

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

CONTAS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONTABILIDADE INTERNACIONAL

CONTA SHA PARA O BRASIL, 2015 A 2019



ipea

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

CONTAS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONTABILIDADE INTERNACIONAL

CONTA SHA PARA O BRASIL, 2015 A 2019

Brasília – DF
2022

ipea

Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação

André Reis Diniz

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Ministério da Saúde

Ministro Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes

Secretário Executivo (SE)

Rodrigo Otávio Moreira da Cruz

Secretário-Executivo Adjunto

Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos

Diretor do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento

Daniel Meirelles Fernandes Pereira

Coordenador-Geral de Economia da Saúde

Everton Macêdo Silva

Fiocruz

Presidente

Nisia Trindade Lima

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública

Marco Antônio Carneiro Menezes

Equipe de Elaboração da Publicação

Coordenação Técnica – Maria Angelica Borges dos Santos (Fiocruz)

SHA-SUS

Anderson José Rocha da Silva (Desid/SE/MS)

Luciana Mendes Santos Servo (Disoc/Ipea)

Raulino Sabino da Silva (Fiocruz)

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides (Disoc/Ipea)

Equipe de Apoio à Execução SHA-SUS

Diego Diniz Lopes (Desid/SE/MS)

Fabiola Sulpino Vieira (Disoc/Ipea)

Maria Eridan Pimenta Neta (Desid/SE/MS)

Wesley Rodrigues Trigueiro (Desid/SE/MS)

SHA Saúde Suplementar

Heitor Franco Werneck (ANS)

Luís Cláudio Lobato (Fiocruz)

Márcio Nunes de Paula (ANS)

Rodrigo Mendes Leal (Grupo de pesquisa e estudos

prospectivos NEP/UCB)

SHA Pagamento direto do bolso das famílias

Rebeca Palis (IBGE)

Ricardo Montes de Moraes (IBGE – licenciado para doutorado)

Tássia Gazé Holguin (IBGE)

Redação do Texto

Maria Angelica Borges dos Santos

Luciana Mendes Santos Servo

Ricardo Montes de Moraes

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Preparação de Tabelas

Raulino Sabino da Silva

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Fontes de Financiamento

Ministério da Saúde - MS

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

CONTAS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA CONTABILIDADE INTERNACIONAL

CONTA SHA PARA O BRASIL, 2015 A 2019

Brasília – DF
2022

ipea

Brasil. Ministério da Saúde

Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional : conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019 / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: IPEA, 2022.
90 p. : il., color.

Inclui Bibliografia.

ISBN: 978-65-5635-028-8

1. Gastos em Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Sistema Único de Saúde. I. Ministério da Saúde. II. Fundação Oswaldo Cruz. III. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 362.1098

Ficha catalográfica elaborada por Elisângela da S. G. de Macedo CRB-1/1670
DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-028-8>

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

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

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Participação dos regimes de financiamento (HF) no gasto em saúde – Brasil (2015 e 2019).....	34
Gráfico 2: Participação dos regimes de financiamento (HF) nos gastos com funções de cuidados de saúde (HC) – Brasil (2019)	37
Gráfico 3: Participação de gastos em cuidados de saúde (HC), segundo regimes de financiamento (HF) – Brasil (2019)	38
Gráfico 4: Gastos em saúde de países selecionados, segundo serviços e bens consumidos	42
Gráfico 5: Participação das esferas de governo no financiamento das funções de saúde do SUS – Brasil (2019)	49
Gráfico 6: Participação dos prestadores nas despesas correntes do SUS – Brasil (2015-2019)	54
Gráfico 7: Alocação de despesas nos principais prestadores, segundo finalidade do gasto (função) – Brasil (2019).....	59
Gráfico 8: Distribuição das despesas por tipo de cuidados de saúde (HC), segundo principais prestadores no SUS – Brasil (2019)	60
Gráfico 9: Comparação das despesas do SUS com atendimentos de urgência e emergência, segundo prestador – Brasil (2015 e 2019).....	62
Gráfico 10: Distribuição das despesas com exames diagnósticos laboratoriais e de imagem no SUS, segundo prestador – Brasil (2019)	63
Gráfico 11: Quantidade de beneficiários de planos e seguros de saúde – Brasil (set. 2015-set. 2019)	66
Gráfico 12: Participação das modalidades de operadoras de planos e seguros de saúde (HF 2.1) nas despesas correntes totais com saúde do setor – Brasil (2019)	71
Gráfico 13: Participação das modalidades de contratação nas despesas de planos e seguros de saúde (HF 2.1), segundo modalidade de operadora – Brasil (2019)	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Regimes de financiamento (HF) e fontes (receitas) correspondentes (FS) identificados – Brasil.....	23
Quadro 2: Classificação das funções de cuidados de saúde (ICHA-HC).....	26
Quadro 3: Classificação de prestadores de cuidados de saúde – Brasil.....	28
Quadro A.1: Alterações da Conta SHA SUS 2010-2014 para Conta SHA 2015-2019	79
Quadro A.2: Classificação de prestadores de cuidados de saúde: correspondência entre os códigos SHA, a classificação CNES e a adaptação para o Brasil.....	80
Quadro B.1: Sistemas de informação e dados para elaboração da Conta SHA 2015-2019.....	83
Quadro C.1: Tradutor plano de contas da ANS para Funções de cuidados de saúde (ICHA-HC) do SHA.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Gastos em saúde segundo regimes de financiamento SHA 2011 – Brasil (2015-2019).....	30
Tabela 2: População, gastos <i>per capita</i> em saúde – Brasil (2015-2019).....	30
Tabela 3: Variações anuais nominais e de volume entre anos e valores do consumo <i>per capita</i> em saúde – Brasil (2015-2019)	31
Tabela 4: Gastos anuais <i>per capita</i> em saúde, segundo regime de financiamento – Brasil (2015-2019)	32
Tabela 5: Gastos em saúde como proporção do PIB, segundo regimes públicos e privados – Brasil (2015-2019).....	33
Tabela 6: Variação anual dos gastos em saúde (nominais e de volume), segundo o regime de financiamento – Brasil (2015-2019)	34
Tabela 7: Crescimento médio nominal e participação média das funções de cuidado no gasto total com saúde – Brasil (2015-2019)	36
Tabela 8: Crescimento nominal médio anual dos gastos em saúde, segundo funções (primeiro dígito) e regimes de financiamento (HF) – Brasil (2015-2019).....	40
Tabela 9: Crescimento nominal médio de gastos em saúde, segundo funções detalhadas – Brasil (2015-2019)	41
Tabela 10: Despesas de capital públicas e privadas – Brasil (2015-2019).....	43
Tabela 11: Despesas com saúde de regimes públicos (governamentais) (HF 1): participação institucional no período – Brasil (2015-2019).....	45
Tabela 12: Despesas correntes do SUS (HF 1.1), segundo funções de cuidados de saúde (ICHA-HC) – Brasil (2015-2019)	46
Tabela 13: Participações dos grandes grupos de finalidades do gasto (funções) nas despesas do SUS – Brasil (2015-2019)	48
Tabela 14: Participação das esferas de governo nos gastos do SUS com as funções de saúde – Brasil.....	50
Tabela 15: Participação das esferas de governo nas despesas correntes com o SUS, segundo função SHA – Brasil (média 2015-2019)	51
Tabela 16: Evolução das despesas por finalidade do gasto no SUS (função) – Brasil.....	52
Tabela 17: Despesas correntes do SUS por prestador – Brasil (2015-2019).....	53
Tabela 18: Despesas correntes do SUS por tipo de prestador e esfera de governo – Brasil (2019)	55
Tabela 19: Participação das esferas de governo no financiamento de prestadores selecionados do SUS – Brasil (2019).....	56
Tabela 20: Participação dos tipos de prestadores nas despesas correntes com o SUS (recursos próprios) das esferas de governo – Brasil (2019).....	57
Tabela 21: Crescimento médio anual das despesas das esferas de governo com o SUS, segundo prestadores selecionados – Brasil (2015-2019)	58
Tabela 22: Despesas e receitas para cobertura das despesas de planos e seguros de saúde (HF 2.1), com variações anuais médias – Brasil (2015-2019)	66
Tabela 23: Despesas correntes dos planos e seguros de saúde (HF 2.1), segundo funções de cuidados de saúde (ICHA-HC) – Brasil (2015-2019).....	68
Tabela 24: Crescimento médio nominal anual das despesas dos planos, segundo segmento de cuidado (HC) detalhado – Brasil (2015-2019)	70
Tabela D.1: Despesas do Ministério da Saúde com ASPS, comparação entre os valores empenhados e pagos, incluindo restos a pagar pagos – Brasil (2015-2019).....	89

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 CLASSIFICAÇÕES SHA 2011 APLICADAS AO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	21
3 RESULTADOS	29
4 REGIMES PÚBLICOS (GOVERNAMENTAIS) E O DETALHAMENTO DA CONTA SHA SUS	45
5 DETALHAMENTOS DA CONTA DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE VOLUNTÁRIOS PRIVADOS (HF 2.1)	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: LIMITAÇÕES E PRÓXIMOS PASSOS	75
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A	79
APÊNDICE B	83
APÊNDICE C	87
APÊNDICE D	89

APRESENTAÇÃO

Essa é a primeira Conta de Saúde utilizando a metodologia da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (Contas SHA – *System of Health Accounts*), que contempla planos e seguros de saúde privados e o pagamento direto do bolso das famílias, para o período entre 2015 e 2019 – Conta SHA 2015-2019. Antes dela, já foram publicadas contas de saúde adaptando a metodologia da Organização das Nações Unidas (ONU) para o Sistema de Contas Nacionais (SNA 2008), as chamadas Contas Satélites, com uma perspectiva macroeconômica (IBGE, 2019), além de uma conta SHA cobrindo exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2018).

A Conta SHA 2015-2019 mostra que o financiamento da saúde no Brasil continua não sendo majoritariamente público, voltado para o SUS, ainda que, no país, o direito à atenção à saúde para toda a população esteja previsto na Constituição Federal de 1988 e o SUS seja a única alternativa de acesso aos serviços de saúde para mais de 70% da população.

A maior importância do SUS, que ficou ainda mais clara durante a resposta brasileira à pandemia, está relacionada também com o fato de este sistema ser o grande financiador da vigilância em saúde e da prevenção (inclusive por meio de vacinas) no país, bem como responder por pouco mais da metade do financiamento de toda a atenção curativa.

Os desafios ficam claros quando se observa também que os *medicamentos são majoritariamente financiados por pagamento direto do bolso das famílias*. Ainda vivemos um *modelo focado na atenção curativa, com menores volumes de financiamento voltados para cuidados de longo prazo e reabilitação*. Essas duas áreas já se encontravam pressionadas pelo *envelhecimento da população* brasileira e serão ainda mais demandadas com as necessidades de *cuidados de longo prazo pós-covid*.

Assim, destacam-se esses e outros resultados a seguir.

- Apesar de ter havido aumento das despesas nominais de todos os regimes de financiamento públicos e privados entre 2015 e 2019, o crescimento dos regimes privados (planos de saúde e pagamento direto do bolso das famílias) foi maior do que o dos regimes governamentais (representados principalmente pelo SUS).

- Em 2019, o gasto *per capita* brasileiro, ajustado pela Paridade do Poder de Compra (\$PPC), equivalia a 77% do menor gasto de países europeus da OCDE.
- Na comparação com países de América Latina e Caribe, segundo dados publicados pela OCDE para o ano de 2017, o gasto em saúde *per capita* brasileiro esteve acima da média da região (1.026 \$PPC), mas abaixo dos países vizinhos Chile (2.182 \$PPC), Uruguai (2.102 \$PPC) e Argentina (1.907 \$PPC).
- Em 2019, em média, uma pessoa coberta por plano de saúde, realizando desembolso direto e com cobertura para o SUS, usufruiu de cinco vezes mais recursos do que a média daqueles cobertos apenas pelo SUS (sem planos de saúde nem desembolso direto). Cabe lembrar que o SUS é um direito de todos os brasileiros e ainda cobre estrangeiros que vivem no país, ao passo que os planos e seguros de saúde cobrem menos de 27% da população residente.
- Enquanto, em 2019, na média dos países da OCDE, os regimes públicos de saúde representaram 6,1% do produto interno bruto (PIB), comparado a uma média de regimes privados de saúde de 2,1% do PIB, no Brasil, a situação era inversa: regimes privados representaram 5,7% do PIB e regimes públicos, 3,9% do PIB.
- A participação pública no financiamento do sistema de saúde, excluídos os regimes não identificados, diminuiu de 44,8% para 42,2%, entre 2015 e 2019, ao passo que o financiamento intermediado por planos e seguros de saúde aumentou de 30,1% para 32,1% e os financiamentos diretos do bolso de 25,1% para 25,7%.
- A atenção curativa representa metade das despesas em saúde (49,8%), seguida por 20,5% gastos em medicamentos e artigos médicos e 11,3% em exames complementares, que conjuntamente respondem por 81,5% do total dos gastos, com uma participação menor da prevenção, promoção e vigilância em saúde, dos cuidados de longo prazo e da reabilitação e gestão.
- A participação de cada regime de financiamento no gasto mostra que a atenção curativa é majoritariamente financiada por regimes públicos (52,5%), seguidos de regimes de pré-pagamento voluntário (36,9%).
- Medicamentos e artigos médicos são majoritariamente financiados por gastos diretos do bolso das famílias (87,7%).

- As despesas com prevenção, promoção e vigilância em saúde são, em sua maior parte, financiadas por regimes de financiamento governamentais – notadamente o SUS (89,6%).
- Planos e seguros de saúde regulados pela ANS responderam por mais de 60% dos gastos com gestão do sistema de saúde no país, pela maior parte dos gastos com cuidados de longo prazo (50,7%) e por quase a metade (46%) dos gastos com atividades complementares ao diagnóstico e tratamento – exames e transporte de pacientes.
- Investimentos corresponderam, no período, em média, a 3,3% dos gastos correntes em saúde, um nível baixo quando comparado ao de países europeus da OCDE, nos quais a média, em 2018, foi de 5%, mas semelhante à média de países da região da América Latina e Caribe.
- Considerando, exclusivamente, as despesas do SUS (incluindo os hospitais universitários do Ministério da Educação – MEC), em 2019, o governo federal foi o principal financiador de cuidados de: atendimentos de reabilitação (75%); cuidados de longo prazo (67%); medicamentos e artigos médicos (75%); e atividades de prevenção, promoção e vigilância (59%).
- O governo federal também teve importante participação no financiamento das outras funções de cuidados, como nas atividades curativas (45%). Nas atividades complementares ao diagnóstico e tratamento (exames e transporte de pacientes), as esferas subnacionais respondem quase igualmente pelo financiamento (em torno de 30%).
- Os governos estaduais tiveram a maior participação no financiamento das interações gerais (47%), seguidos pelo governo federal (40%) e de pequena participação municipal (13%).
- Os governos municipais foram os principais financiadores da atenção ambulatorial básica (58% do total das despesas) e da atenção ambulatorial odontológica (53% do total). O governo federal respondeu por 34% e 39% dessas despesas, respectivamente.
- A atenção ambulatorial especializada foi majoritariamente financiada pelo governo federal (63%), com uma participação praticamente igual dos governos estaduais e municipais. Esses serviços envolvem, além de consultas especializadas, tratamentos de alto custo, como quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.
- Entre 2015 e 2019, os tipos de prestadores predominantes no SUS continuaram a ser os hospitais. Foram gastos R\$ 115,14 bilhões em 2019 (41,5% do total de gastos) em hospitais, seguidos pelas unidades de

atenção primária, para onde foram direcionados R\$ 68,8 bilhões (25,1% do gasto total) em 2019.

- Planos e seguros de saúde tiveram substantiva queda de beneficiários entre 2015 e 2017, mas foram o regime de financiamento em que mais cresceram os gastos com saúde no país (9,2% nominais ao ano, comparado a 7,5% para a totalidade dos regimes de financiamento).
- As despesas assistenciais de planos e seguros de saúde (saúde suplementar) cresceram no período, mas a gestão ainda representava 14% do total das despesas desse segmento em 2019.
- Em 2019, as internações responderam por 34,1% dos gastos da saúde suplementar, contrastando com 25,2% dos gastos do SUS. As atividades de diagnóstico (exames e transporte de pacientes) dos planos e seguros corresponderam a 17,5% de seus gastos.
- Consideradas apenas despesas assistenciais, as atividades curativas (internações e atendimentos ambulatoriais, excluídas atividades de reabilitação e psicossociais) e complementares ao diagnóstico (exames e transporte de pacientes) corresponderam a mais de 90% dos gastos dos planos. Atendimentos de reabilitação, de longo prazo (inclusive cuidados psicossociais) – que ganham importância com o envelhecimento populacional – e atividades de prevenção e promoção da saúde – que devem se destacar ainda mais no contexto da pandemia da covid-19 – responderam por menos de 10% dos gastos.

1 INTRODUÇÃO

As contas de saúde apresentam dados sobre gastos e financiamento da saúde de um país. No Brasil, a compilação dos gastos em saúde proposta pela OCDE por meio do *System of Health Accounts* 2011 (SHA 2011) (OECD, Eurostat e WHO, 2017) foi inaugurada com a publicação da Conta do SUS em 2018 (Brasil, 2018). Aquela publicação cobria exclusivamente gastos em saúde efetuados no período entre 2010 e 2014 pelo SUS, com um panorama ainda incompleto dos gastos em saúde no Brasil.

A Conta SHA para o Brasil, contida nesta publicação, expande o escopo e as análises dos gastos em saúde para incluir a totalidade dos gastos em saúde que foram possíveis de serem estimados até dezembro de 2019, configurando o espectro completo das contas de saúde no formato SHA 2011, padronizadas para comparações internacionais. Esta publicação compreende o período de 2015 a 2019, mantendo algumas comparabilidades em relação ao período anterior para as Conta SHA SUS (quadro A.1).

A publicação atual traz como novidade a disponibilização dos principais dados apresentados em formato de planilhas Excel *online*, o que facilitará seu uso por gestores e pesquisadores para explorar aspectos específicos das políticas públicas da área. Estão sendo disponibilizadas as planilhas contendo as distribuições dos gastos por funções para todos os esquemas de financiamento do sistema de saúde brasileiro e detalhamentos referentes ao SUS, com disponibilização das tabelas por esfera de governo, por funções, por prestadores e o cruzamento de funções por prestadores. Além disso, é fornecida a tabela de correspondências entre procedimentos SIGTAP e seus tradutores SHA, que traduz, na forma de procedimentos SUS, o conteúdo das funções de cuidados de saúde.

