informações etárias e de gênero dos beneficiários do SSM referentes a 2016, e os dados populacionais do IBGE de 2016, bem como as projeções para o ano de 2036, quando se encerrará a vigência do NRF.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Contexto geral orçamentário do SSM

Com o intuito de melhor analisar os gastos do SSM fixados no orçamento naval na Função Orçamentária (FO) nº 301 (Atenção Básica), das Unidades Orçamentárias (UO) – nº 52131 (Comando da Marinha) e nº 52931 (Fundo Naval), faz-se necessária realizar verificação em relação ao orçamento total da MB nas UO mencionadas, excluindo as despesas obrigatórias de pagamento de pessoal e previdência, bem como efetuar comparações com os montantes aplicados na função precípua da força, Defesa da Força Naval, FO nº 152 (Defesa Nacional), de forma a se ter uma noção mais fidedigna da situação.

Quadro 01 - Despesas Discricionárias para Manutenção, Funcionamento e Custeio dos Meios e Instalações Navais (empenhadas em milhões de reais).

| Exer cício | Marinha | Evolução | Saúde Naval (SN) | Evolução | Participação da SN no Orçamento MB | Defesa Naval (DN) | Evolução | Participação de DN no Orçamento MB |
|---------------|----------|----------|------------------------|----------|---------------------------------------------|-------------------------|----------|---------------------------------------------|
| 2016 | 4.944,50 | -8,54% | 559,30 | 11,44% | 11,31% | 1.839,00 | -11,81% | 37,19% |
| 2015 | 5.406,00 | -13,42% | 495,30 | 14,05% | 9,16% | 2.085,20 | -36,11% | 38,57% |
| 2014 | 6.244,20 | - | 434,30 | - | 6,96% | 3.263,60 | - | 52,27% |

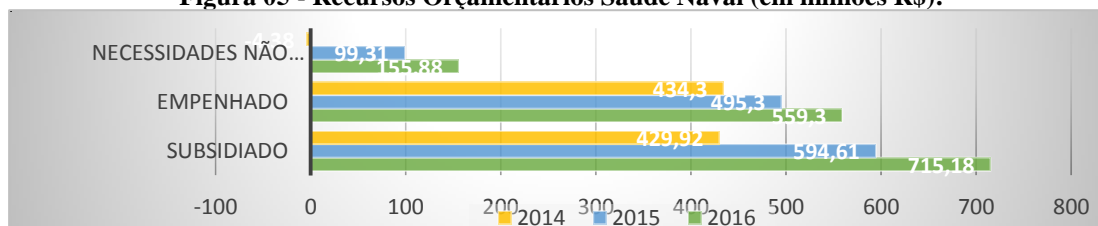
Fonte: Elaborado pelo autor mediante dados extraídos do SIOP, 2014-2016.

Através de análise do Quadro 01, elaborado mediante extração de dados no SIOP, verifica-se que, durante o período de 2014 a 2016, as despesas discricionárias da Marinha apresentaram diminuição e os recursos destinados para manutenção e operação dos meios navais tiveram redução mais intensa. Este cenário traz graves implicações negativas quanto à prontidão, à vida útil e ao aprestamento dos equipamentos e sistemas de defesa naval.

Embora o panorama geral tenha sido negativo, as despesas na área de saúde cresceram em média de 13% a.a., bem como sua participação no orçamento geral vem aumentando, representando mais de 10% do orçamento naval em 2016.

De acordo com informações da DSM, dentre as principais realizações da aplicação desses recursos estão a reforma das instalações do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), a ampliação e revitalização da Odontoclínica Central da Marinha (OCM), além de a aquisição de equipamentos médico-hospitalares de alta tecnologia.

Figura 05 - Recursos Orçamentários Saúde Naval (em milhões R\$).





Fonte: Elaborada pelo autor mediante dados fornecidos pela DSM, 2014 – 2016.