Os resultados serão apresentados segundo os grandes agregados de regimes de financiamento (*health financing schemes* – HF). Os regimes de financiamento correspondem às modalidades de cobertura de saúde de distintos grupos populacionais e, em linhas gerais, incluem: regimes governamentais e contributivos públicos (HF 1); regimes baseados em pré-pagamentos voluntários privados (HF 2); e regimes de pagamento direto do bolso das famílias (HF 3).

Além da análise por regimes de financiamento, esta publicação apresenta também análises por funções de cuidados de saúde (*health care functions* – HC).

As funções de cuidados de saúde são as que mais se aproximam de uma análise funcional do gasto, de acordo com aquilo que, no sistema de contabilidade pública brasileira, denomina-se de subfunções (Brasil, 2019). Entretanto, a metodologia SHA adota uma perspectiva internacional que vincula esses produtos de saúde a finalidades “clínicas” clássicas do cuidado em saúde, a saber: cura, reabilitação, palição e promoção, prevenção e vigilância à saúde. Isso gera diferenças em relação à perspectiva da contabilidade pública nacional e às classificações do Fundo Monetário Internacional (FMI).

Ao adotar a perspectiva da Conta SHA com adaptações para a realidade brasileira, o país dialoga e produz estatísticas para o *Global Health Expenditure Database* (GHED), permitindo a comparabilidade de seus dados com os de quase 190 países. Essa base internacional é utilizada para discussões centrais sobre reformas dos sistemas de saúde, incluindo as agendas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especificamente em relação à meta (3.8) de Cobertura Universal de Saúde (*Universal Health Coverage*).¹

No caso brasileiro, a base internacional GHED é alimentada por um sistema que envolve a produção de Contas Satélites de Saúde (CSS) e de Contas SHA. Essas contas são complementares, visto que a CSS adota a perspectiva macroeconômica do sistema de contas nacionais baseado na metodologia do Sistema de Contas Nacionais (SNA 2008) da Organização das Nações Unidas (ONU), ao passo que as Contas SHA adotam a perspectiva da saúde e dialogam mais com a gestão interna do sistema de saúde. Pela CSS, o objetivo principal é garantir a consistência dos indicadores macroeconômicos da saúde e a comparabilidade com os agregados da economia, tais como valor adicionado, produto interno bruto, consumo intermediário, geração de empregos, remunerações, entre outros. A metodologia SHA busca analisar as relações internas do setor saúde, tais como funções de cuidados de saúde e prestadores de cuidados, segmentados segundo seus regimes de financiamento e respectivas receitas (fontes de financiamento).

A CSS e as Contas SHA são produzidas em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pela coordenação e publicação das CSS (IBGE, 2019), contando com a participação do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essas instituições são também responsáveis pela produção das Contas SHA. Assim como na produção da CSS, a primeira publicação da Conta SHA SUS pelo Ministério da Saúde e pela Fiocruz contou com a participação dessas instituições. A atual publicação é feita também em conjunto com elas.

1. Mais detalhes em: <<https://bit.ly/3FWgVwP>>; <<https://odsbrasil.gov.br/>>.

Do ponto de vista da gestão e da organização do sistema brasileiro de saúde, a decomposição dos gastos por finalidade (*Healthcare functions* – HC) ajuda a planejar o financiamento e os investimentos estratégicos nos vários segmentos da atenção. A análise funcional do gasto mostra quem financia (*Health financing schemes* – HF) a atenção curativa, a reabilitação, os cuidados de longo prazo, os medicamentos, entre outros, e em quais prestadores estes são oferecidos (*Healthcare providers* – HP). Outro ponto relevante é que essa forma de apresentar o gasto possibilita pensar a organização, a gestão e o financiamento da atenção à saúde no país e dialogar com o que está acontecendo no cenário mundial. Com as informações disponíveis até o momento da elaboração desta publicação, foi possível realizar análises mais detalhadas dos regimes governamentais públicos, tanto no detalhamento de algumas funções de cuidados quanto dos estabelecimentos (prestadores) que fornecem esses cuidados.

Assim, esta publicação se organiza em cinco seções, além dessa introdução. A próxima seção trata das classificações da SHA 2011 e sua adaptação ao sistema de saúde brasileiro. Na terceira seção, os resultados para todos os regimes de financiamento e seu posterior detalhamento. A seção 4 traz análises que só foram possíveis de serem feitas para a parcela financiada pelo SUS, incluindo os hospitais universitários federais e a parcela do financiamento do Ministério da Educação destinada a eles. No detalhamento desse financiamento público SUS, são realizadas análises por prestadores, com destaques para algumas unidades de prestação de serviços e por esfera de governo (federal, estadual e municipal). A quinta seção traz alguns detalhamentos dos planos e seguros de saúde voluntários privados (HF 2.1). Por fim, serão tecidas algumas considerações sobre limitações e próximos passos.

As análises incluem desagregações, considerando, sempre que haja informações identificadas e analisadas, as principais dimensões do SHA (HF, HC, HP), segundo suas participações nas despesas totais, variações ao longo do tempo, em valores correntes (nominais) e constantes (de volume) e em percentual do PIB. Algumas comparações internacionais apresentadas no texto serão baseadas no dólar e euro em paridade de poder de compra (\$PPP).

2 CLASSIFICAÇÕES SHA 2011 APLICADAS AO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

2.1 Regimes de financiamento¹

Para compilar dados de gasto com saúde, o SHA 2011 privilegia a arquitetura institucional dos sistemas de saúde dos países, pautada pelos chamados regimes de financiamento, deixando em segundo plano a discussão da origem dos recursos.

Os regimes de financiamento definem como as pessoas têm acesso a cuidados de saúde e as modalidades de cobertura dos vários grupos populacionais. São caracterizados segundo critérios que definem o público-alvo e os requisitos para ser beneficiário. Os critérios mais importantes são a participação ser obrigatória por lei ou voluntária e a base para a elegibilidade ser contributiva ou não contributiva. Também são critérios de caracterização dos regimes de financiamento: i) o fato de incluírem nativos não residentes ou estrangeiros; ii) a forma individual ou coletiva de organizar os recursos (*pooling*);² iii) se as contribuições são pré ou pós-pagas (no momento do serviço); e iv) a existência ou não de uma apólice formal de seguro.

No caso do SUS, o público-alvo é toda a população brasileira, isto é, a elegibilidade é universal para residentes, ao passo que a saúde suplementar cobre aqueles que têm planos e seguros de saúde privados e contratos formais, geralmente em regimes de pré-pagamento. Já o desembolso direto está relacionado aos pagamentos diretos do bolso das famílias, sem a intermediação de nenhum esquema de asseguração, e depende da capacidade de pagamento de cada uma. No caso dos regimes públicos brasileiros, há também coberturas para grupos específicos de servidores públicos (regimes próprios de servidores públicos).

A adesão aos sistemas não universais pode ser obrigatória ou voluntária. A adesão aos planos e seguros privados regidos pela ANS é sempre voluntária. Contudo, há casos específicos de planos para servidores públicos militares e alguns segmentos para servidores civis em que a adesão é obrigatória se o servidor quiser contar com a parcela da contribuição governamental para seu financiamento.

1. Regimes de financiamento podem ser também denominados de modalidades ou esquemas de financiamento. Adotou-se, nesta publicação, a tradução de regimes de financiamento para *health financing schemes*.

2. Os recursos arrecadados pelo regime de financiamento (receitas) podem ser organizados em contas individuais (como as *National Savings Accounts*, nos Estados Unidos) ou em contas coletivas (forma mais habitual).

A base para elegibilidade pode ser contributiva ou não contributiva. No caso do SUS, o financiamento é feito por meio de tributos – contribuições sociais e impostos arrecadados de toda a população. O financiamento dos planos e seguros de saúde conta com contribuições voluntárias de famílias, empresas e governos. O financiamento do pagamento direto do bolso é feito pelas famílias. Assim, a fonte de financiamento não se confunde com os regimes de financiamento. As fontes de recursos para financiá-los podem ser distintas, mas os regimes de financiamento são hoje o principal critério para definir financiamento público (ou governamental) e privado no SHA.

A partir da análise apresentada na seção de resultados, será possível perceber que o sistema de saúde brasileiro comporta exemplos representativos de quase todos os regimes de financiamento elencados no SHA 2011. Os regimes que movimentam a maior parte dos recursos e detêm o maior contingente de beneficiários na população brasileira são: i) regimes governamentais (HF 1); ii) regimes baseados em pré-pagamentos voluntários (HF 2); e iii) regimes de pagamento direto do bolso das famílias (HF 3). Esses três regimes e alguns de seus detalhamentos³ têm sido regularmente reportados nas informações enviadas pelo Brasil para compor a *Global Health Expenditure Database* (GHED).⁴

É a partir desses regimes de financiamento que se realiza, no SHA, a repartição dos gastos de saúde em públicos e privados, e não a partir dos recursos que os financiam. Ou seja, quando se diz que um regime é público, ele pode incluir contribuições das famílias e das empresas para seu financiamento. Um exemplo no caso brasileiro são os regimes de financiamento de planos de saúde de militares e servidores públicos quando há adesão obrigatória, constituindo seguros sociais obrigatórios. O governo financia uma parte, mas há financiamento direto dos servidores civis e militares, de modo que, para efeitos da conta SHA, é um regime público e, portanto, classificado como gasto público, mesmo que contando com fontes privadas. O oposto também se aplica: planos e seguros voluntários de saúde recebem subsídios governamentais quando o governo ressarcir parte dos prêmios pagos por servidores que aderem a eles.

O quadro 1 apresenta as diferenças entre regimes de financiamento e os recursos que os financiam. Esses recursos compõem a categoria outrora denominada como fontes de financiamento, mas atualmente renomeada como receitas dos regimes de financiamento (FS – *Revenues of financing schemes*). Em linhas gerais, essas receitas contemplam os seguintes grandes grupos e suas subdivisões: i) receitas governamentais derivadas de taxas, impostos e contribuições (FS 1); ii) transferências de origem externa recebidas pelo governo (FS 2); iii) contribuições de seguro social

3. Esse é o caso dos regimes de financiamento de instituições sem fins de lucro (ISFL) a serviço das famílias (HF 2.2).

4. Cuja tradução seria: Base de Dados Global de Gastos em Saúde.

(FS 3); iv) pagamentos compulsórios a seguros privados, modalidade inexistente no Brasil (FS 4); v) pré-pagamento voluntário de empresas e famílias a planos, seguros ou regimes de atendimentos privados, inclusive os sem fins de lucro (FS 5); e vi) outras receitas domésticas não especificadas, que abrangem modalidades de receitas não incluídas nas classificações anteriores (FS 6).

QUADRO 1

Regimes de financiamento (HF) e fontes (receitas) correspondentes (FS) identificados – Brasil

Regime de financiamento (HF) agregado	Regime de financiamento (HF) detalhado	Receitas dos regimes de financiamento (FS)
HF 1. Regimes governamentais e contributivos compulsórios	HF 1.1.1. Sistema Único de Saúde (atendimento universal)	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
		FS 2. Transferências de governos estrangeiros
		FS 6. Outras receitas domésticas
	HF 1.1.2. Planos de servidores públicos (não regulados pela ANS)	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
		FS 5. Pré-pagamento voluntário
	HF 1.2. Regimes governamentais contributivos compulsórios	FS 3. Contribuições do Seguro Social
HF 2. Regimes baseados em pagamentos voluntários (exceto pagamentos diretos do bolso)	HF 2.1.2. Planos e seguros de saúde voluntários suplementares (regulados pela ANS)	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
		FS 5. Pré-pagamento voluntário
	HF 2.2. Regimes de financiamento de instituições sem fins de lucro (ISFL)	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
		FS 2. Transferências de governos estrangeiros
		FS 6. Outras receitas domésticas
		FS 7. Transferências diretas do exterior
	HF 2.3. Regimes de financiamento corporativo	FS 6. Outras receitas domésticas
HF 3. Pagamentos diretos do bolso das famílias	HF 3.1. Desembolso direto não relacionado a terceiros	FS 6. Outras receitas domésticas
	HF 3.2. Copagamento relacionado a terceiro pagador	

Fonte: International Classification of Health Accounts – Financing Schemes (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Os regimes governamentais brasileiros abrangem o SUS (universal) e os que atendem a funcionários e servidores do governo (clientela fechada). Os regimes de financiamento governamentais (HF 1) comportam subdivisões que implicam contribuições não apenas de recursos governamentais (FS 1), mas de governos estrangeiros (FS 2), de seguro social (FS 3) e das famílias (FS 5). Esse é o caso de pré-pagamentos individuais (FS 5.1) nos planos de servidores públicos estaduais (HF 1.1.2) ou das contribuições obrigatórias para os Fundos de Saúde das Forças Armadas (HF 1.2), provenientes de contribuições de Seguro Social (FS 3).

A existência de regimes de financiamento de bens e serviços de saúde específicos para servidores públicos não é rara e é registrada em vários países.⁵ No Brasil, os regimes para servidores públicos podem assumir vários formatos, desde seguros sociais obrigatórios (HF 1.2) até vários arranjos alternativos (Cunha, 2017). Há regimes de asseguração de saúde para servidores estaduais que organizam “planos de saúde” que não precisam da regulação da ANS. Estes podem ser baseados em rede própria pública e/ou na aquisição de serviços no mercado. Há ainda regimes nos quais o poder público contrata ou faz convênios com operadoras de planos privados regulados pela ANS – viabilizando subsídios governamentais a operadoras privadas específicas – e regimes de financiamento baseados em reembolsos e ressarcimentos aos servidores pelo uso de prestadores privados.

Adicionalmente, há regimes de ressarcimento mediante comprovação de vinculação a seguros privados voluntários de livre escolha do servidor, compondo subsídios governamentais que configuram financiamento público direto de planos e seguros privados. Esse é o caso do ressarcimento de valor *per capita* para a saúde suplementar pago pelo governo federal aos servidores dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, já mencionado.

Embora atualmente sejam residuais no Brasil, os seguros sociais obrigatórios (HF 1.2) ainda estão presentes em muitos países do mundo.⁶ No período após a criação do SUS, esse regime persistiu na cobertura governamental de saúde a algumas categorias de funcionários públicos dos vários níveis de governo. Sua representatividade é maior entre as forças de segurança (Forças Armadas, polícias e bombeiros), mas também é visto ainda no funcionalismo civil de alguns estados.⁷

Os regimes de financiamento baseados em pagamentos voluntários (excluídos os pagamentos direto do bolso das famílias) (HF 2) são representados por qualquer arranjo de financiamento em que a contribuição seja voluntária. Os regimes definidos no SHA comportam os planos e seguros privados voluntários (HF 2.1), mas também regimes financiados por empresas (HF 2.3) ou de instituições sem fins de lucro (HF 2.2). Essas duas últimas modalidades, ainda que existentes no Brasil,

5. Esses regimes são abordados no Cap. 1.7 *Classification of health financing schemes*, como uma subcategoria opcional de regimes governamentais “Os empregados do setor público podem ter um arranjo em separado: o governo pode prover programas de saúde específicos para seus empregados ou comprar seguro privados de saúde. Subcategorias específicas dos regimes governamentais podem ser utilizada para contabilizar esses casos: governo central, excluídos os regimes para empregados públicos (HF 1.1.1.1) e regimes para os empregados de governo (HF 1.1.1.2). Os agentes de financiamento (governo, corporações de seguro privado etc.) mostram a forma institucional exata para um dado esquema para empregados públicos” (OECD, Eurostat e WHO, 2017, p. 169, tradução nossa).

6. Até a criação do SUS, em 1988, o maior esquema de seguro obrigatório era gerido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). A adesão era obrigatória para todos os trabalhadores com vínculos empregatícios formais, tendo a cobertura sido posteriormente estendida a trabalhadores rurais e outras categorias (Piola *et al.*, 2009).

7. Não é ainda possível estimar com precisão a representatividade desse esquema de financiamento no cenário da saúde nacional.

não foram detalhadas nesta análise por demandarem mais pesquisas e qualificação das fontes de informação.

Os planos e seguros de saúde voluntários (HF 2.1) têm uma presença muito expressiva no Brasil, que é o segundo maior mercado mundial no segmento, atrás apenas dos Estados Unidos. Esse segmento do sistema de saúde sustenta-se em complexos fluxos de financiamento, tanto por ser um segmento composto de empresas com características distintas de operação (operadoras) quanto pela diversidade de receitas que as financiam. Estas podem incluir pré-pagamento voluntário individual (FS 5.1), pré-pagamento voluntário de empregadores (FS 5.2), subsídios governamentais (FS 1.3), bem como receitas financeiras ou patrimoniais das operadoras, que integram o grupo de outras receitas (FS 6).

O terceiro grande regime de financiamento da saúde caracteriza-se pelo pagamento direto do bolso das famílias por ocasião do surgimento de um evento de saúde (*out-of-pocket*). Em geral, a literatura tende a tratar essa parcela do gasto como aquela que comporta maior risco de se incorrer gastos empobrecedores ou catastróficos (Kawabata, Xu e Carrin, 2002).

Muitas modalidades de seguros voluntários na atualidade incluem a previsão de franquias ou copagamentos em caso de uso de serviços. Esses pagamentos “induzidos por terceiros” não são, a rigor, produtos livremente definidos pelo paciente e, portanto, integram um regime de financiamento específico dentro do pagamento direto do bolso das famílias (HF 3): o copagamento direto vinculado a terceiros (HF 3.2). Também comporiam este último regime de financiamento as despesas das famílias para complementar os reembolsos das operadoras que sejam insuficientes para cobrir o custo integral dos procedimentos usufruídos.

Os regimes HF 3.2 podem incluir, também, copagamentos vinculados a regimes governamentais. O Programa Farmácia Popular do Brasil, vinculado ao SUS, tem uma previsão de subsídio governamental até um teto, e as famílias complementariam o pagamento para cobrir o preço cobrado pelas farmácias (copagamento), variando segundo o tipo de medicamento (Almeida e Vieira, 2020).

Existe ainda um quarto grande grupo de regimes de financiamento, ainda não mapeado no contexto nacional – o HF 4 – regimes de financiamento do resto do mundo (não residentes), que envolvem aportes de recursos externos ligados a organizações não governamentais (ONGs), bem como aqueles que envolvem recursos de empresas especializadas em turismo médico, situadas em território nacional ou não. Essas atividades não foram mapeadas no Brasil, embora existam.⁸

8. O Capítulo 12 – *Trade in Health Care* do *Manual SHA 2011* descreve especificamente as peculiaridades das operações de turismo médico, que tecnicamente são exportações de serviços de saúde.

2.2 Funções de cuidados de saúde

A categorização dos gastos no SHA 2011, segundo finalidade, adota a classificação das funções de cuidados de saúde (quadro 2). Essas funções definem as finalidades do gasto na perspectiva médica e, por isso, não são agrupadas exclusivamente como bens e serviços. O objetivo seria acompanhar os cuidados médicos e assistenciais gerais de caráter individual – atenção curativa (HC 1); atendimentos de reabilitação (HC 2); e cuidados de longo prazo (HC 3) – e cuidados de caráter coletivo – prevenção, promoção e vigilância em saúde (HC 6). São acompanhados também gastos destinados a: atividades complementares ao diagnóstico e tratamento (HC 4); medicamentos e artigos médicos (HC 5); e gestão e regulação do sistema (HC 7) (OECD, Eurostat e WHO, 2017).⁹

QUADRO 2

Classificação das funções de cuidados de saúde (ICHA-HC)

Funções de cuidados de saúde
HC 1 – Atenção curativa
HC 1.1 – Internações gerais
HC 1.2 – Hospital-dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e de longo prazo)
HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial
HC 1.3.1 – Atenção curativa ambulatorial básica
HC 1.3.1.1 – Atenção ambulatorial básica
HC 1.3.1.2 – Atenção ambulatorial básica – urgência
HC 1.3.2 – Atenção ambulatorial odontológica
HC 1.3.3 – Atenção ambulatorial especializada (exceto reabilitação e longo prazo)
HC 1.3.3.1 – Atenção ambulatorial especializada
HC 1.3.3.2 – Atenção ambulatorial especializada – emergência
HC 1.3.4 – Atendimento curativo ambulatorial – práticas alternativas
HC 1.3.9 – Atenção ambulatorial – não especificado
HC 1.4 – Atendimentos gerais em domicílio
HC 2 – Atendimentos de reabilitação
HC 2.1 – Internações em reabilitação
HC 2.2 – Hospital-dia em reabilitação
HC 2.3 – Atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial
HC 2.4 – Atendimentos domiciliares em reabilitação
HC 2.9 – Atendimentos de reabilitação não especificado
HC 3 – Cuidados de longo prazo
HC 3.1 – Internações de longo prazo e psicossociais

(Continua)

9. Cabe destacar que, para seguir os critérios do *Manual SHA 2011*, nesta função está incluída a função regulação da saúde (HC 7.2), que comporta as atividades da vigilância sanitária.

(Continuação)

Funções de cuidados de saúde
HC 3.2 – Hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais
HC 3.3 – Atendimento ambulatoriais de longo prazo e psicossociais
HC 3.4 – Cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares
HC 4 – Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento
HC 4.1 – Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos
HC 4.2 – Exames de imagem e métodos gráficos
HC 4.3 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência
<i>HC 4.3.1 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios</i>
<i>HC 4.3.2 – Transporte de pacientes – emergência</i>
HC 4.9 – Outras atividades complementares ao diagnóstico e tratamento
HC 5 – Medicamentos e artigos médicos
HC 5.1 – Medicamentos e artigos médicos não duráveis
HC 5.1.1 – Medicamentos com obrigatoriedade de prescrição
HC 5.1.2 – Medicamentos sem obrigatoriedade de prescrição
HC 5.1.3 – Outros artigos médicos não duráveis
HC 5.2 – Órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares
<i>HC 5.2.1 – Óculos, lentes e produtos oftalmológicos</i>
<i>HC 5.2.2 – Próteses e outros dispositivos para audição</i>
<i>HC 5.2.3 – Órteses e outros dispositivos para ortopedia e mobilidade</i>
<i>HC 5.2.4 – Órteses e outros dispositivos para saúde bucal</i>
<i>HC 5.2.9 – Outras órteses e dispositivos não especificados anteriormente</i>
HC 5.3 – Atividades complementares à obtenção de produtos médicos e tecidos humanos
HC 6 – Atividades de vigilância, promoção e prevenção em saúde
HC 6.1 – Programas de informação, educação e aconselhamento
HC 6.2 – Programas de imunização
HC 6.3 – Programas para detecção precoce de doenças
HC 6.4 – Programas de monitoramento de populações saudáveis
HC 6.5 – Programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença
HC 6.6 – Programas de recuperação de desastres e responsabilidades emergenciais
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde
<i>HC 7.1 – Gestão do sistema de saúde</i>
<i>HC 7.2 – Regulação do sistema de saúde</i>
HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas
<i>HC 9.2 – Educação e Capacitação – pessoal¹</i>
<i>HC 9.3 – Pesquisa e desenvolvimento de ciência e tecnologia – pessoal¹</i>
<i>HC 9.9 – Outras atividades de saúde não especificadas anteriormente</i>

Fonte: OECD, Eurostat e WHO (2017).

Nota: ¹ Não integra o escopo do SHA 2011.

Obs.: Em itálico estão as classificações específicas do sistema brasileiro, sem correspondência direta no SHA 2011.

2.3 Prestadores de cuidados de saúde

Os prestadores em saúde são aqueles que executam as atividades de atenção à saúde por meio da oferta de bens e serviços como sua atividade principal. A OCDE reconhece que eles variam conforme a estrutura legal, organizacional e operacional de cada país, mas que existem alguns aspectos comuns na provisão de atenção à saúde. A classificação de prestadores de saúde (HP) foi adaptada ao Brasil com o intuito de criar categorias mais significativas por critérios nacionais, mas preservando as relações com a classificação internacional comum a todos os países (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

QUADRO 3

Classificação de prestadores de cuidados de saúde – Brasil

Prestadores/estabelecimentos
01 – Hospital
02 – Unidade de cuidados domiciliares
03 – Unidade de teleatendimento
04 – Consultório isolado
05 – Unidade de Atenção especializada – psicossocial
06 – Unidade de atenção primária
07 – Unidade ambulatorial de urgência e emergência
08 – Ambulatório especializado
09 – Unidade móvel
10 – Laboratório e centro diagnóstico
11 – Farmácia
12 – Unidade de gestão e apoio logístico
13 – Unidade de vigilância e prevenção em saúde
14 – Não classificado

Fonte: OECD (2017).

Obs.: Classificações adaptadas ao contexto do sistema de saúde brasileiro. Para as correspondências com a classificação do SHA, ver quadro A.2 do apêndice A.

3 RESULTADOS

As estimativas dos gastos em saúde no Brasil, segundo as principais dimensões do SHA apresentadas na seção anterior, partem dos dados harmonizados de um conjunto de sistemas de informação que compõem registros administrativos dos regimes de financiamento ou de pesquisas sobre o sistema de saúde brasileiro (apêndice B). Esta seção apresenta os resultados da adaptação e aplicação dessa metodologia para o Brasil,¹ considerando todos os regimes de financiamento. Todas as tabelas de resultados apresentadas a seguir, no apêndice e em material suplementar estão disponíveis em arquivos em Excel[®] anexos a essa publicação.²

3.1 Gasto total e *per capita* em saúde no Brasil segundo regimes de financiamento

Os gastos em saúde a valores correntes no Brasil passaram de R\$ 531,8 bilhões, em 2015, para R\$ 710,4 bilhões em 2019 (tabela 1). Nesse mesmo período, o gasto público (regimes governamentais) aumentou de R\$ 231,5 bilhões para R\$ 290,4 bilhões. O aumento foi menor do que o observado nos regimes de pré-pagamento voluntário e de pagamento direto do bolso das famílias. Em toda a série, existe uma pequena parcela das despesas registradas com saúde para as quais não foi possível identificar a vinculação específica a regimes de financiamento. Os montantes variam, a valores correntes, de R\$ 10,7 bilhões, em 2016, a R\$ 22,0 bilhões, em 2019. Esses valores provavelmente estão associados a regimes de clientela fechadas governamentais, regimes corporativos e, até mesmo, gastos que deveriam ser alocados ao regime de pagamento direto do bolso das famílias. Um aprofundamento da composição desses regimes de financiamento permitirá a correta alocação dessas despesas no futuro.

Em valores *per capita*, o gasto total em saúde, em valores correntes no período 2015 a 2019, teve um crescimento de 29,3% em reais e de 13,3% em dólar em paridade de poder de compra (PPC),³ conforme a tabela 2.⁴

1. Outras questões metodológicas sobre o tratamento dos dados do SUS, da saúde suplementar e do pagamento direto do bolso encontram-se no apêndice C.

2. Disponíveis em: <<https://bit.ly/3Kv72lm>>; <<https://bit.ly/3KEEDA3>>; e <<https://bit.ly/3ql2abe>>.

3. Em inglês, *purchasing parity power* (PPP).

4. A conversão das moedas nacionais a dólares ou euros PPP viabiliza comparações internacionais mais adequadas, uma vez que permite calibrá-las em relação a seu poder de compra (paridade por poder de compra – PPP – *purchasing power parity*). Na subseção seguinte serão apresentadas as variações de volume e a explicação para se optar por não usar índices de inflação como o IPCA para fazer análises a valores constantes.

TABELA 1

Gastos em saúde segundo regimes de financiamento SHA 2011 – Brasil (2015-2019)
(Em R\$ milhões correntes)

Regimes de financiamento	2015	2016	2017	2018	2019
HF 1 – Governamentais e de seguro social obrigatório	231.470,66	247.761,30	260.701,30	272.948,12	290.392,14
HF 2 – Planos, seguros e outros regimes privados voluntários	155.486,37	175.978,58	191.476,69	205.404,41	221.237,07
HF 3 – Pagamento direto do bolso das famílias	129.550,45	140.378,16	152.613,17	164.572,94	176.753,24
Não identificados (HF 0)	15.243,21	10.717,61	18.936,05	19.998,95	22.044,91
Gasto total em saúde	531.750,68	574.835,65	623.727,21	662.924,43	710.427,37

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

TABELA 2

População, gastos *per capita* em saúde – Brasil (2015-2019)

Ano	População (IBGE)	Gasto em saúde <i>per capita</i> (R\$)	Gasto em saúde (US\$PPC) ⁵
2015	203.475.683	2.613,34	1.314,02
2016	205.156.587	2.801,94	1.313,56
2017	206.804.741	3.016,02	1.382,51
2018	208.494.900	3.179,57	1.428,29
2019	210.147.125	3.380,62	1.482,26

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

O gasto *per capita* médio brasileiro convertido em dólares PPC para 2019 foi de US\$ 1.482. A título de comparação, em países europeus membros da OCDE, o gasto *per capita* médio foi de 3.829 dólares PPC.⁶ Os menores gastos dos 27 países foram os da Letônia (1.991 dólares PPC) e Romênia (1.924 dólares PPC). Como se pode verificar, o gasto *per capita* do Brasil, em dólar PPC, equivaleria a 39% da média dos países europeus da OCDE e a 77% do menor gasto de países europeus da OCDE (OECD, 2020).

Na comparação com dados de países da América Latina e Caribe disponíveis para 2017 (OECD, 2020), o *per capita* brasileiro figuraria acima da média da região

5. \$PPC com base em <<https://bit.ly/3AeQos5>>.

6. Os valores na publicação original estão em euros PPC e foram convertidos usando a taxa de 1 dólar PPC equivalendo a 0,67163 euro PPC.

(1.026 dólares PPC), mas abaixo dos países vizinhos Chile (2.182 dólares PPC), Uruguai (2.102 dólares PPC) e Argentina (1.907 dólares PPC).

Além do gasto, é importante analisar a variação da quantidade e do tipo de bens e serviços (variações de volume) consumidos pela população.⁷ Usando um parâmetro de volume adaptado das Contas Satélites de Saúde, verificou-se que o crescimento médio anual do volume (“crescimento real”) do consumo *per capita* de bens e produtos de saúde no período 2015-2019 no Brasil foi de 1,5% ao ano (a.a.).

A título de comparação, o crescimento real anual médio do gasto *per capita* registrado em países da OCDE,⁸ entre 2013 e 2019, foi de 3,0% a.a., um aumento bastante superior ao do período anterior (2008-2013), de 0,7% a.a. (OECD, 2020). No Brasil, parece ter ocorrido o inverso: aumentos maiores no período 2008-2013 em comparação ao período 2013-2019 (Brasil, 2018).

TABELA 3

Variações anuais nominais e de volume¹ entre anos e valores do consumo *per capita* em saúde – Brasil (2015-2019)

Ano	Variação nominal (%)	Variação de volume (%)	Consumo <i>per capita</i> a preços de 2019
2015			3.187,42
2016	7,2	0,0	3.187,22
2017	7,6	1,7	3.242,02
2018	5,4	2,8	3.332,91
2019	6,3	1,4	3.380,62

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Nota: ¹ As variações anuais dizem respeito a intervalos entre o ano anterior e o ano assinalado na tabela.

O consumo *per capita* no período 2015-2019 corrigido pela variação de volume (tabela 3) aumentou de R\$ 3,19 mil, em 2015, para R\$ 3,38 mil, em 2019, uma variação real pequena. Enquanto a variação nominal das despesas ficou acima de 5,4% para todos os anos, o crescimento real do consumo não ultrapassou 2,8%. Entre 2015 e 2016, por exemplo, há uma variação nominal das despesas de 7,2%, sem nenhum aumento de volume, enquanto, entre 2016 e 2017, a variação nominal das despesas foi de 7,6%, com 1,7% de crescimento real no consumo *per capita* (tabela 3).

7. As chamadas variações de volume de bens e serviços de saúde buscam estimar o crescimento “real” do consumo. Para isso, variações de volume consideram as mudanças do *mix* e na quantidade de produtos consumidos e descontam o efeito do aumento de preços.

8. O parâmetro de crescimento de volume usado na OCDE não é, a rigor, um índice de volume, pois aplica o deflator geral do PIB, que não considera as peculiaridades do setor de saúde. A mesma limitação é aplicável ao uso do IPCA geral – ele não mede o comportamento específico do setor de saúde, mas da economia como um todo.

No caso brasileiro, outra comparação procedente é dos gastos *per capita* segundo os vários regimes de financiamento. Essa é uma análise mais informativa sobre a equidade do gasto do que a divisão do total do gasto em saúde pelo total da população, mostrada nas análises anteriores. Os principais regimes de financiamento têm um universo de beneficiários distinto (caso da saúde suplementar comparativamente ao SUS e ao desembolso direto) e seus gastos beneficiam contingentes distintos da população (tabela 4). Adicionalmente, cada um desses regimes é financiado por receitas distintas.

TABELA 4

Gastos anuais *per capita* em saúde, segundo regime de financiamento – Brasil (2015-2019)
(Em R\$ correntes)

Regimes de financiamento	2015	2016	2017	2018	2019
SUS ¹ (HF 1.1)	1.083,39	1.154,19	1.202,92	1.244,11	1.319,98
Saúde suplementar ² (HF 2.1)	2.977,26	3.504,15	3.871,06	4.159,01	4.485,49
Desembolso direto ³ (HF 3.1)	623,89	669,19	713,75	762,95	814,09
Total⁴	2.613,34	2.801,94	3.016,02	3.179,57	3.380,62

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Notas: ¹ Gasto SUS (HF 1.1.) dividido pela população incluindo o gasto dos hospitais universitários do MEC. O gasto SUS não inclui os gastos obrigatórios com servidores civis e militares.

² Gasto com planos privados voluntários (HF 2.1.) dividido pelo número de beneficiários de planos e seguros de saúde. Referência – mês de setembro, exceto 2019 – referência mês de junho.

³ Desembolso direto dividido pela população.

⁴ Considerando o gasto total dividido pelo total da população.

A tabela 4 mostra as diferenças entre os gastos correntes *per capita* em cada regime de financiamento. Uma pessoa representativa da média do gasto *per capita*, que tenha gastos cobertos por planos de saúde, pelo SUS (por direito constitucional) e por desembolso direto, somados, teria um gasto médio de R\$ 4.685, em 2015, e de R\$ 6.620, em 2019. Por sua vez, uma pessoa que dependesse exclusivamente do SUS (sem plano de saúde) e não tivesse recursos para gasto do bolso se beneficiaria de um gasto *per capita* médio de R\$ 1.083, em 2015, e de R\$ 1.320, em 2019. Ou seja, a primeira pessoa teria, em 2015, um gasto 4,3 vezes maior que aquela que depende exclusivamente do SUS. Essa diferença aumentou para 5,0 vezes em 2019.

Considerando somente as diferenças de gasto *per capita* entre saúde suplementar e SUS em 2015 e 2019, a diferença passou de 2,7 vezes, em 2015, para 3,4 vezes, em 2019. Ou seja, em 2019, o gasto *per capita* de uma pessoa com plano de saúde seria em média 3,4 vezes superior ao daquela que dependesse exclusivamente do SUS.

Considerando que pessoas cobertas pela saúde suplementar também estão contabilizadas na cobertura do SUS, a diferença é ainda maior, alcançando 4,4 vezes em 2019.⁹

3.2 Gastos como proporção do PIB e crescimento do gasto em saúde segundo regimes de financiamento

Em relação às comparações com o PIB, os gastos brasileiros com saúde correspondiam a 8,9%, em 2015, aumentando para a 9,6% do PIB, em 2019. O crescimento dos gastos relativamente ao PIB deve-se mais ao menor crescimento do PIB do que propriamente a um aumento dos gastos com saúde. Regimes públicos (HF 1) representaram de 3,9% a 4,0% do PIB, enquanto regimes privados responderam por 5,0% do PIB, em 2015, e passaram a representar 5,7% do PIB em 2019. Este padrão de gastos com saúde contrasta fortemente com o observado nos países da OCDE, nos quais, em 2019, regimes públicos responderam, em média, por 6,1% do PIB e regimes privados, em média, por 2,1%.