Conquanto tenham sido feitas algumas melhorias no SSM através da crescente evolução orçamentária, os valores subsidiados apresentam grande diferença ao empenhado, conforme se verifica na Figura 05, em que se observa que a disparidade entre os montantes subsidiados e empenhados no ano de 2016 esteve em mais de 150 milhões de reais. Discrepâncias como esta podem resultar em limitação na capacidade de atendimento, aumento de filas de marcação e redução em investimentos para modernização de instalações e aquisição de equipamentos.

4.2 Influências da expectativa de vida e da inflação do setor de saúde

4.2.1 Expectativa de vida

A partir de análise do Quadro 2, verifica-se que o público atendido pelo SSM apresenta faixa etária maior que a média da população brasileira, principalmente na faixa etária superior aos quarenta anos, fator este que deve se agravar com aumento da expectativa de vida, que demandará aporte de mais recursos para atendimento adequado da demanda.

Quadro 2 - Distribuição da População Brasileira e de Usuários da Saúde Naval - Ano 2016.

| FAIXA ETÁRIA | SEXO FEMININO | | | SEXO MASCULINO | | |
|--------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA ¹ (%) | POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA 2016 ² (%) | PROJEÇÃO DO IBGE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA ³ -2036 (%) | USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA ¹ (%) | POPULAÇÃO MASCULINA BRASILEIRA 2016 ² (%) | PROJEÇÃO DO IBGE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA ³ -2036 (%) |
| 0 -39 anos | 24,16 | 31,64 | 24,56 | 27,51 | 32,37 | 25,36 |
| 40-44 anos | 3,51 | 3,50 | 3,66 | 2,52 | 3,41 | 3,63 |
| 45-49 anos | 3,43 | 3,21 | 3,65 | 2,97 | 3,08 | 3,58 |
| 50-54 anos | 3,32 | 2,98 | 3,76 | 3,12 | 2,80 | 3,62 |
| 55-59 anos | 2,98 | 2,56 | 3,42 | 2,00 | 2,34 | 3,22 |
| 60-64 anos | 3,20 | 2,09 | 2,93 | 1,90 | 1,84 | 2,68 |
| 65-69 anos | 3,13 | 1,61 | 2,58 | 2,29 | 1,36 | 1,86 |
| 70-74 anos | 2,82 | 1,16 | 2,25 | 1,66 | 0,91 | 1,34 |
| 75-79 anos | 2,42 | 0,85 | 1,75 | 1,73 | 0,61 | 1,48 |
| > 80 anos | 2,89 | 1,05 | 2,41 | 1,63 | 0,63 | 3,89 |
| Total | 51,86 | 50,65 | 50,97 | 47,33 | 49,35 | 50,66 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota 1: Percentual de usuários do SSM não soma 100%, em razão de haver cadastro com datas incorretas ou ausência de informações sobre sexo.

Nota 2: Percentuais calculados levando em consideração o quantitativo total de usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) ¹, e o universo populacional brasileiro previsto pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os anos de 2016 ² e 2036 ³.

Fonte: Elaborado pelo autor mediante dados da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do ano de 2016 e 2036.

Através do Quadro 2, pode-se comparar e notar que as usuárias do SSM, de faixa etária superior a sessenta anos, encontram-se em percentual superior ao projetado para sociedade brasileira pelo IBGE para o ano de 2036. Em 2016, o percentual de mulheres idosas beneficiárias do SSM representavam cerca de quinze por cento do total de beneficiários do Sistema, enquanto somente daqui a dezenove anos, a população feminina idosa alcançará esta proporção na população total do Brasil.



De outro lado, verifica-se o grande desafio da SN nos próximos anos quanto ao atendimento dos usuários idosos do sexo masculino, pois, segundo as projeções do IBGE para 2036, este grupo praticamente duplicará ao se comparar com os números de 2016, embora a representatividade desse grupo no SSM já seja bem superior ao padrão brasileiro. Tal situação demandará mais investimentos na instalação de novos leitos e aumento da oferta de serviços nas áreas de urologia e geriatria.