TABELA 5

Gastos em saúde como proporção do PIB, segundo regimes públicos e privados – Brasil (2015-2019)
(Em %)

Regimes	2015	2016	2017	2018	2019
Públicos (HF 1)	3,9	4,0	4,0	3,9	3,9
Privados (HF 2 e HF 3)	4,8	5,0	5,2	5,3	5,4
Não identificados (HF 0)	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3
Gasto total em saúde	8,9	9,2	9,5	9,5	9,6

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

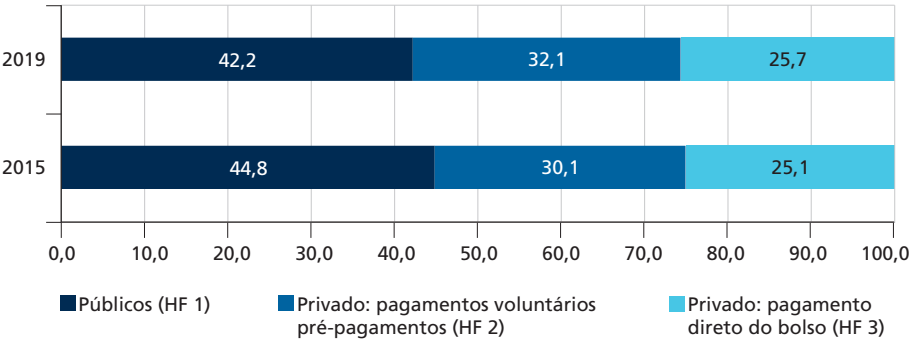
Considerando as participações dos regimes públicos (HF 1) e privados (HF 2 e HF 3) nos gastos em saúde, descontados os regimes não identificados (HF 0), a participação no financiamento de regimes de pagamentos voluntários (HF 2), em que predominam planos e seguros de saúde (HF 2.1),¹⁰ cresceu entre 2015 e 2019 (de 30,1% para 32,1%), enquanto a participação dos regimes públicos decresceu (de 44,8% para 42,2%). As despesas por pagamento direto do bolso das famílias mantiveram uma participação relativamente estável, entre 25,1% e 25,7% dos gastos totais em saúde no período (gráfico 1).

9. O valor *per capita* ainda é influenciado pela redução em cerca de 5% de beneficiários de planos e seguros de saúde voluntários suplementares no período.

10. Mais de 95% das despesas para regimes de pagamentos voluntários (HF2) correspondem a planos e seguros de saúde voluntários privados (HF 2.1) ao longo de toda a série 2015-2019.

GRÁFICO 1

Participação dos regimes de financiamento (HF) no gasto em saúde – Brasil (2015 e 2019)
(Em %)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

O crescimento médio dos gastos em saúde foi de 7,5% a.a. no período, sendo os menores (5,8%) crescimentos observados em HF 1 (regimes governamentais) e os maiores nos planos privados e regimes com contribuições voluntárias (HF 2) (9,2%), conforme a tabela 6. Ou seja, planos privados – que são predominantes de contribuição voluntária – tiveram no período crescimento superior ao de regimes públicos. O pagamento direto do bolso das famílias manteve também um crescimento maior que o dos regimes públicos (8,1% a.a.)

Os maiores crescimentos nominais do gasto em saúde foram registrados entre 2016 e 2017 (8,5%) e os menores (6,3%) entre 2017 e 2018. Na análise de cada regime de financiamento, os menores crescimentos ao longo de toda a série foram dos regimes governamentais (HF 1) e os maiores os de regimes de planos e seguros (HF 2).

TABELA 6

Variação anual dos gastos em saúde (nominais e de volume), segundo o regime de financiamento – Brasil (2015-2019)

(Em %)

Regimes	Variações nominais				Média anual 2015-2019
	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	
HF 1 – Governamentais	7,0	5,2	4,7	6,4	5,8
HF 2 – Planos, seguros e outros regimes privados voluntários	13,2	8,8	7,3	7,7	9,2
HF 3 – Pagamento direto do bolso das famílias	8,4	8,7	7,8	7,4	8,1

(Continua)

(Continuação)

Variações nominais					
Regimes	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Média anual 2015-2019
Geral	8,1	8,5	6,3	7,2	7,5
Variação nominal do PIB	4,6	5,0	6,4	5,8	5,4
Variações de volume					
Regimes	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	Média anual 2015-2019
HF 1 – Governamentais	-0,6	2,3	2,4	1,1	1,3
HF 2 – Planos, seguros e outros regimes privados voluntários	4,5	2,8	4,2	1,8	3,3
HF 3 – Pagamento direto do bolso das famílias	-0,9	2,7	5,1	4,7	2,9
Geral	0,8	2,5	3,6	2,2	2,3
Variação do PIB em volume	-3,3	1,3	1,8	1,4	0,3

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Na análise dos crescimentos de volume (tabela 6), além do crescimento menor dos regimes públicos (HF 1) do que o dos demais na série, chama atenção um possível efeito da crise de 2015-2016 sobre a variação de volume dos regimes governamentais e do pagamento direto do bolso das famílias, paralelamente a um crescimento de volume dos planos e seguros. Nos anos subsequentes, os regimes governamentais (nos quais predomina o SUS) mostram variações positivas de volume, mas sempre menores do que a dos demais regimes. É importante lembrar que regimes governamentais cobrem a maior parcela da população.

3.3 Gastos por tipos de funções de cuidados em saúde e seu diálogo com os regimes de financiamento

Considerando-se a totalidade dos regimes de financiamento no país, o gasto mais expressivo ocorre nas atividades de atenção curativa (HC 1) (49,8% do total), seguido por medicamentos e artigos médicos (HC 5) (20,5%) e atividades complementares – exames diagnósticos e transporte de pacientes (HC 4) (11,3%). As atividades de gestão do sistema (HC 7), prevenção, promoção e vigilância em saúde (HC 6), cuidados de longo prazo (HC 3) e atendimentos em reabilitação (HC 2) têm participações menores nos gastos. Os gastos elevados em gestão do sistema, de 6,7% em média, entre 2015 e 2019, são considerados um indicativo de ineficiência, e em países da OCDE respondem, em média, por menos de 3%

dos gastos totais (Hagenaars *et al.*, 2018), sendo, no entanto, muito mais elevados nos Estados Unidos.

A tabela 7 mostra as funções de cuidados de saúde ordenadas segundo a participação nos gastos totais em saúde. Tiveram crescimento de gastos superior à média as funções: HC 1 (atenção curativa) com crescimento médio nominal de 8,0% a.a.; HC 4 (atividades complementares ao diagnóstico e tratamento) com 7,9% a.a.; e HC 3 (cuidados de longo prazo), com 9,3% a.a. À exceção dos cuidados de longo prazo (HC 3), que correspondem a menos de 2,0% do gasto total, os crescimentos não foram muito superiores ao crescimento médio dos gastos gerais no período, de 7,5% a.a.

TABELA 7

Crescimento médio nominal e participação média das funções de cuidado no gasto total com saúde – Brasil (2015-2019)

(Em %)

Funções de cuidados de saúde	Crescimento nominal médio anual 2015-2019	Peso médio nos gastos 2015-2019
HC 1 – Atenção curativa	8,0	49,8
HC 5 – Medicamentos e artigos médicos	7,0	20,5
HC 4 – Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	7,9	11,3
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	5,5	6,7
HC 6 – Atividades de vigilância, promoção e prevenção em saúde	6,1	4,5
HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas	7,7	4,2
HC 3 – Cuidados de longo prazo	9,3	1,8
HC 2 – Atendimento de reabilitação	5,0	1,2
Todas as funções	7,5	100,0

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

As funções de cuidados com aumentos inferiores à média de 7,5% a.a. foram: atendimentos de reabilitação (HC 2) (5,0%); gestão (HC 7) (5,5%); e prevenção, promoção e vigilância (HC 6) (6,1%). Medicamentos e artigos médicos (HC 5) tiveram crescimento pouco abaixo da média (7,0%), conforme a tabela 7.

A análise da participação dos regimes de financiamento nos gastos (gráfico 2) segundo finalidade do gasto (funções) mostra que a atenção curativa (HC 1) é majoritariamente financiada por regimes públicos (52,5%), seguidos por regimes de pré-pagamento voluntário (36,9%). A participação do pagamento direto do bolso das famílias é minoritária (10,7%). Nunca é demais repetir que o pré-pagamento voluntário (planos e seguros de saúde) beneficia apenas 27% da população brasileira.

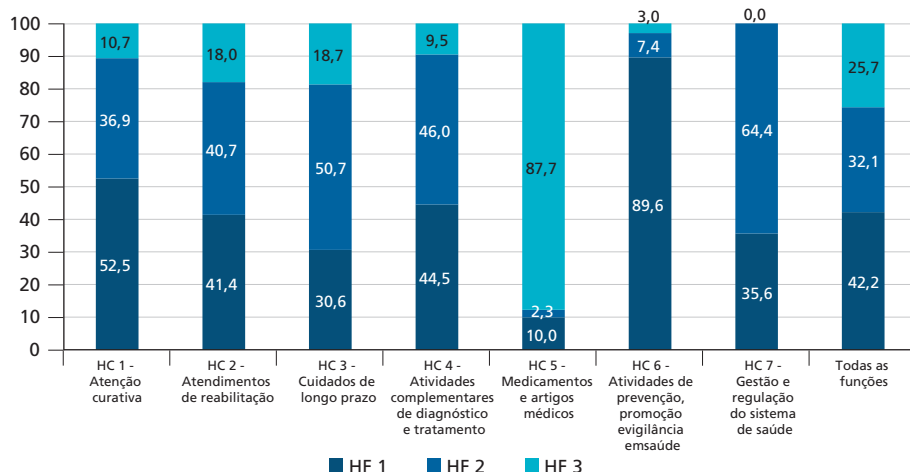
Chamam atenção também: i) a elevada participação do pagamento direto do bolso das famílias nos gastos com medicamentos e artigos médicos (HC 5) (87,7%); ii) a participação fundamental de regimes governamentais (HF 1) nas despesas com atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde (89,6%) (HC 6); iii) a alta contribuição dos planos e seguros para gastos com gestão (HC 7) (64,4%); e iv) o predomínio dos gastos de planos e seguros voluntários (HF 2) nos gastos com cuidados de longo prazo (HC 3) (50,7%) e atividades complementares ao diagnóstico e tratamento (HC 4) (46,0%), conforme o gráfico 2.

Especificamente, o segmento de medicamentos e artigos médicos (HC 5 no gráfico 2) é o que mais depende do pagamento direto do bolso das famílias. O financiamento por parte do governo e dos planos e seguros de saúde fica pouco acima de 10% do gasto total. Nos países europeus da OCDE, os gastos do bolso com medicamentos e artigos médicos correspondem a 41% dos gastos com esses produtos e são majoritariamente cobertos pelo governo (56%) (OECD, 2020).

GRÁFICO 2

Participação dos regimes de financiamento (HF) nos gastos com funções de cuidados de saúde (HC) – Brasil (2019)

(Em %)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Cada regime de financiamento pode priorizar gastos em diferentes segmentos dos cuidados de saúde (HC), conforme o gráfico 3. Nos regimes governamentais públicos (HF 1), 63,5% dos recursos foram alocados para atenção curativa (HC 1), enquanto os regimes de pagamento voluntário (planos e seguros de saúde) alocam

58,6% dos seus recursos nessas atividades. No que tange a despesas com gestão, há grandes diferenças entre esses dois regimes – em regimes públicos, são 5,6% do gasto e, nos regimes de pagamento voluntário (planos e seguros de saúde), são 13,3% do gasto.

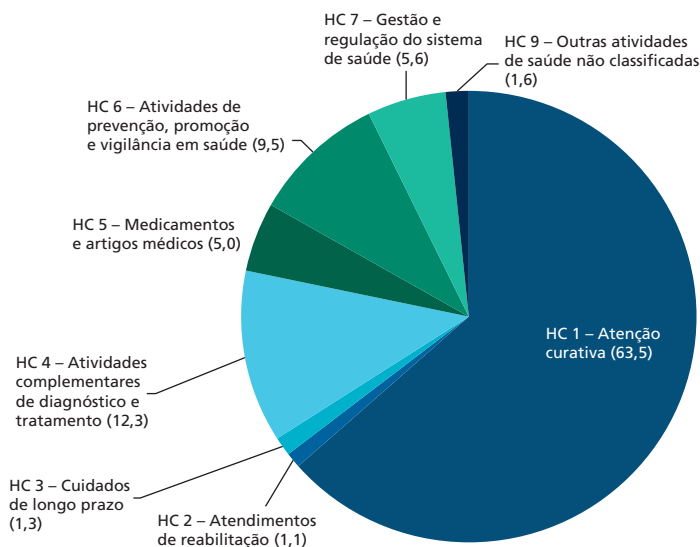
Os gastos do bolso são prioritariamente (72%) direcionados a medicamentos e artigos médicos (HC 5), como óculos. Como já apontado, os gastos com serviços (atenção curativa e atividades complementares de diagnóstico e tratamento) têm uma participação baixa no pagamento direto do bolso das famílias comparativamente aos demais regimes de financiamento, indicando uma cobertura elevada pelos esquemas governamentais (HF 1) ou voluntários privados (HF 2).

GRÁFICO 3

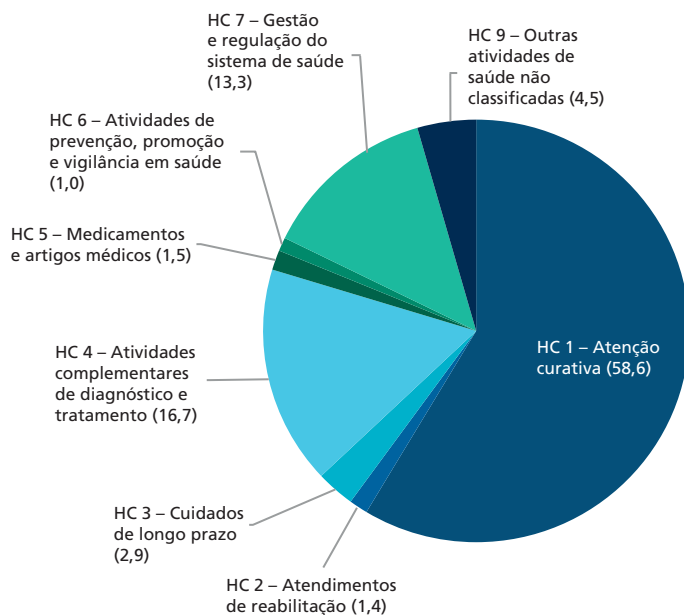
Participação de gastos em cuidados de saúde (HC), segundo regimes de financiamento (HF) – Brasil (2019)

(Em %)

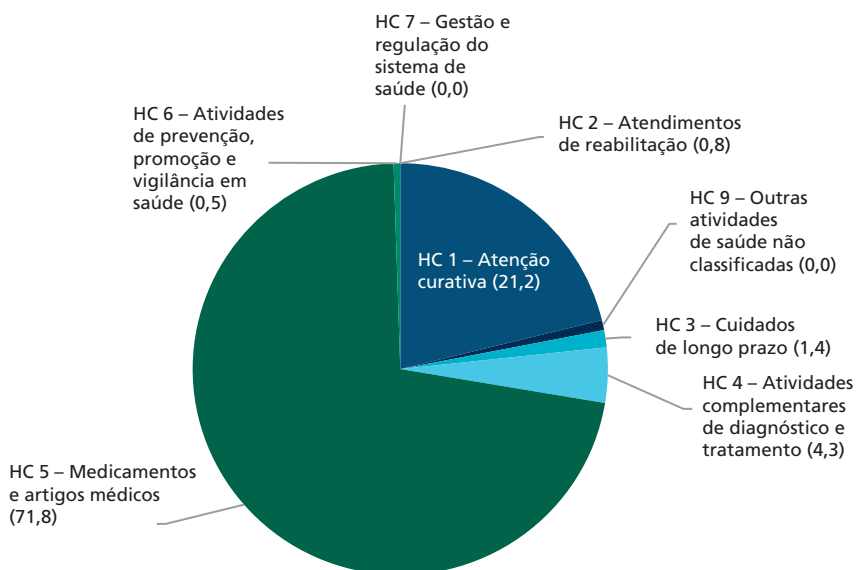
3A – Governamentais e seguros obrigatórios públicos (HF 1)



3B – Pré-pagamentos voluntários (HF 2)



3C – Pagamento direto do bolso (HF 3)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

A análise dos crescimentos nominais dos gastos dos regimes de financiamento segundo finalidade (funções) mostra que regimes governamentais deram baixa prioridade a gastos com medicamento e artigos médicos e cuidados de longo prazo no período, comportamento oposto ao dos planos e seguros de saúde (tabela 8). Nos planos de saúde, sobressaíram-se também com crescimentos acima da média a atenção curativa e as atividades complementares ao diagnóstico e tratamento (exames e transporte de pacientes).

No pagamento direto do bolso das famílias, tiveram crescimentos expressivos não só gastos com consumo de medicamentos e artigos médicos, que compõem mais de 70% dos gastos nesse regime de financiamento, mas também os de atenção curativa (tabela 8).

TABELA 8

Crescimento nominal médio anual dos gastos em saúde, segundo funções (primeiro dígito) e regimes de financiamento (HF) – Brasil (2015-2019)
(Em %)

Funções de cuidados de saúde	HF 1 – Regimes governamentais	HF 2 – Planos de saúde e outros regimes voluntários	HF 3 – Pagamento direto do bolso das famílias	Total
HC 1 – Atenção curativa	6,7	9,8	8,5	8,0
HC 2 – Atendimento de reabilitação	6,4	3,1	6,4	5,0
HC 3 – Cuidados de longo prazo	2,2	16,7	6,4	9,3
HC 4 – Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	6,7	9,9	5,3	7,9
HC 5 – Medicamentos e artigos médicos	-2,5	18,2	8,2	7,0
HC 6 – Atividade de vigilância, promoção e prevenção em saúde	6,3	4,9	4,1	6,1
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	4,9	5,9	0,0	5,5
HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas	3,4	6,8	0,0	7,7
Todas as funções	5,8	9,2	8,1	7,5

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Uma visualização mais detalhada do crescimento dos gastos gerais, segundo bens e serviços consumidos (tabela 9), corrobora o crescimento dos gastos com cuidados de longo prazo (HC 3) em suas várias dimensões, um segmento com pequena participação no gasto total. Há também tendência de queda dos gastos com atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde (HC 6), salvo pelos programas de imunização, que apresentaram expressivo crescimento, ainda na

era pré-covid. Entre os segmentos da atenção em que os gastos totais são mais expressivos, chamam a atenção crescimentos acima da média (7,5% a.a.) dos gastos com internações (HC 1.1) e atendimentos ambulatoriais especializados (HC 1.3.3.).

TABELA 9

Crescimento nominal médio de gastos em saúde, segundo funções detalhadas – Brasil (2015-2019)

(Em %)

HC/Descrição	Variação média nominal anual (2015-2019)
HC 1.2 – Atenção curativa em regime de hospital-dia	18,4
HC 6.2 – Programas de imunização	15,1
HC 3.4 – Cuidados de longo prazo em regime de atenção domiciliar	14,2
HC 1.4 – Atenção curativa domiciliar	10,3
HC 3.3 – Cuidados de longo prazo em regime ambulatorial	9,8
HC 3.1 – Cuidados de longo prazo em regime de internação	9,7
HC 1.1 – Atenção curativa em regime de internação	9,6
HC 6.4 – Programas de monitoramento de populações saudáveis	8,6
HC 1.3.3 – Atenção ambulatorial especializada	8,2
HC 4.2 – Exames de imagem e métodos gráficos	8,2
HC 4.1 – Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos	7,8
HC 5.1.1 – Medicamentos com obrigatoriedade de prescrição	7,7
Total das funções	7,5
HC 5.1 – Medicamentos e outros produtos médicos não duráveis	7,3
HC 5.1.3 – Outros produtos médicos não duráveis	6,9
HC 1.3.2 – Atenção ambulatorial saúde bucal	6,9
HC 4.3 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios	6,8
HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial	6,5
HC 1.3.1 – Atenção curativa ambulatorial básica	5,1
HC 2.3 – Atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial	5,0
HC 5.2 – Produtos médicos duráveis	4,5
HC 6.1 – Programas de Informação, educação e aconselhamento	1,8
HC 1.3.9 – Outros atendimentos ambulatoriais básicos	-1,6
HC 6.5 – Programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença	-2,4

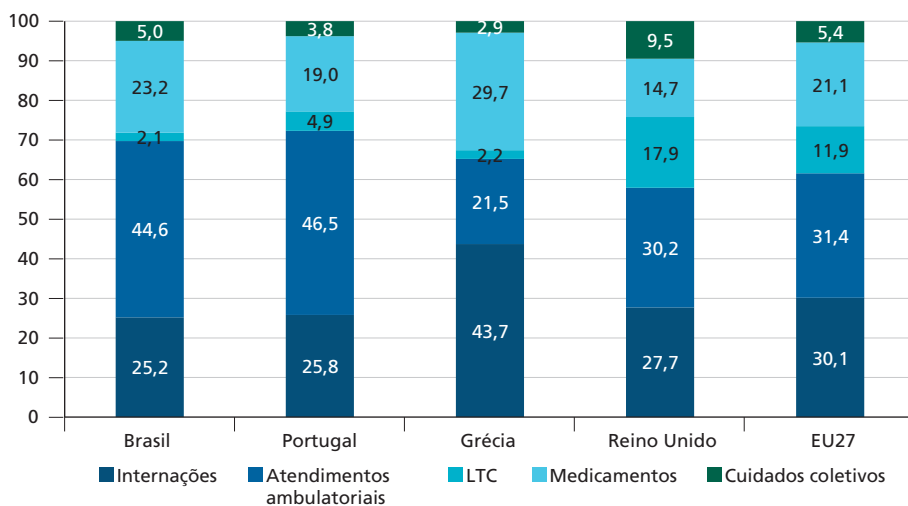
Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Na comparação com países europeus da OCDE, segundo uma agregação de funções¹¹ apresentada no *Health at a Glance Europe 2020* (OECD, 2020), observa-se que o padrão de distribuição do gasto brasileiro se assemelha muito ao de Portugal. A participação dos gastos com internação no Brasil é menor do que a média dos membros europeus da OCDE, enquanto a dos cuidados de longa duração (*long term care* – LTC) é expressivamente mais baixa. A participação com cuidados coletivos tende a ser semelhante à de países europeus da OCDE, à exceção do Reino Unido, que tem uma participação quase o dobro da média dos países que integram essa organização. A Grécia tem um padrão singular de alocação de gastos, concentrado em internações e medicamentos, que, juntos, somam quase três quartos dos gastos. No Brasil e na média OCDE Europa, esses dois somam em torno de metade dos gastos.

GRÁFICO 4

Gastos em saúde de países selecionados, segundo serviços e bens consumidos
(Em %)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais (OECD, 2020). Para mais informações, quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017)

Obs.: 1. Dados de 2018 ou 2019.

2. LTC – *Long term Care* (Cuidados de Longo Prazo). EU27 – 27 países membros da União Europeia.

11. Internações incluem as modalidades de internação hospitalar e em regime de hospital-dia curativa e de reabilitação (HC 1.1, HC 1.2, HC 2.1, HC 2.2); atendimentos ambulatoriais incluem atenção ambulatorial, domiciliar e exames complementares. Não se incluem gastos com gestão do sistema, que no Brasil são mais expressivos do que em países da OCDE.

3.4 Despesas de capital (investimento)

Estimar os investimentos é um desafio enorme, principalmente para o segmento privado. Entretanto, essa é uma estimativa importante, que evidencia a disposição para preservar a infraestrutura e até fortalecer o setor de saúde, inclusive incorporando inovação tecnológica. As despesas de capital de fontes de financiamento públicas e privadas no período 2015-2019 são mostradas na tabela 10.

TABELA 10

Despesas de capital públicas e privadas – Brasil (2015-2019)
(Em R\$ milhões correntes)

Ano	Público	Privado	Total	Em percentual dos gastos correntes (%)	Porcentagem do investimento privado/total (%)
2015	6.227	11.133	17.360	3,3	64
2016	7.185	12.703	19.888	3,5	64
2017	6.001	10.694	16.695	2,7	64
2018	8.605	14.955	23.560	3,6	63
2019	8.447	14.943	23.390	3,3	64

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Observa-se que o investimento privado correspondeu, em todo o período, a quase dois terços do total do investimento. Houve uma queda tanto do investimento público quanto privado em 2017 e recuperação a partir de 2018.

As despesas de capital equivaleram, entre 2015 e 2019, em média a 3,3% dos gastos correntes em saúde. Teve seu pior desempenho em 2017 (2,7% dos gastos correntes em saúde) e o melhor em 2018 (3,6% dos gastos correntes em saúde). Comparativamente a países europeus da OCDE, pode-se considerar o investimento brasileiro baixo. Nesses, as despesas de capital (investimento), em 2018, equivaleram, em média, a 5,0% dos gastos correntes em saúde (máximo de 10,1% para Romênia e mínimo de 2,7% para Grécia e Bulgária). Em contraposição, as informações sobre despesas de capital em países da região da América Latina e Caribe, embora ainda tenham baixa cobertura e padronização, mostram média de investimentos de 3,5% para esse mesmo ano, percentual bem semelhante ao brasileiro.

4 REGIMES PÚBLICOS (GOVERNAMENTAIS) E O DETALHAMENTO DA CONTA SHA SUS

Os regimes governamentais apresentados na conta SHA agregam despesas com bens e serviços de saúde de pelo menos quatro origens e que representam, na prática, despesas universais e despesas com clientela fechada. Para fins desta publicação, considerou-se como gastos no SUS aqueles referentes a atendimento universal – ou seja, o somatório das despesas efetuadas por Ministério da Saúde, estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) que estejam dentro do escopo SHA¹ e gastos do Ministério da Educação em hospitais universitários para atendimento universal em saúde (tabela 11).

Como dito anteriormente, os regimes seguros obrigatórios públicos ou voluntários públicos, de clientela fechada, ainda não captam todas as despesas efetuadas por meio desses complexos e variáveis arranjos de financiamento (Cunha, 2017). Nos regimes governamentais informados na atual edição da Conta SHA, em média, excluídos os recursos para os quais os regimes de financiamento não foram identificados (HF 0), 92% referem-se ao SUS, financiado por Ministério da Saúde, governos estaduais e municipais em ASPS (cobertura universal), e 3,2% ao financiamento do MEC para os hospitais universitários federais. Os 4,8% restantes referem-se a regimes de clientela fechada (não universal).

TABELA 11

Despesas com saúde de regimes públicos (governamentais) (HF 1): participação institucional no período – Brasil (2015-2019)
(Em %)

Ano	HF 1.1 – SUS – Órgãos de saúde	HF 1.1 – MEC – Hospitais universitários e similares	HF 1.1.2+1.2 – Regimes servidores públicos
2015	92,4	2,8	4,8
2016	92,5	3,0	4,4
2017	92,2	3,2	4,6
2018	91,6	3,4	5,0
2019	92,2	3,4	4,5
Média 2015-2019	92,2	3,2	4,6

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal, Agência Nacional de Saúde Suplementar, IBGE e sistemas de informações orçamentário-financeiras de governos estaduais. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

1. O escopo de despesas consideradas como despesas de saúde no arcabouço analítico do SHA difere em escopo e classificação das ASPS. Exclui, por exemplo, despesas com formação de recursos humanos e pesquisa e desenvolvimento em saúde e considera despesas com vigilância sanitária como despesas de gestão (apêndice D).

4.1 SHA SUS: funções de cuidados de saúde

A desagregação do gasto pelas funções SHA mostra a evolução das despesas correntes segundo finalidade do gasto ao longo da série (tabela 12).

TABELA 12

Despesas correntes do SUS (HF 1.1), segundo funções de cuidados de saúde (ICHA-HC) – Brasil (2015-2019)
(Em R\$ milhões)

HC – Função de cuidados de saúde	2015	2016	2017	2018	2019
HC 1 – Atenção curativa	137.131,8	147.575,2	156.880,5	165.098,8	177.683,2
HC 1.1 – Internações gerais	52.299,9	57.015,8	61.185,4	63.703,9	69.973,7
HC 1.2 – Hospital-dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e de longo prazo)	272,3	373,3	418,7	477,7	579,3
HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial	82.114,3	87.752,8	92.428,0	97.535,9	103.514,3
HC 1.3.1 – Atenção curativa ambulatorial básica	34.676,8	39.066,1	41.610,4	43.909,7	45.950,2
HC 1.3.1.1 – Atenção ambulatorial básica	28.332,2	31.320,0	33.590,1	34.291,4	36.343,1
HC 1.3.1.2 – Atenção ambulatorial básica – urgência	6.344,6	7.746,2	8.020,3	9.618,3	9.607,1
HC 1.3.2 – Atenção ambulatorial odontológica	6.044,0	5.887,8	6.621,0	6.916,6	7.040,7
HC 1.3.3 – Atenção ambulatorial especializada (exceto reabilitação e longo prazo)	41.369,0	42.766,0	44.148,8	46.639,4	50.399,0
HC 1.3.3.1 – Atenção ambulatorial especializada	31.360,0	32.252,7	33.029,7	34.825,1	37.719,5
HC 1.3.3.2 – Atenção ambulatorial especializada – emergência	10.009,0	10.513,3	11.119,1	11.814,3	12.679,5
HC 1.3.4 – Atendimento curativo ambulatorial – práticas alternativas	0,7	0,2	0,5	0,7	1,0
HC 1.3.9 – Atenção ambulatorial – não especificado	23,8	32,6	47,3	69,4	123,4
HC 1.4 – atendimentos gerais em domicílio	2.445,4	2.433,3	2.848,5	3.381,3	3.615,9
HC 2 – atendimentos de reabilitação	2.338,4	2.510,9	2.641,8	2.964,4	3.032,3
HC 2.1 – Internações em reabilitação	475,4	520,0	516,5	594,1	561,4
HC 2.3 – atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial	1.529,2	1.641,0	1.663,8	1.878,2	1.962,4
HC 2.9 – atendimentos de reabilitação não especificado	333,8	349,9	461,4	492,1	508,5
HC 3 – Cuidados de longo prazo	3.378,3	3.656,4	3.524,0	3.459,3	3.591,8
HC 3.1 – Internações de longo prazo e psicossociais	1.483,3	1.479,1	1.382,5	1.356,4	1.402,2
HC 3.2 – Hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais	1.365,5	1.317,4	1.219,4	1.285,3	1.322,7
HC 3.3 – atendimentos ambulatoriais de longo prazo e psicossociais	111,4	116,4	173,5	118,7	146,7
HC 3.4 – Cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares	418,1	743,5	748,6	698,9	720,2
HC 4 – Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	26.431,1	27.260,9	28.542,1	31.846,2	34.238,7
HC 4.1 – Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos	14.578,4	15.109,4	15.717,1	17.477,7	18.786,0
HC 4.2 – Exames de imagem e métodos gráficos	9.368,9	9.537,0	10.216,9	11.432,7	12.526,0
HC 4.3 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência	2.180,6	2.313,9	2.293,7	2.604,4	2.584,7

(Continua)

(Continuação)

HC – Função de cuidados de saúde	2015	2016	2017	2018	2019
HC 4.3.1 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios	990,7	1.171,7	1.191,2	1.312,3	1.454,3
HC 4.3.2 – Transporte de pacientes – emergência	1.189,9	1.142,2	1.102,4	1.292,1	1.130,4
HC 4.9 – Outras atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	303,3	300,6	314,5	331,4	342,0
HC 5 – Medicamentos e artigos médicos	15.899,0	16.209,6	14.728,8	14.934,5	14.289,3
HC 5.1 – Medicamentos e artigos médicos não duráveis	12.787,2	12.873,1	11.276,3	11.192,1	10.297,4
HC 5.1.1 – Medicamentos com obrigatoriedade de prescrição	10.012,9	10.181,1	8.442,5	8.655,9	8.333,9
HC 5.1.2 – Medicamentos sem obrigatoriedade de prescrição	2.774,3	2.692,0	2.833,8	2.536,2	1.963,5
HC 5.2 – Órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares	1.702,6	1.806,3	1.870,5	2.130,6	2.285,0
HC 5.2.1 – Óculos, lentes e produtos oftalmológicos	10,7	9,8	7,8	16,5	19,2
HC 5.2.2 – Próteses e outros dispositivos para audição	375,0	387,7	377,0	425,0	433,1
HC 5.2.3 – Órteses e outros dispositivos para ortopedia e mobilidade	349,3	352,7	373,1	428,4	408,6
HC 5.2.4 – Órteses e outros dispositivos para saúde bucal	427,4	460,8	443,4	547,8	644,2
HC 5.2.9 – Outras órteses e dispositivos não especificados anteriormente	540,1	595,3	669,2	712,9	780,0
HC 5.3 – Atividades complementares à obtenção de produtos médicos e tecidos humanos	1.409,2	1.530,3	1.582,1	1.611,7	1.706,8
HC 6 – Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde	21.593,6	24.888,5	25.841,8	24.391,4	27.537,7
HC 6.1 – Programas de informação, educação e aconselhamento	5.912,5	7.604,7	6.175,9	5.216,1	5.845,8
HC 6.2 – Programas de imunização	3.942,8	5.328,7	5.988,6	5.742,0	7.289,9
HC 6.3 – Programas para detecção precoce de doenças	658,0	632,3	555,3	611,9	622,1
HC 6.4 – Programas de monitoramento de populações saudáveis	6.956,2	7.559,5	9.110,0	9.182,0	10.036,1
HC 6.5 – Programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença	4.124,0	3.761,3	4.012,0	3.639,2	3.741,5
HC 6.6 – Programas de recuperação de desastres e respostas emergenciais	0,1	2,0	0,0	0,1	2,4
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	12.536,2	13.327,2	15.248,0	15.080,2	15.216,7
HC 7.1 – Gestão do sistema de saúde	11.508,5	12.549,8	13.986,7	13.826,2	13.912,7
HC 7.2 – Regulação do sistema de saúde	1.027,7	777,4	1.261,3	1.254,0	1.304,0
HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas	1.134,3	1.360,2	1.362,0	1.615,5	1.800,8
HC 9.9 – Outras atividades de saúde não especificadas anteriormente	1.134,3	1.360,2	1.362,0	1.615,5	1.800,8
Todas as funções	220.442,6	236.788,9	248.769,2	259.390,3	277.390,4

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

O maior volume de recursos é alocado em atenção curativa ambulatorial, seguido pelas internações. As internações responderam por 23,7% do total, em 2015, e passaram a 25,2% do total em 2019 (tabela 13). Neste mesmo período, as atividades ambulatoriais tiveram uma participação constante de 37%, e os programas de imunização aumentaram de 1,8% para 2,6%.

TABELA 13

Participações dos grandes grupos de finalidades do gasto (funções) nas despesas do SUS – Brasil (2015-2019)
(Em %)

Função de cuidados de saúde	2015	2016	2017	2018	2019
HC 1 – Atenção curativa	62,2	62,3	63,1	63,6	64,1
HC 1.1 – Interações gerais	23,7	24,1	24,6	24,6	25,2
HC 1.2 – Hospital-dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e de longo prazo)	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial	37,2	37,1	37,2	37,6	37,3
HC 1.4 – Atendimento gerais em domicílio	1,1	1,0	1,1	1,3	1,3
HC 2 – atendimentos de reabilitação	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
HC 3 – Cuidados de longo prazo	1,5	1,5	1,4	1,3	1,3
HC 4 – Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	12,0	11,5	11,5	12,3	12,3
HC 5 – Medicamentos e artigos médicos	7,2	6,8	5,9	5,8	5,2
HC 6 – Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde	9,8	10,5	10,4	9,4	9,9
HC 6.1 – Programas de informação, educação e aconselhamento	2,7	3,2	2,5	2,0	2,1
HC 6.2 – Programas de imunização	1,8	2,3	2,4	2,2	2,6
HC 6.3 – Programas para detecção precoce de doenças	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
HC 6.4 – Programas de monitoramento de populações saudáveis	3,2	3,2	3,7	3,5	3,6
HC 6.5 – Programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença	1,9	1,6	1,6	1,4	1,3
HC 6.6 – Programas de recuperação de desastres e respostas emergenciais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	5,7	5,6	6,1	5,8	5,5
HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Obs.: O detalhamento desta tabela até o quarto dígito da classificação SHA-HC está disponível no material suplementar.