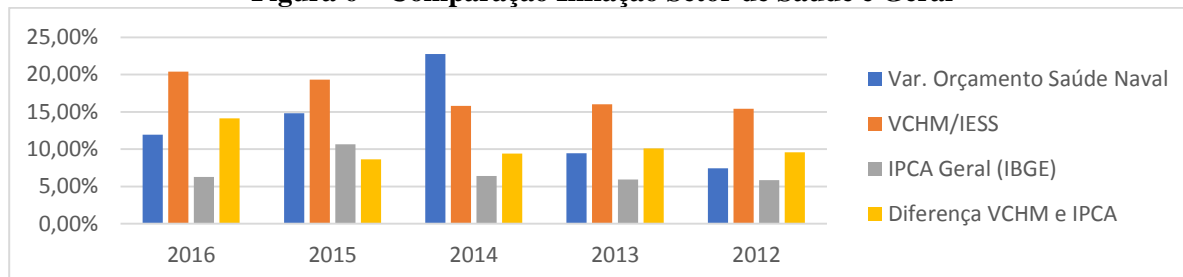
Conforme informações da DSM, observa-se a prática não rara de inclusão de pessoas de alta faixa etária como dependentes, quando já portadores de doenças graves. Isso ocorre em razão de os custos de um plano no sistema suplementar de saúde ser demasiadamente elevados na faixa etária acima de 59 anos, além de haver a exigência de carência para doenças preexistentes – em média de dois anos.

O padrão de qualidade insuficiente dos hospitais do SUS, seja pela carência de medicamentos e insumos, seja pela superlotação das unidades, também contribui em maior procura pelo SSM, que apresenta alto padrão de referência em algumas áreas da medicina.

4.2.2 Inflação do setor de saúde

O custo do setor de saúde comporta elementos que apresentam grande crescimento de seus valores, em razão da necessidade de inovação tecnológica, ou pelo uso frequente de materiais e serviços médicos para manutenção da vida humana.

Figura 6 – Comparação Inflação Setor de Saúde e Geral



Nota1: Percentuais calculados em relação ao ano anterior.

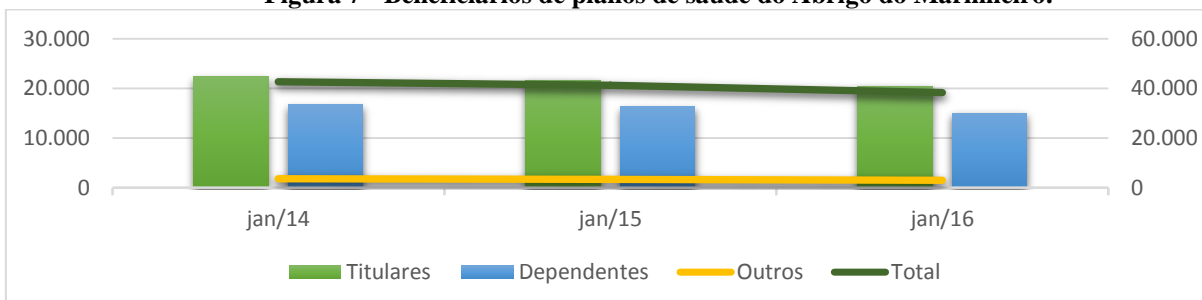
Fonte: Elaborado pelo autor com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) e DSM (Diretoria de Saúde da Marinha), 2012-2016.

Depreende-se, na Figura 6, que, nos cinco anos avaliados, em quatro a evolução do orçamento da SN foi menor que o índice VCHM do IESS, o que representa que há uma grande defasagem entre a variação dos custos médico-hospitalares e o que foi provisionado ao SSM, em relação ao exercício anterior. Este contexto de limitações orçamentárias prejudica a renovação do credenciamento de serviços médicos e reduz o interesse de terceirizados, pois gera descumprimento frequente dos prazos de pagamento das faturas dos credenciados e dificulta a renegociação contratual nos padrões de mercado.

Outro aspecto no âmbito inflacionário, refere-se sobre a pressão no orçamento doméstico da família naval. No período de 2014 a 2016, a recomposição dos soldos militares foi em média de 7,9% a.a., enquanto que o IPCA médio e o VCHM/IESS variaram 7,8% a.a. e 18,5% a.a., respectivamente, impactando o consumo de serviços de saúde suplementar.

Tal fato pode ser demonstrado na Figura 7, que se refere aos titulares, dependentes e agregados do Abrigo do Marinheiro, onde os titulares são associados e compostos em sua grande maioria por militares da MB, da ativa, inativos e pensionistas.

Figura 7 - Beneficiários de planos de saúde do Abrigo do Marinheiro.



Nota: A Figura 7 considerou apenas os beneficiários de planos de saúde da UNIMED-RIO, os quais representam 94% do total da Carteira de Saúde do AMN, ao mesmo tempo que os seis por cento restantes estão distribuídos pelas Operadoras ASSIM, Golden-Cross e Sul América.

Fonte: AMN (Abrigo do Marinheiro), 2014-2016.

Quadro 3 - Quantitativo de Beneficiários do SSM.

| Ano | Usuários SSM | Militares Ativos | Inativos | Pensionistas | Dependentes | Outros |
|------|--------------|------------------|----------|--------------|-------------|--------|
| 2016 | 346.776 | 79.336 | 49.487 | 24.358 | 192.657 | 938 |
| 2015 | 343.300 | 79.816 | 47.696 | 23.587 | 191.167 | 1.034 |
| 2014 | 336.047 | 78.061 | 46.794 | 23.733 | 186.295 | 1.164 |
| 2013 | 322.172 | 75.619 | 46.184 | 23.634 | 175.442 | 1.293 |
| 2012 | 310.551 | 74.473 | 45.436 | 23.524 | 165.733 | 1.385 |

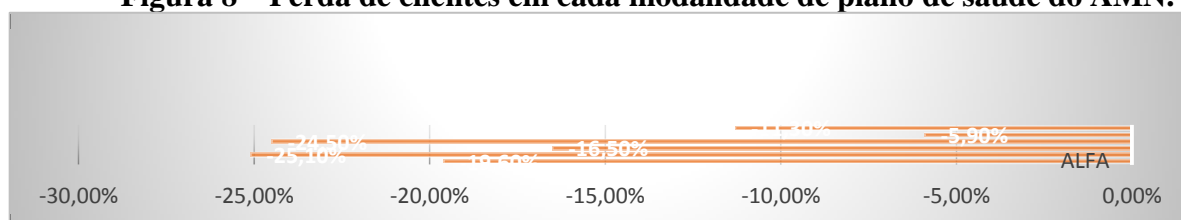
Nota: Quantitativo de militares que têm direito ao SSM.

Fonte: Diretoria de Saúde da Marinha, 2012-2016.

A Figura 7 constata a redução contínua no quantitativo de militares beneficiários de planos de saúde, o que pode indicar numa contribuição com o aumento da demanda nas unidades do SSM, cenário verificado no Quadro 3, ao se analisar a expansão do número de dependentes, que aumentaram em proporção bem superior ao quantitativo de militares ativos.

Em pesquisa realizada pela AMN, no período de março de 2014 a julho de 2017, foram informados como principais motivos de cancelamento dos planos: as condições financeiras (32%) e o óbito (12%).

Figura 8 – Perda de clientes em cada modalidade de plano de saúde do AMN.



Fonte: Abrigo do Marinheiro (AMN), mar. 2014 - jul. 2017.

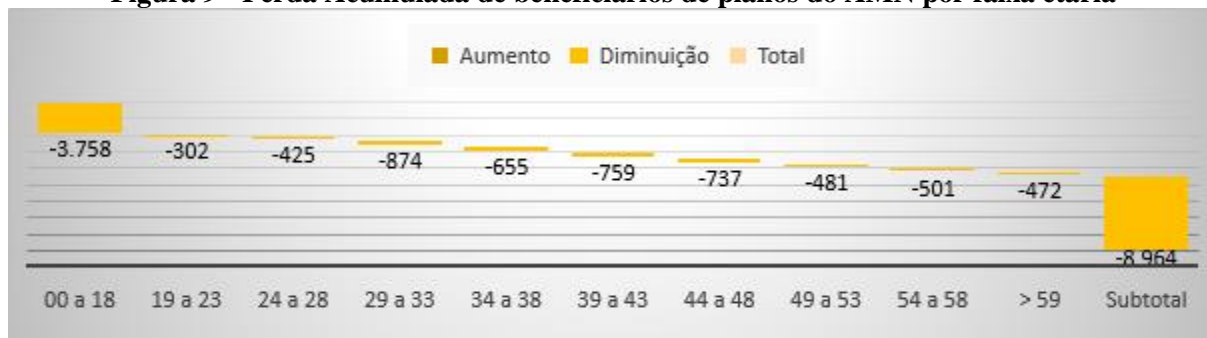
No que tange ao perfil socioeconômico dos que mais cancelaram planos de saúde nos últimos anos, ao considerar que os planos de saúde ALFA e UNI-ALFA (padrão de acomodação enfermaria) são os de menor preço, pode-se inferir através da Figura 8, que o perfil social que teve maior redução foi o pessoal de menor renda, ou seja, dos menores postos e graduações.