Essa alocação refletiu aquilo que foi observado para o conjunto dos gastos em saúde no país analisado anteriormente, qual seja, uma concentração em atenção curativa (HC 1), contendo atenção hospitalar e ambulatorial geral (básica e especializada) e em atividades complementares ao diagnóstico (HC 4), que incluem fundamentalmente exames complementares e transporte de pacientes, mostrando uma priorização do atendimento curativo individual (tabela 13).

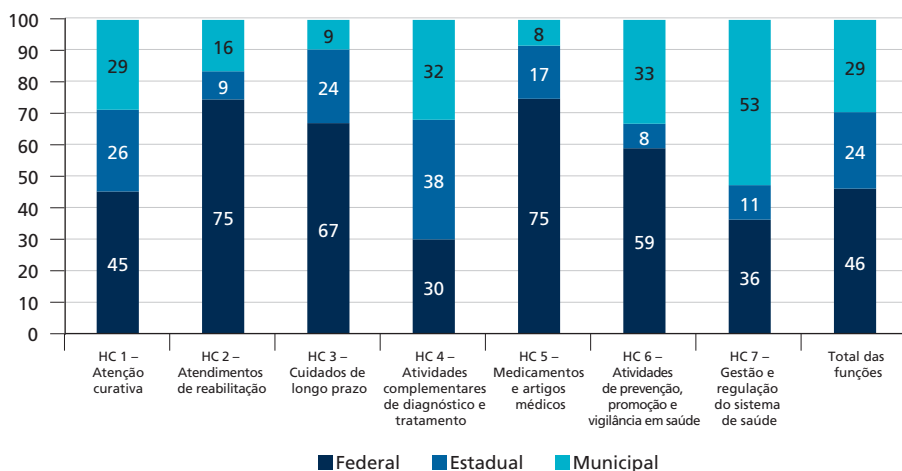
Os elementos que diferenciam o SUS do padrão geral dos gastos em saúde brasileiros são os expressivos gastos com prevenção, promoção e vigilância em saúde (HC 6), cuja maior parte integra atendimento de atenção primária, e menor participação de medicamentos e artigos médicos comparativamente ao pagamento direto do bolso das famílias (HC 5). Por outro lado, gastos com atividades de reabilitação (HC 2) e cuidados de longo prazo (HC 3) permanecem pouco expressivos. Ressalva-se a dificuldade de identificar e registrar despesas na função cuidados de longo prazo (HC 3), reconhecida por vários países da OCDE, e a possibilidade de gastos nessas funções serem basicamente assumidos pelas famílias. Essa função inclui gastos em

doenças psiquiátricas, inclusive abuso de drogas e álcool e cuidados paliativos, doentes terminais e doenças características do envelhecimento, como demências (tabela 13).

Quando a análise considera a participação das esferas de governo em cada função de cuidados de saúde (gráfico 5), observa-se que, em 2019, a esfera federal tinha importante participação em todas elas. Há predominância federal em cuidados de reabilitação (75%), cuidados de longo prazo (67%), medicamentos e artigos médicos (75%) e atividades de prevenção, promoção e vigilância (59%). Há também importante participação no financiamento das atividades curativas (45%), com estados e municípios financiando os outros 55% dessa função. Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento são quase igualmente financiadas pelas três esferas de governo, com uma participação um pouco maior dos estados (gráfico 5).

GRÁFICO 5

Participação das esferas de governo no financiamento das funções de saúde do SUS – Brasil (2019)
(Em %)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Ao estudar as variações das alocações por esfera de governo na série (tabela 14), não se observa variações significativas no financiamento da atenção curativa. Comparando-se 2015, 2017 e 2019, observa-se um aumento da participação federal no financiamento de medicamentos e artigos médicos entre 2015 e 2017, quando se aproxima de 80%, e posterior redução entre 2017 e 2019, mas ainda acima dos 70%. Há também aumento significativo da participação federal no financiamento das atividades de vigilância, promoção e prevenção em saúde, que passaram de

49,5%, em 2015, para 59,1%, em 2019. Esse aumento se deve principalmente a aumentos de gastos com programas de imunização.

TABELA 14

Participação das esferas de governo nos gastos do SUS com as funções de saúde – Brasil
(Em %)

Funções de cuidados de saúde	2015			2017			2019		
	Federal	Estadual	Municipal	Federal	Estadual	Municipal	Federal	Estadual	Municipal
HC 1 – Atenção curativa	44,3	26,1	29,6	43,3	26,8	29,9	45,3	26,0	28,7
HC 2 – Atendimentos de reabilitação	76,7	8,8	14,4	76,6	9,5	13,8	74,6	9,0	16,4
HC 3 – Cuidados de longo prazo	61,6	24,8	13,5	63,9	23,3	12,9	67,1	23,5	9,4
HC 4 – Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	31,4	40,2	28,4	31,3	40,5	28,2	30,0	38,1	31,9
HC 5 – Medicamentos e artigos médicos	71,0	19,2	9,8	78,2	14,7	7,1	74,8	16,9	8,2
HC 6 – Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde	49,5	9,2	41,3	52,3	7,5	40,3	59,1	7,8	33,1
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	42,4	10,5	47,1	36,4	16,3	47,4	36,3	11,0	52,7
HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas	47,6	40,2	12,1	54,7	30,0	15,3	60,1	23,1	16,8
Todas as funções	45,7	24,8	29,4	45,3	24,9	29,9	46,6	24,2	29,2

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Quando se analisam de forma mais detalhada os gastos agregados do período 2015-2019 (tabela 15), observa-se que, na média, os governos estaduais têm uma participação maior no financiamento das internações gerais (HC 1.1) (47,1%), sendo outros 40% financiados pelo governo federal e menor participação municipal (12,8%) (tabela 14). As internações em hospital-dia têm um financiamento maior dos governos estaduais (59,1%), seguido pelo governo federal (32,8%). Os governos municipais são os principais financiadores da atenção ambulatorial básica (HC 1.3.1) e odontológica (HC 1.3.2), com, respectivamente, 58,4% e 53,3%, seguidos pelo governo federal, que responde por 34,2% e 38,7%. Observa-se que a esfera federal tem uma participação expressiva no financiamento de atendimentos de reabilitação (HC 2), cuidados de longo prazo (HC3), medicamentos (HC 5) e vigilância, prevenção e promoção (HC 6). Responde também pela maior parte

das despesas com atenção ambulatorial especializada (HC 1.3.3), com 60,8%, com uma participação praticamente igual entre os governos estaduais e municipais. A atenção especializada (HC 1.3.3) envolve, além de consultas especializadas, cuidados de alto custo como quimioterapia, radioterapia e hemodiálise.

TABELA 15

Participação das esferas de governo nas despesas correntes com o SUS, segundo função SHA – Brasil (média 2015-2019)
(Em %)

HC	Federal	Estadual	Municipal
HC 1 – Atenção curativa	44,2	26,3	29,5
HC 1.1 – Interações gerais	40,1	47,1	12,8
HC 1.2 – Hospital-dia para diagnóstico e tratamento	32,8	59,1	8,1
HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial	47,4	13,2	39,4
HC 1.3.1 – Atenção curativa ambulatorial básica	34,2	7,4	58,4
HC 1.3.2 – Atenção ambulatorial odontológica	38,7	8,0	53,3
HC 1.3.3 – Atenção ambulatorial especializada	60,8	19,1	20,1
HC 1.4 – Atendimentos gerais em domicílio	30,5	2,7	66,8
HC 2 – Atendimentos de reabilitação	76,2	9,0	14,8
HC 3 – Cuidados de longo prazo	64,9	23,7	11,4
HC 4 – Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	31,0	39,3	29,6
HC 5 – Medicamentos e artigos médicos	75,3	16,8	7,9
HC 6 – Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde	54,9	7,5	37,6
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	38,1	12,1	49,7
Total das funções	45,7	24,5	29,8

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

4.2 Crescimento nominal das despesas do SUS por finalidade do gasto (função) no período

O crescimento nominal médio das despesas correntes no período permite analisar priorizações funcionais na alocação dos recursos ou um encarecimento relativo de algumas funções de saúde em detrimento de outras. Em termos de crescimento percentual dos gastos correntes totais, observa-se um aumento nominal geral de todas as esferas e funções de cuidados. A análise por função de saúde torna evidente onde ocorrem aumentos superiores e inferiores ao crescimento médio (tabela 16). Para gastos com gestão, considerados alvos potenciais no combate a ineficiências, o maior aumento é observado para municípios e o menor de estados, que teriam apresentado redução nominal nesses gastos.

O crescimento nominal médio anual dos gastos do SUS no período foi de 5,9% a.a., muito aquém do crescimento registrado no quinquênio anterior (2010-2014), de 12,2% a.a. (Brasil, 2018). Esse crescimento foi próximo ao da variação nominal do PIB, mencionada anteriormente. As maiores variações positivas do gasto no período foram observadas em atendimentos em hospital-dia (HC 1.2), programas de imunização (HC 6.2), atendimentos domiciliares, efetuados na forma de internações domiciliares (HC 3.4), e visitas domiciliares por profissionais de saúde do SUS (HC 1.4). Observou-se também crescimento acima do crescimento médio geral para os chamados programas de monitoramento de populações saudáveis (HC 6.4), que incluem, entre outros, as consultas de pré-natal e puericultura (tabela 16).

TABELA 16

Evolução das despesas por finalidade do gasto no SUS (função) – Brasil
(Em %)

Funções de cuidados de saúde	Variação média anual 2015-2019
HC 1.2 – Hospital-dia para diagnóstico e tratamento	20,8
HC 6.2 – Programas de imunização	16,6
HC 3.4 – Cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares	14,6
HC 1.4 – Atendimentos gerais em domicílio	10,3
HC 6.4 – Programas de monitoramento de populações saudáveis	9,6
HC 5.2 – Órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares	7,6
HC 1.1 – Internações gerais	7,5
HC 4.2 – Exames de imagem e métodos gráficos	7,5
HC 1.3.1 – Atenção curativa ambulatorial básica	7,3
HC 3.3 – Atendimentos ambulatoriais de longo prazo e psicossociais	7,1
HC 1 – Atenção curativa	6,7
HC 4.1 – Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos	6,5
HC 2.3 – Atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial	6,4
HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial	6,0
Todas as funções	5,9
HC 1.3.3 – Atenção ambulatorial especializada	5,1
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	5,0
HC 4.3 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência	4,3
HC 1.3.2 – Atenção ambulatorial odontológica	3,9
HC 6.1 – Programas de informação, educação e aconselhamento	-0,3
HC 3.2 – Hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais	-0,7
HC 6.3 – Programas para detecção precoce de doenças	-1,4
HC 3.1 – Internações de longo prazo e psicossociais	-1,4
HC 6.5 – Programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença	-2,4
HC 5.1 – Medicamentos e artigos médicos não duráveis	-5,3

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Entre serviços/atividades com maior participação nos gastos do SUS, chamam a atenção os crescimentos de despesas acima da média geral (5,9% a.a.) observados para internações (7,5% a.a.), diagnósticos por imagens (7,5% a.a.), além dos atendimentos ambulatoriais básicos (7,3% a.a.). O aumento desses últimos contrasta com crescimentos abaixo das médias gerais para atendimentos ambulatoriais especializados (5,1% a.a.) e odontológicos (3,9% a.a.). É registrado crescimento abaixo da média geral para transporte de pacientes (4,3% a.a.) e, de forma preocupante, para várias funções centrais da vigilância epidemiológica (-2,4% a.a.) e da promoção da saúde. Essas últimas abrangem programas de informação, educação e aconselhamento aos pacientes, que traduzem em grande parte a atividade de agentes comunitários de saúde (-0,3% a.a.) e os programas de detecção precoce de doenças (-1,4% a.a.).

4.3 Detalhamento por prestadores

A análise das despesas por tipo de prestador revela para quais estabelecimentos são dirigidos os recursos da saúde. Como os custos fixos dos prestadores são muito distintos, essa análise, acrescida à do *mix* de serviços oferecidos nos prestadores, pode ajudar a orientar um planejamento sobre formas mais eficientes de alocação de recursos. Em um primeiro momento, no entanto, as análises de alocação de recursos por tipo de prestador, detalhada por esfera de governo, ajudam a identificar a esfera de governo dominante no financiamento a prestadores e políticas de saúde específicas.

Entre 2015 e 2019, os tipos de prestadores predominantes no SUS continuaram a ser os hospitais. Foram gastos R\$ 115,1 bilhões em 2019 (41,5% do total de gastos), seguidos pelas unidades de atenção primária, para onde foram direcionados R\$ 69,7 bilhões (25,1% do gasto total), conforme a tabela 17. Relativamente a 2014 (Brasil, 2018), houve aumento da participação hospitalar, mas os dados não são rigorosamente comparáveis, pois passaram a incluir gastos em hospitais universitários federais financiados por órgãos da educação. Houve também uma significativa redução dos estabelecimentos não classificados, os quais distorciam as comparações, o que melhorou a qualidade das análises.

TABELA 17

Despesas correntes do SUS por prestador – Brasil (2015-2019)

(Em R\$ milhões correntes)

Prestador	2015	2016	2017	2018	2019
Hospital	84.338	90.585	97.041	105.778	115.137
Unidade de atenção primária	57.185	61.800	63.858	64.821	69.685
Ambulatório especializado	25.849	27.421	28.462	30.123	30.937
Unidade de gestão e apoio logístico	14.956	16.140	18.084	18.072	18.391

(Continua)

(Continuação)

Prestador	2015	2016	2017	2018	2019
Unidade ambulatorial de urgência e emergência	14.818	15.491	16.571	15.881	17.498
Laboratório e centro diagnóstico	7.174	7.508	7.808	8.438	9.733
Farmácia	9.095	10.542	9.221	8.512	8.237
Unidade de vigilância e prevenção em saúde	3.872	3.788	4.202	4.246	4.192
Unidade de atenção especializada (psicossocial)	1.631	1.633	1.610	1.639	1.838
Unidade móvel	1.328	1.274	1.273	1.524	1.301
Demais	197	608	640	357	442

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

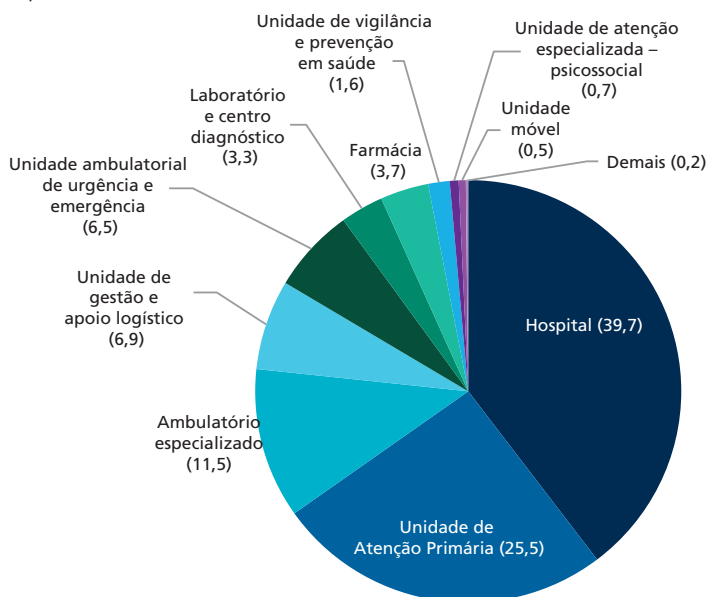
Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Considerando-se a totalidade do período 2015-2019, 39,7% das despesas correntes do SUS foram referentes a hospitais e 25,5%, a unidades de atenção primária. As despesas em estabelecimentos ambulatoriais especializados no período também foram expressivas (11,5%), conforme o gráfico 6.

GRÁFICO 6

Participação dos prestadores nas despesas correntes do SUS – Brasil (2015-2019)

(Em %)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

As matrizes SHA permitem, ainda, obter informação detalhada das despesas das esferas de governo por tipo de prestador (tabela 18) e a participação de cada esfera de governo no financiamento das diversas categorias de estabelecimentos (tabela 19).

TABELA 18

Despesas correntes do SUS por tipo de prestador e esfera de governo – Brasil (2019)
(Em R\$ milhões correntes)

Estabelecimentos	Federal	Estadual	Municipal	Total
Hospital	48.625	48.714	17.798	115.137
Unidade de atenção primária	33.856	3.794	32.035	69.685
Ambulatório especializado	17.868	4.807	8.263	30.937
Unidade de gestão e apoio logístico	6.004	3.171	9.216	18.391
Unidade ambulatorial de urgência e emergência	5.284	3.094	9.119	17.498
Laboratório e centro diagnóstico	2.908	3.719	3.106	9.733
Farmácia	8.182	14	40	8.237
Unidade de vigilância e prevenção em saúde	2.727	141	1.324	4.192
Unidade de atenção especializada (psicossocial)	1.426	17	395	1.838
Unidade móvel	1.102	85	114	1.301
Demais	171	49	223	442
Total	128.154	67.605	81.632	277.390

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Os estados e a União foram os maiores financiadores dos hospitais em 2019, enquanto a menor participação nesse financiamento foi a dos municípios (tabela 19). O financiamento federal é hegemônico em farmácias, unidades de vigilância e prevenção, unidades de atenção psicossocial e unidades móveis. Em estabelecimentos de atenção primária, a União e os municípios têm as maiores participações. Em laboratórios e centros diagnósticos, as participações no financiamento das esferas são muito semelhantes no período. Relativamente à série 2010-2014 (Brasil, 2018), houve um aumento expressivo da participação municipal no financiamento de laboratórios e centros diagnósticos, de 27,7% para 31,9%, o que expressa priorização nesse segmento de gasto.