Na Figura 9, apresenta-se a perda acumulada de beneficiários de planos de saúde, por faixa etária, analisando os quantitativos de beneficiários ao final dos meses de março/2014 e julho/2017. Quanto ao perfil etário, a faixa de zero a dezoito anos foi a que apresentou maior



redução, além de, no período, o quantitativo de cancelamentos (26.157) superou a de novas adesões (17.193), gerando perda de 8.964 beneficiários na carteira.

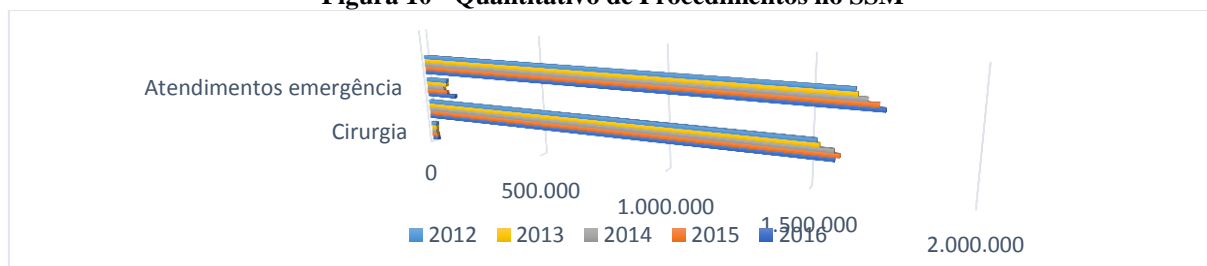
Figura 9 - Perda Acumulada de beneficiários de planos do AMN por faixa etária



Fonte: Abrigo do Marinheiro (AMN), mar. 2014- jul.2017.

Ao se reduzir o número de contribuintes da carteira, principalmente os de baixa faixa etária (que exercem baixo impacto de custo aos planos de saúde), aumenta-se o nível de risco e o grau de sinistro da carteira, fazendo com que a operadora repasse os custos às mensalidades dos planos, o que pode ser um prenúncio de um efeito em cadeia que torne por desestimular a contratação de um plano de saúde suplementar pela família naval, em razão dos custos crescentes, contribuindo com o aumento na demanda de serviços no SSM.

Figura 10 - Quantitativo de Procedimentos no SSM



Fonte: DSM, 2012-2016.

Outro dado que contribui com a hipótese da migração da família naval para o SSM é a majoração no quantitativo de procedimentos realizados entre os anos de 2012 e 2016, conforme contido na Figura 10. O aumento do número de procedimentos associados ao aumento da variação dos custos médico-hospitalares justifica a necessidade de aporte de mais recursos para o setor, pois, nos últimos anos, houve grande oscilação positiva nos preços de materiais e insumos utilizados principalmente por ocasião de cirurgias e internações, conforme mencionado por Silva (2014).

4.3 Impactos do Novo Regime Fiscal (EC 95/2016)

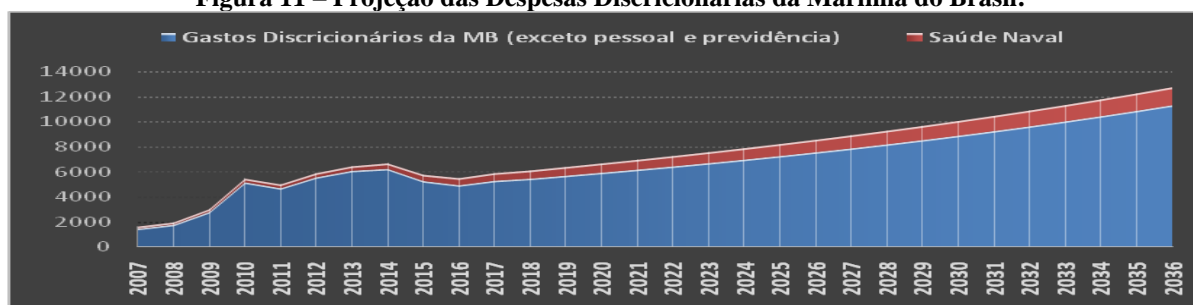
A aprovação do NRF foi considerada como um dos principais instrumentos de controle dos gastos públicos, que cresceram de forma insustentável nos últimos anos, resultando num aumento do déficit público, baixo crescimento econômico e prejuízo à imagem econômico-fiscal do Brasil.

Conforme mencionado, o NRF limita o crescimento das despesas públicas por um período de vinte anos, sendo tais montantes atualizados pelo IPCA, índice divulgado pelo IBGE. Os limites de gastos podem ser compensados entre os órgãos de cada Poder, sendo que



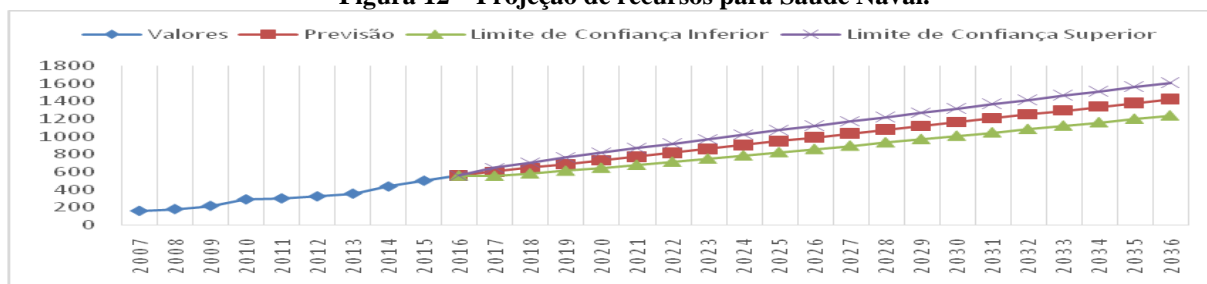
o não cumprimento do teto enseja algumas restrições previstas na EC 95/2016 (BRASIL, 2016).

Figura 11 – Projeção das Despesas Discricionárias da Marinha do Brasil.



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SIOP, 2007-2016.

Figura 12 – Projeção de recursos para Saúde Naval.



Fonte: Elaborado pelo autor com dados do SIOP, 2007-2016, e estimado por projeção no MS Excel 2016.

Através de dados do SIOP e do Relatório Trimestral de Inflação do BACEN (Banco Central do Brasil), expedido em setembro de 2017, constituíram-se as projeções nas Figuras 11 e 12, nas quais se podem inferir alguns impactos do NRF na MB. Por meio de recurso estatístico de projeção do *Microsoft Excel 2016*, trabalharam-se os dados da série orçamentária da SN, recursos empenhados de 2007 a 2016. Conclui-se que as necessidades do setor terão um crescimento mais elevado e significarão uma maior participação no orçamento da Marinha, ao representar quase doze por cento das despesas discricionárias.

Na projeção da Figura 12, levou-se em consideração a atualização do montante discricionário por meio de IPCA futuro previsto pelo BACEN, entretanto, ressalta-se que há grande possibilidade de o montante ser diminuído para remanejamento de verbas entre órgãos do Poder Executivo que estejam passando por maior necessidade, ou para cumprimento de despesas obrigatórias (pagamento de pessoal ativo e inativo, despesas previdenciárias, entre outras), que não são passíveis de corte, em detrimento das despesas discricionárias, suscetíveis a contingenciamento. Estas últimas despesas representam dispêndios com custeio, manutenção, entre outras realizações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), no qual se inclui o Programa de Desenvolvimento de Submarinos (PROSUB).