TABELA 19

Participação das esferas de governo no financiamento de prestadores selecionados do SUS – Brasil (2019)
(Em %)

Estabelecimentos	Federal	Estadual	Municipal
Hospital	42,2	42,3	15,5
Unidade de atenção primária	48,6	5,4	46,0
Ambulatório especializado	57,8	15,5	26,7
Unidade de gestão e apoio logístico	32,6	17,2	50,1
Unidade ambulatorial de urgência e emergência	30,2	17,7	52,1
Laboratório e centro diagnóstico	29,9	38,2	31,9
Farmácia	99,3	0,2	0,5
Unidade de vigilância e prevenção em saúde	65,1	3,4	31,6
Unidade de atenção especializada (psicossocial)	77,6	0,9	21,5
Unidade móvel	84,7	6,5	8,7
Demais	38,7	11,0	50,3
Total	46,2	24,4	29,4

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Uma outra forma de analisar os dados sobre relações entre prestadores e esferas de governo é identificar prestadores para os quais as esferas de governo destinam preferencialmente seus recursos, o que ajuda a entender o *mix* de alocação de cada esfera em relação a prestadores. Com base nas despesas do SUS de 2010-2014, observou-se que a esfera estadual foi a que mais destinou recursos a hospitais, considerando a totalidade de seu orçamento. Dois terços das despesas dos estados eram direcionadas a hospitais, contrastando com 20% dos recursos municipais e 32% dos federais (Brasil, 2018). Os dados da série de 2015-2019 mostram que essa prioridade de direcionamento de gastos dos estados para hospitais intensificou-se: na série, quase três quartos dos recursos dos estados hoje são alocados em hospitais.

Por outro lado, na série 2010-2014, 44% das despesas municipais ocorriam em ambulatórios de atenção básica, mas na série atual há uma redução desse percentual para 39,2%, em 2019. A análise dos ambulatórios especializados na esfera federal fica prejudicada pela elevada taxa de não classificados encontrada na série 2010-2014 para esses estabelecimentos.

Os estabelecimentos ambulatoriais de atendimentos a urgências representavam 7,5% dos gastos municipais (Brasil, 2018) e 6% dos gastos federais. Na série atual, houve expressivo aumento da participação municipal nesses gastos (11,2%

dos gastos municipais em 2019) e retração dos gastos federais (4,1% dos gastos federais), conforme a tabela 20.

TABELA 20

Participação dos tipos de prestadores nas despesas correntes com o SUS (recursos próprios) das esferas de governo – Brasil (2019)
(Em %)

Estabelecimentos	Federal	Estadual	Municipal	Total
Hospital	37,9	72,1	21,8	41,5
Unidade de atenção primária	26,4	5,6	39,2	25,1
Ambulatório especializado	13,9	7,1	10,1	11,2
Unidade de gestão e apoio logístico	4,7	4,7	11,3	6,6
Unidade ambulatorial de urgência e emergência	4,1	4,6	11,2	6,3
Laboratório e centro diagnóstico	2,3	5,5	3,8	3,5
Farmácia	6,4	0,0	0,0	3,0
Unidade de vigilância e prevenção em saúde	2,1	0,2	1,6	1,5
Unidade de atenção especializada (psicossocial)	1,1	0,0	0,5	0,7
Unidade móvel	0,9	0,1	0,1	0,5
Demais	0,1	0,1	0,3	0,2

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Ao contrário do que se observou no período 2010-2014 (Brasil, 2018), quando os maiores crescimentos de despesas ocorreram em estabelecimentos ambulatoriais de atendimento a urgências (Unidades de Pronto Atendimento – UPAs) (36% a.a.), as UPAs apresentaram crescimento de despesas de 4,2% a.a. entre 2015 e 2019, abaixo do crescimento médio, configurando uma tendência de desaceleração na expansão desse modelo (tabela 21).

Os crescimentos médios anuais das despesas por estabelecimento oscilaram entre 8,1% a.a. (Hospitais) e -2,4% a.a. (Farmácias). Além de hospitais, apresentaram crescimento de despesas acima da média (5,9%) os laboratórios e centros diagnósticos (7,9% a.a.) (tabela 21).

Os crescimentos de despesas federais entre 2015 e 2019 foram bem mais modestos do que na série 2010-2014 (Brasil, 2018). Na série atual, houve variação negativa nas despesas federais com unidades ambulatoriais de urgência e emergência (UPAs) (-4,3%) e nas farmácias (-2,4%), indicando uma possível perda da prioridade do atendimento a urgências e emergências nas políticas federais (tabela 21).

Observa-se que o único tipo de prestador para o qual houve aumento de despesas acima da média em todas as esferas de governo foram os hospitais, para

os quais o crescimento médio anual para o conjunto das esferas foi de 8,1%. Variações acima do aumento médio das despesas são adicionalmente observadas para laboratórios e centros diagnósticos (7,9%), em que a maior contribuição para o aumento foi municipal (11,8%) e a menor a federal (4,1%) (tabela 21).

As unidades de atenção primária mantiveram um crescimento das despesas (5,1% a.a.) muito semelhante ao crescimento médio das despesas do SUS, mas claramente sustentado por alocação de recursos federais (aumento de 12,3% a.a.). O crescimento das despesas municipais para esses prestadores foi de 0,6% a.a. (tabela 21), contrastando com a série 2010-2014, quando o crescimento nominal de despesas municipais nesses estabelecimentos chegou a 13% a.a. (Brasil, 2018).

Recursos não alocados em unidades de atenção primária pelos municípios podem estar sendo redirecionados para outros prestadores, que registraram crescimentos acima do crescimento geral das despesas municipais (5,6% a.a.), exceto unidades móveis, que registraram queda de 6,9% a.a.

Os estados registraram crescimentos médios das despesas com o SUS no período (5,6% a.a.) igual ao dos municípios e inferiores aos da União (6,3% a.a.), com crescimentos acima da média para hospitais (6,2% a.a.), ambulatorios especializados (10,4% a.a.), laboratórios e centros diagnósticos (8,2% a.a.).

TABELA 21

Crescimento médio anual das despesas das esferas de governo com o SUS, segundo prestadores selecionados – Brasil (2015-2019)
(Em %)

Estabelecimentos	Todas	Federal	Estadual	Municipal
Hospital	8,1	9,4	6,2	10,1
Laboratório e centro diagnóstico	7,9	4,1	8,2	11,8
Total	5,9	6,3	5,6	5,6
Unidade de gestão e apoio logístico	5,3	2,1	6,5	7,2
Unidade de atenção primária	5,1	12,3	-4,4	0,6
Ambulatório especializado	4,6	2,1	10,4	7,7
Unidade ambulatorial de urgência e emergência	4,2	-4,3	2,2	12,6
Unidade de atenção especializada (psicossocial)	3,0	0,4	-7,6	18,1
Unidade de vigilância e prevenção em saúde	2,0	0,3	-15,9	10,3
Unidade móvel	-0,5	0,0	3,9	-6,9
Farmácia	-2,4	-2,5	0,7	25,5

Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

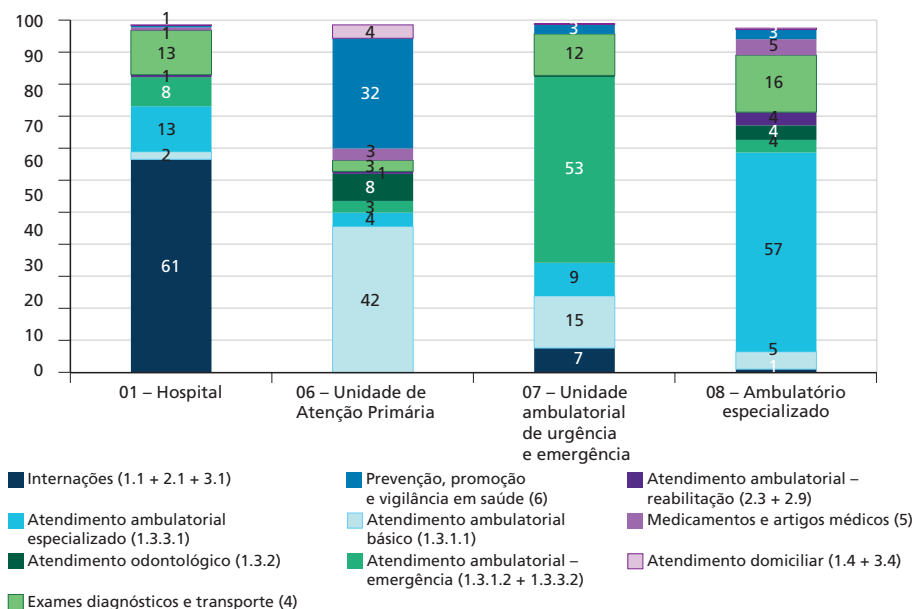
Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

4.4 Despesas segundo prestadores e função

Um terceiro tipo de análise importante é o das funções (tipos de bens e serviços segundo a finalidade de saúde) financiadas em cada tipo de estabelecimento de saúde (prestador). São tabelas que informam as despesas segundo os diversos tipos de serviços/funções executados nos vários estabelecimentos e, alternativamente, quais tipos de estabelecimentos estão sendo pagos para ofertar os distintos tipos de serviços. Em última instância, permitem avaliar o *mix* de produtos e serviços oferecido em cada tipo de estabelecimento e analisar se esse é o *mix* ideal para estabelecimentos. Por exemplo, um país onde, em hospitais, menos de 50% das despesas se referirem a internações e houver uma parcela significativa de serviços de prevenção e atenção básica apresentará evidências de uma distorção ou singularidade na alocação das despesas/*mix* de serviços financiados que pode sugerir ineficiência.

GRÁFICO 7

Alocação de despesas nos principais prestadores, segundo finalidade do gasto (função) – Brasil (2019)
(Em %)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

O gráfico 7 mostra uma distribuição coerente das despesas nos prestadores do SUS. Gastos em hospitais são prioritariamente dedicados a internações (61%), os de ambulatórios especializados alocados em atendimentos ambulatoriais especializados

(57%), os de Unidades de Atenção Primária destinados a atendimentos ambulatoriais básicos (42%) e a procedimentos de prevenção e promoção à saúde (32%) e os de unidades ambulatoriais de urgência e emergência a atendimentos nessa área (53%).

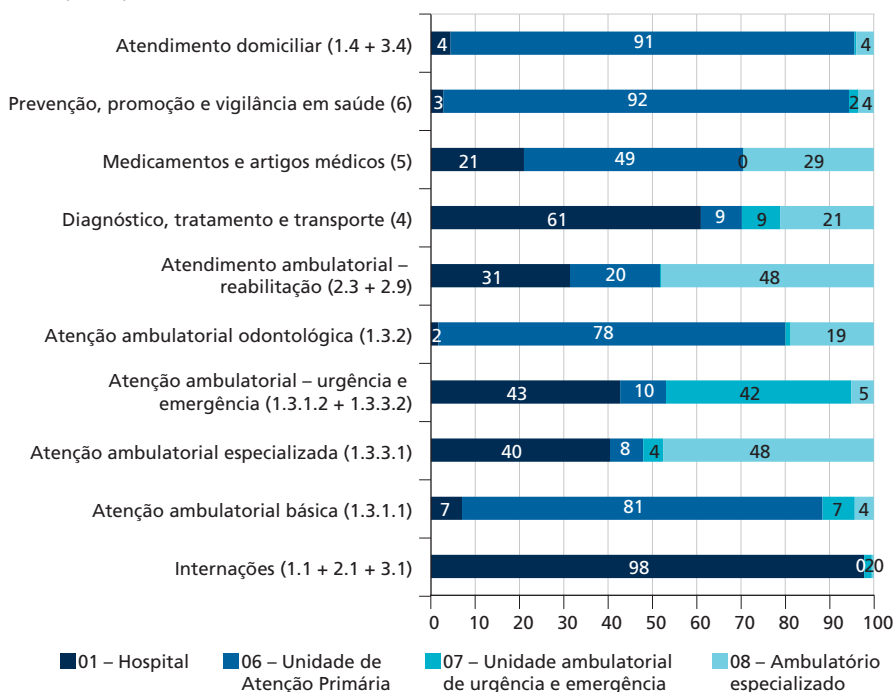
Demais despesas com maior relevância em hospitais são as orientadas a atendimentos ambulatoriais especializados (13%), exames diagnósticos (13%) e atendimentos de urgência e emergência (8%).

Há poucas despesas com atendimentos básicos fora das unidades básicas de saúde (exceto pelas UPAs, com 15%), mas, paradoxalmente, 7% das despesas em UPAs referem-se a internações. Além de prestarem atendimento a urgências e emergências, sua função primordial, as UPAs parecem realizar retaguarda para atendimentos que deveriam ser prestados em outros locais (gráfico 8).

GRÁFICO 8

Distribuição das despesas por tipo de cuidados de saúde (HC), segundo principais prestadores no SUS – Brasil (2019)

(Em %)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Também é possível usar os dados para identificar onde são gastos os recursos para produzir os diferentes tipos de serviços (gráfico 8). Em 2019, por exemplo, os atendimentos ambulatoriais especializados tiveram a seguinte distribuição quanto a locais em que foram realizados os gastos: ambulatoriais especializados (48%); hospitais (40%); Unidades de Atenção Primária (8%); e UPAs (4%). Já os atendimentos ambulatoriais básicos foram primordialmente oferecidos em Unidades de Atenção Primária (81%).

Exemplos de outras análises úteis incluem o acompanhamento dos gastos com atendimentos de urgência (menos graves) e emergência (mais complexos), segundo o local que os realiza. A série SHA 2015-2019 passou a discriminar atendimentos ambulatoriais curativos básicos em regime de urgência² (HC 1.3.1.2) e atendimentos ambulatoriais especializados realizados em regime de emergência (HC 1.3.3.2). Em 2019, esses atendimentos totalizaram R\$ 22,287 bilhões, o equivalente a 8,0% das despesas correntes do SUS.³ Esses gastos estavam distribuídos entre R\$ 9,6 bilhões com consultas de urgência e R\$ 12,7 bilhões em consultas de emergência (tabela 12). Entre 2015 e 2019, gastos com consultas de urgência/emergência superaram o crescimento médio do SUS.

O gráfico 9 mostra uma mudança expressiva nos locais que prestaram esses atendimentos no SUS entre 2015 e 2019, corroborando um declínio do financiamento das UPAs⁴ e, possivelmente, da complexidade do atendimento que eram capazes de prestar. Entre 2015 e 2019, aumentaram em 138% as despesas hospitalares com atendimentos ambulatoriais de emergência (HC 1.3.3.2). Nas UPAs, houve uma redução dessas despesas – de R\$ 6,2 bilhões para R\$ 4,0 bilhões – e uma migração para atendimentos caracterizados como urgências básicas, menos complexos (gráfico 9). As UPAs, que eram os prestadores dominantes do atendimento a emergências, perderam espaço mais uma vez para as emergências hospitalares. Seria importante analisar como os hospitais têm lidado com a carga “extra” de atendimentos emergenciais e se a demanda absorvida de atendimentos de urgência básica gera maior qualificação dos atendimentos na porta de entrada hospitalar.

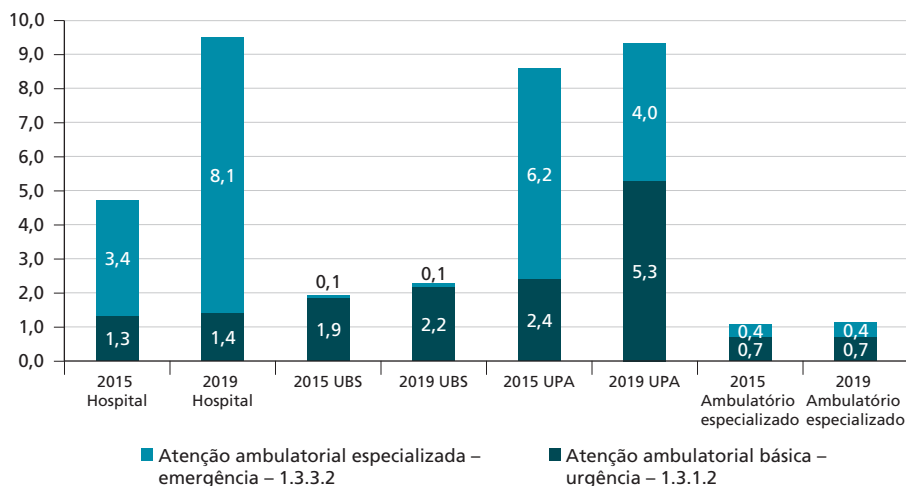
2. Atendimentos registrados como atendimentos de urgência na Atenção Básica tendem a ser menos complexos do que os identificados como emergências, podendo, às vezes, corresponder simplesmente a atendimentos não agendados previamente.

3. Esse total inclui apenas os atendimentos ambulatoriais por profissionais de saúde, estando excluídos atendimentos do Samu, exames laboratoriais realizados e todo o custo de eventuais necessidades adicionais de tratamento e permanência do paciente na unidade de saúde. Os gastos com emergências, portanto, são bastante superiores aos gastos com o simples atendimento ambulatorial.

4. Entre 2010 e 2014, as UPAs tiveram um crescimento nominal médio de gastos 36% a.a. No período 2015-2019, o crescimento médio dos gastos em UPAs foi de 4,2% a.a., abaixo do crescimento médio dos gastos no SUS.

GRÁFICO 9

Comparação das despesas do SUS com atendimentos de urgência e emergência, segundo prestador – Brasil (2015 e 2019)
(Em R\$ bilhões correntes)



Fontes: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Economia, Senado Federal e IBGE. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

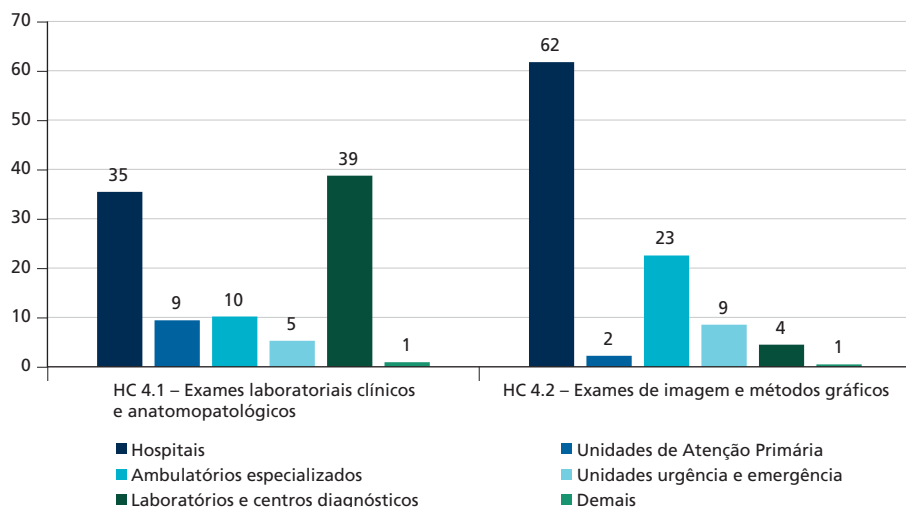
Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Um exemplo adicional de utilidade dessas tabelas é a identificação dos locais onde se financiam exames diagnósticos (gráfico 10). Nesse caso, observa-se um padrão persistente de predominância desses exames em hospitais, principalmente para exames de imagem, que se mantém desde 2010 (Brasil, 2018). Os hospitais também são muito importantes para realização de exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos (patologia clínica – HC 4.1.), com percentuais próximos dos laboratórios e centros diagnósticos e maior que os ambulatórios especializados.