Embora as despesas do SSM sejam classificadas como de caráter discricionário, há a obrigação legal de atender aos usuários da SN, o que faz com que a mesma se comporte como obrigatória e de difícil planejamento, principalmente em razão de aspectos inopinados e de difícil previsão da saúde humana.



Um aspecto não menos importante, mas de difícil mensuração, refere-se ao impacto da estagnação do poder de compra da remuneração dos militares, que assim como os demais servidores públicos civis, terão menor capacidade de negociação de reajustes salariais, resultando num menor consumo de bens e serviços, como os planos de saúde, o que contribuiria em uma elevação da demanda no SSM. Isso resultará em maior necessidade de provisionamento de recursos à SN para manutenção de uma oferta adequada de serviços por aqueles que antes não utilizavam o sistema, embora contribuíssem para o FUSMA.

Assim, verifica-se que os gastos de saúde terão ampliação constante e crescente e deverão ocupar parcela do orçamento naval que antes era destinado a outros setores (manutenção de meios, formação de pessoal, etc), em razão das limitações impostas pelo NRF.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Confirmando a tendência de aumento da inflação do setor de saúde, do aumento da expectativa de vida e do cenário de restrições orçamentárias advindo do Novo Regime Fiscal, a Marinha tem grande necessidade de se planejar e preparar para um futuro onde as demandas de recursos para manutenção do SSM serão cada vez maiores.

A majoração das necessidades financeiras da SN crescerá a tal ponto que poderão comprometer grande parte do orçamento nos próximos vinte anos, explicado em parte pelo aspecto de o atendimento aos beneficiários do AMH ter um caráter compulsório, em qualquer lugar do Brasil, conforme disposto em instrumento legal. Tal circunstância permite concluir que algumas atividades dependentes de recursos discricionários devem ser impactadas negativamente, como às afetas à finalidade precípua da Força.

A redução dos níveis de atendimento nos hospitais da MB, fruto de limitações das despesas de SN, teria grande impacto na manutenção da higidez do pessoal de bordo, bem como promoveria grande impacto social, seja na diminuição da oferta de serviço aos dependentes, como redução da renda familiar disponível, pois elevaria a necessidade de aplicação de recursos particulares em saúde suplementar, setor este que apresenta variação de custos médicos e hospitalares superior à inflação média brasileira.

O aumento dos custos dos planos de saúde suplementar, a alta idade média dos beneficiários, associado à redução do poder de compra da família naval já causam reflexos no SSM, através de aumento da demanda de serviços como cirurgias e internações, eventos que exigem materiais e insumos de alto custo, além de uma infraestrutura com equipamentos que devem ser mantidos de forma periódica.

Ao longo da pesquisa, verificou-se a necessidade de atualização das regras para declaração e atualização de dependentes, previstas no Estatuto dos Militares, a fim de se coadunar com a atual realidade e evitar ingresso intencional de novos beneficiários com saúde grave e idade elevada, representando uma escalada de custos perigosa à sustentabilidade financeira da SN.

Outro ponto positivo da maior publicidade dos gastos consistiria na melhor noção dos benefícios do Sistema e no incentivo para que haja sensibilização dos membros do Congresso Nacional para alocação de emendas parlamentares, que visem à suplementação orçamentária para oferta de um serviço médico que seja referência junto à sociedade civil e militar.

Por fim, espera-se que este trabalho seja a semente para outras pesquisas e trabalhos na área de gestão de saúde no âmbito naval, visando a proporcionar o aperfeiçoamento de um



serviço que está relacionado ao bem-estar individual e coletivo daquilo que é o maior patrimônio da Marinha, o seu pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUSTERIDADE e retrocesso: finanças públicas e política fiscal no Brasil. 2016. São Paulo: Fundação Friedrich Ebert Stiftung; Fórum 21; GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política; Plataforma Política Social. set. 2016. Disponível em:

<<http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2017.

ALVES, Terezinha de Jesus Ribeiro. **A pensão da filha maior solteira de 21 anos em união estável e a não recepção do parágrafo único do art. 5º da Lei n. 3373/1958.** Brasília:UCB, 2008. Disponível em:

<<https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/4240/2/Terezinha%20de%20Jesus%20Ribeiro%20Alves.pdf>>. Acesso em: 24 de set. 2017.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95/2016**, 15 dez. 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 24 de set. 2017.

_____. **Lei 6880/1980**, 09 dez. 1980. Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6880.htm>. Acesso em: 24 de set. 2017.

_____. Ministério do Planejamento e Orçamento. **Portaria Normativa n. 01/2017**, 09 mar. 2017. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do Poder Executivo Federal. Disponível em:

<http://www.utfpr.edu.br/servidores/portal/beneficios/copy_of_PORTARIANORMATIVAN12017.pdf>. Acesso em: 24 set. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Nota sobre a Proposta de Emenda Constitucional n. 241/2016**. 08 ago. 2016. Disponível em:

<http://www.conass.org.br/wpcontent/uploads/2016/06/NOTA_CONJUNTA_CONASS_CONASEMS_PEC241.pdf>. Acesso em: 21 set. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006. INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **VCMH**. 16. ed. São Paulo, set. 2017. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH_set17.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

MARINHA DO BRASIL. Gabinete do Comandante. Portaria nº 333/2016, de 09 nov. 2016. Altera o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 216, p. 13, 10 nov. 2016. Seção 1.

_____. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. Diretoria de Saúde da Marinha. **Manual do Usuário do Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro:DSM, 11 jun. 2009a. Disponível em: <<https://www.mar.mil.br/eamce/arquivos/fusma/ManualUSSM.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

_____. Gabinete do Comandante. Portaria nº 330/2009, de 25 set. 2009b. Aprova o Regulamento para o Fundo de Saúde da Marinha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 188, p. 17, 01º out. 2009. Seção 1.



- MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Franco; CARRILLO ROA, Alejandra (Orgs.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde/Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2016.
- MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MENDES, Áquilas Nogueira. A saúde pública brasileira num universo "sem mundo": a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cad. Saúde Pública**. 15 dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001400502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2017.
- MICROSOFT. **Função Previsão ETS**. 2016. Disponível em: <<https://support.office.com/ptbr/article/Fun%C3%A7%C3%A3o-PREVIS%C3%83O-ETS-15389b8b-677e-4fbd-bd95-21d464333f4>>. Acesso em: 16 out. 2017.
- MORONISI, S. et al. Custo e tempo de permanência hospitalar de idosos residentes em Recife – PE. **Geriatrics & Gerontologia**. v.5, n. 2, p.:91 a 98, 2011.
- PARISI, C.; GALHARDO, J. A. G.; PEREIRA, A. C.; SILVA, A. F. Presença Potencial do Contingenciamento da União nos Artíficos Adotados pelos Gestores das UG's. **R.bras, Gest. Neg.**, São Paulo, v. 13, n. 41, out. - dez. 2011, p. 415-439.
- PFUNTNER, A.; WIER, L.M.; STEINER, C. **Costs for Hospital Stays in the United States**, 2010. HCUP Statistical Brief #146. Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. Disponível em: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb146.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2017.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- PROTÁSIO, C. G.; BUGARIN, M. S.; BUGARIN, M. N. S., 2004, **À Espera da Reforma Orçamentária: Um Mecanismo Temporário para Redução de Gastos Públicos**. EST. ECON., São Paulo, v. 34, n. 1, jan. – mar., p. 5-41.
- ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>>. Acesso em 25 set. 2017.
- SILVA, Amanda Reis. **A importância de Materiais e Medicamentos nos gastos médicos: dados de uma operadora no período de 2007 a 2012**. São Paulo: IEES. n. 14, 2014. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/7ubdo3j6io3oglo7.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.
- ZUCCHI, Paola; DEL NERO, Carlos; MALIK, Ana Maria. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde soc.** dez. 2000, p. 127-150. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100010> Acesso em: 24 set. 2017.