GRÁFICO 10

Distribuição das despesas com exames diagnósticos laboratoriais e de imagem no SUS, segundo prestador – Brasil (2019)

(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Ministério da Economia. Senado Federal. IBGE. Ver quadro B.1 no apêndice B. Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Conforme já havia sido verificado na série anterior do SUS, há poucas despesas com exames diagnósticos em unidades de atenção básica (9% das despesas com patologia clínica e 2% das despesas com exames de imagem), sugerindo baixa execução desses procedimentos nesses estabelecimentos.

Uma outra utilização importante da Conta SHA é como ponto de partida para dimensionar despesas com Atenção Primária em Saúde (APS). A OMS vem ressaltando muito a necessidade de os países priorizarem gastos em APS como parte das estratégias para alcançar a cobertura universal em saúde. Ainda que seja ressaltada a liberdade para os países definirem a APS segundo seus critérios nacionais, a mais recente diretriz sobre mensuração de gastos nessa área indica que a estrutura de funções da Conta SHA deve ser usada como base para aumentar a compreensão da alocação desses gastos nos países e a comparação entre países (OMS, 2021). Essa utilização será discutida em estudo posterior.

5 DETALHAMENTOS DA CONTA DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE VOLUNTÁRIOS PRIVADOS (HF 2.1)

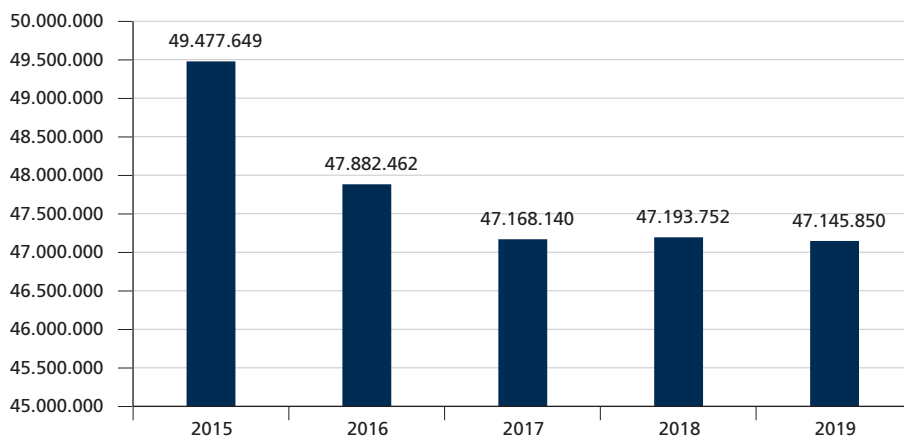
Como apresentado previamente, os regimes de pagamento voluntário (HF 2) incluem, nas contas SHA brasileiras, dados para HF 2.1 (Planos e seguros de saúde voluntários privados – regulados pela ANS) e HF 2.2 (Regimes de financiamento de organizações sem fins de lucro). Não foi determinado em separado o montante relacionado a HF 2.3 (Regimes corporativos), que estão, por ora, incluídos nos regimes não identificados. Do total de despesas com saúde registradas em HF 2 na Conta SHA 2015-2019, mais de 95% referem-se a planos e seguros de saúde (HF 2.1).

O uso de informação de contas de saúde e de outras fontes sobre os distintos regimes de financiamento contribui para aumentar a utilidade da informação. É nesse sentido que apresentamos, nesta seção, algumas análises já consolidadas em tabelas da Conta SHA e outras obtidas durante a elaboração delas.

Apesar da propalada crise no setor de planos e seguros de saúde privados, ilustrada pela substantiva queda de beneficiários entre 2015 e 2017 (gráfico 11), na série SHA 2015-2019, planos e seguros de saúde privados (HF 2.1) foram o regime de financiamento em que mais cresceram os gastos com saúde no país (9,2% a.a. comparado a 7,5% a.a. para a totalidade dos regimes de financiamento). Um fato digno de nota é que, até 2019, os patamares de beneficiários observados em 2015 não foram recuperados, indicando um possível impacto duradouro da crise financeira nacional sobre o emprego (redução nos planos empresariais) e a renda das famílias (redução de beneficiários de planos individuais).

GRÁFICO 11

Quantidade de beneficiários de planos e seguros de saúde – Brasil (set. 2015-set. 2019)



Fontes: ANS e Sistemas de Informações sobre Beneficiários (SIB).

A segmentação das despesas em assistenciais (HC 1-6) e de gestão (HC 7), mostrada na Conta SHA 2015-2019, aponta um crescimento mais intenso nas despesas assistenciais do que nas de gestão (tabela 22). Isso indica que, neste período, planos e seguros de saúde devem ter realizado um esforço de redução dessas despesas, mas elas ainda representavam 14% do total das despesas desse segmento em 2019.

TABELA 22

Despesas e receitas para cobertura das despesas de planos e seguros de saúde (HF 2.1), com variações anuais médias – Brasil (2015-2019)

	2015 (R\$ milhões)	2016 (R\$ milhões)	2017 (R\$ milhões)	2018 (R\$ milhões)	2019 (R\$ milhões)	Variação nominal média ao ano (%)
Despesas agregadas (ICHA-HC)						
Despesas assistenciais correntes (HC 1-HC 6)	124.497	142.093	155.978	168.629	181.951	10,0
Despesas correntes gestão (HC 7)	23.406	25.694	26.613	27.651	29.432	5,9
Total de despesas com saúde dos planos	147.903	167.788	182.591	196.279	211.383	9,3
Receitas para cobertura das despesas (ICHA-FS)						
Contraprestações (FS 5 – pré-pagamentos voluntários)	143.360	161.610	179.782	197.594	212.276	10,3

(Continua)

(Continuação)

	2015 (R\$ milhões)	2016 (R\$ milhões)	2017 (R\$ milhões)	2018 (R\$ milhões)	2019 (R\$ milhões)	Varição nominal média ao ano (%)
Coparticipações em planos (FS 6.1)	2.604	3.089	5.007	5.502	5.674	21,5
Recursos complementares das empresas (FS 6.2)	1.940	3.089				
Total das receitas dos planos	147.903	167.788	184.789	203.096	217.950	10,2

Fonte: ANS. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

A tabela 22 traz, além da informação das despesas, informações sobre a origem dos recursos que as financiam (*revenues of financing schemes* – FS). Esta última dimensão SHA ainda não é apresentada nas tabelas detalhadas da presente edição da Conta. Ela mostra as contribuições de cada tipo de recurso para a cobertura das despesas com saúde dos planos e seguros – pagamento de prêmios (contraprestações), pagamentos de coparticipações e recursos complementares das operadoras. Esses últimos, em geral, são oriundos de rendimentos financeiros da atividade de planos e seguros de saúde, parte dos quais pode ser usada para cobrir as despesas com saúde.

As variações percentuais anuais nominais de despesas e dos recursos que as financiam (FS) da série 2015-2019 mostram um crescimento médio anual das despesas com saúde de 9,3%. Do lado dos recursos que financiam essas despesas, os prêmios pagos (FS 5 – Pré-pagamentos voluntários de famílias, empresas e governos) cresceram 10,3% a.a. e as coparticipações das famílias (FS 6.1), 21,5% a.a.

A partir de 2017, os valores somados de prêmios (contraprestações) e coparticipações passaram a ser suficientes para cobrir as despesas com saúde dos planos, sem necessidade de outras receitas. A partir de 2017, ocorreu, inclusive, um superávit crescente e sustentado nas receitas somadas de contraprestações e coparticipações, que contribui para melhores resultados financeiros.¹

A análise das despesas segundo a finalidade do gasto – representando os principais segmentos (funções) de cuidados de saúde – mostra a distribuição dos gastos de planos e seguros de saúde privados ano a ano. Chama a atenção o peso das despesas com internações (HC 1.1) e com serviços diagnósticos (HC 4). Em 2019, as internações responderam por 34,1% dos gastos da saúde suplementar, contrastando com 25,2% dos gastos do SUS (tabela 13). As atividades de diagnóstico dos planos e seguros corresponderam a 17,5% das despesas.

1. A dimensão dos resultados econômico-financeiros dos planos não é objeto de análise das contas SHA, mas será analisada em outras publicações.

Os gastos com atendimentos de emergência corresponderam, em média, a 11,8% dos gastos ambulatoriais gerais (excluídos os de reabilitação e psicossociais) no período (tabela 23), com tendência discretamente ascendente. Ainda assim, essa participação é metade daquela dos atendimentos ambulatoriais de emergência no SUS.

Quando analisadas em conjunto, as atividades curativas (internações e atendimentos ambulatoriais, excluídas a reabilitação e as psicossociais) e de exames diagnósticos correspondem a mais de 90% dos gastos assistenciais dos planos (excluídas despesas de gestão). A participação de cuidados preventivos, de reabilitação e psicossociais e de despesas com medicamentos dispensados em ambulatórios é pequena.

TABELA 23

Despesas correntes dos planos e seguros de saúde (HF 2.1), segundo funções de cuidados de saúde (ICHA-HC) – Brasil (2015-2019)
(Em R\$ milhões)

HC – Função de cuidados de saúde	2015	2016	2017	2018	2019
HC 1 – Atenção curativa	89.191,6	101.036,0	109.882,3	116.600,4	129.665,2
HC 1.1 – Internações gerais	47.689,0	52.930,9	59.057,8	61.114,8	72.023,9
HC 1.2 – Hospital-dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e de longo prazo)	2.053,5	2.999,6	2.979,2	3.228,4	4.001,7
HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial	39.449,1	45.105,5	47.845,3	52.257,2	53.639,6
HC 1.3.1 – Atenção curativa ambulatorial básica	8.964,9	7.850,5	8.469,0	7.925,6	7.163,8
HC 1.3.2 – Atenção ambulatorial odontológica	1.930,0	2.230,0	2.035,8	2.558,3	2.878,4
HC 1.3.3 – Atenção ambulatorial especializada (exceto reabilitação e longo prazo)	25.376,5	30.995,0	33.106,1	38.057,0	41.663,3
HC 1.3.3.1 – Atenção ambulatorial especializada, exceto reabilitação e psicossocial	20.737,1	25.811,1	27.692,9	31.608,5	35.229,0
HC 1.3.3.2 – Atendimentos ambulatoriais especializados – emergências	4.639,3	5.184,0	5.413,2	6.448,5	6.434,3
HC 1.3.9 – Atenção ambulatorial – não especificado	3.177,8	4.029,9	4.234,4	3.716,2	1.934,1
HC 2 – Atendimentos de reabilitação	2.780,9	3.092,9	3.781,5	3.569,1	3.142,7
HC 2.1 – Internações em reabilitação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HC 2.2 – Hospital-dia em reabilitação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HC 2.3 – Atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial	2.780,9	3.092,9	3.781,5	3.569,1	3.142,7
HC 2.4 – Atendimentos domiciliares em reabilitação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

(Continua)

(Continuação)

HC – Função de cuidados de saúde	2015	2016	2017	2018	2019
HC 3 – Cuidados de longo prazo	3.497,9	4.794,5	5.728,2	6.186,0	6.483,1
HC 3.1 – Internações de longo prazo e psicossociais	963,0	1.086,0	1.450,0	1.739,8	2.076,1
HC 3.2 – Hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais	347,7	492,2	590,6	699,0	571,0
HC 3.3 – Atendimento ambulatoriais de longo prazo e psicossociais	1.126,0	1.858,6	2.117,3	2.094,2	2.013,0
HC 3.4 – Cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares	1.061,2	1.357,6	1.570,2	1.652,9	1.823,0
HC 4 – Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	25.410,8	28.986,7	30.969,2	36.685,5	37.008,8
HC 4.1 – Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos	9.875,5	11.649,9	12.493,0	14.647,8	14.734,9
HC 4.2 – Exames de imagem e métodos gráficos	14.928,7	16.551,0	17.571,7	21.067,2	21.251,1
HC 4.3 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência	606,6	785,9	904,4	970,5	1.022,9
HC 5 – Medicamentos e artigos médicos	1.721,8	2.127,9	3.162,6	3.119,6	3.357,2
HC 5.1 – Medicamentos e artigos médicos não duráveis	3,2	4,2	6,6	15,7	24,8
HC 5.2 – Órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares	1.718,5	2.123,6	3.155,9	3.103,9	3.332,4
HC 6 – Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde	1.894,2	2.055,1	2.453,9	2.468,0	2.293,9
HC 6.1 – Programas de Informação, educação e aconselhamento	533,6	670,8	948,2	1.045,1	1.049,2
HC 6.2 – Programas de imunização	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HC 6.3 – Programas para detecção precoce de doenças	609,2	667,7	675,9	614,0	537,0
HC 6.4 – Programas de monitoramento de populações saudáveis	751,5	716,6	829,8	808,9	707,6
HC 6.5 – Programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HC 6.6 – Programa de recuperação de desastres e respostas emergenciais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HC 7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	23.406,2	25.694,5	26.613,0	27.650,8	29.431,7
Todas as funções	147.903,4	167.787,6	182.590,7	196.279,4	211.382,6

Fontes: ANS. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Na análise detalhada dos padrões de crescimento nominal dos gastos no período (tabela 24), observa-se que segmentos de cuidados mais ligados à atenção primária (atenção ambulatorial básica – HC 1.3.1; atendimentos de populações saudáveis – HC 6.4, que inclui pré-natal e puericultura e programas de detecção

precoce de doenças – HC 6.3) apresentam variações negativas. Isso pode estar sinalizando que não houve avanços expressivos nos esforços dos planos e seguros no sentido de fortalecer a atenção primária.

TABELA 24

Crescimento médio nominal anual das despesas dos planos, segundo segmento de cuidado (HC) detalhado – Brasil (2015-2019)

Código ICHA	Descrição	Crescimento médio anual 2015-2019 (%)	Percentual da despesa em 2019
HC 5.1	Medicamentos e artigos médicos não duráveis	66,3	0,01
HC 3.1	Internações de longo prazo e psicossociais	21,2	0,98
HC 6.1	Programas de Informação, educação e aconselhamento	18,4	0,50
HC 1.2	Hospital-dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e de longo prazo)	18,2	1,89
HC 5.2	Órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares	18,0	1,58
HC 3.3	Atendimentos ambulatoriais de longo prazo e psicossociais	15,6	0,95
HC 3.4	Cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares	14,5	0,86
HC 4.3	Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência	14,0	0,48
HC 3.2	Hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais	13,2	0,27
HC 1.3.3	Atenção ambulatorial especializada (exceto reabilitação e longo prazo)	13,2	19,71
HC 1.1 + 2.1	Internações	10,9	34,07
HC 4.1	Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos	10,5	6,97
HC 1.3.2	Atenção ambulatorial odontológica	10,5	1,36
Todas as funções		9,3	100,0
HC 4.2	Exames de imagem e métodos gráficos	9,2	10,05
HC 1.3	Atenção curativa ambulatorial	8,0	25,38
HC 7	Gestão e regulação do sistema de saúde	5,9	13,92
HC 2.3	Atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial	3,1	1,49
HC 6.4	Programas de monitoramento de populações saudáveis	-1,5	0,33
HC 6.3	Programas para detecção precoce de doenças	-3,1	0,25
HC 1.3.1	Atenção curativa ambulatorial básica	-5,5	3,39

Fonte: ANS. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Os gastos com medicamentos cresceram muito porque partem praticamente de uma base zero, mas têm pequena participação no gasto total intermediado por planos e seguros de saúde (tabela 24). Esses aumentos estão ligados à Lei nº 12.880, de 13 de novembro de 2013 (Brasil, 2013), que torna mandatório o fornecimento

de quimioterapia para tratamento domiciliar de beneficiários de planos e seguros de saúde. Ainda assim, em comparação com a participação das famílias e do SUS nos gastos com medicamentos, o papel de planos e seguros de saúde (saúde suplementar) é muito menor.

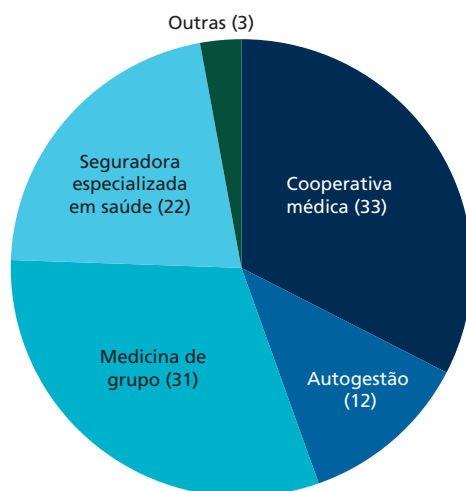
Observam-se crescimentos acima da média dos demais segmentos internações (10,9% a.a.) e expressivos aumentos das despesas para atendimentos em hospital-dia para diagnóstico e tratamento (18,2% a.a.), cuidados de longo prazo ambulatoriais (15,6% a.a.), internações domiciliares (14,3% a.a.) e atendimentos ambulatoriais especializados (13,2% a.a.).

As edições futuras da conta SHA deverão conter informações desagregadas sobre as distintas modalidades de contratação (coletivo empresarial, coletivo por adesão e individual/familiar) e modalidades de operadoras abrangidas nesse setor (representadas por médico-hospitalares – cooperativa médica, medicina de grupo, seguradora especializada em saúde, autogestão, filantropia – e exclusivamente odontológicas – odontologia de grupo e cooperativas odontológicas). Essas modalidades comportam diferentes dinâmicas operacionais e institucionais, compondo uma dimensão específica da conta SHA brasileira a ser desenvolvida. Por ora, destacamos a distribuição percentual das despesas de HF 2.1., segundo as principais modalidades de operadoras (gráfico 12) e de contratação (gráfico 13).

GRÁFICO 12

Participação das modalidades de operadoras de planos e seguros de saúde (HF 2.1) nas despesas correntes totais com saúde do setor – Brasil (2019)

(Em %)



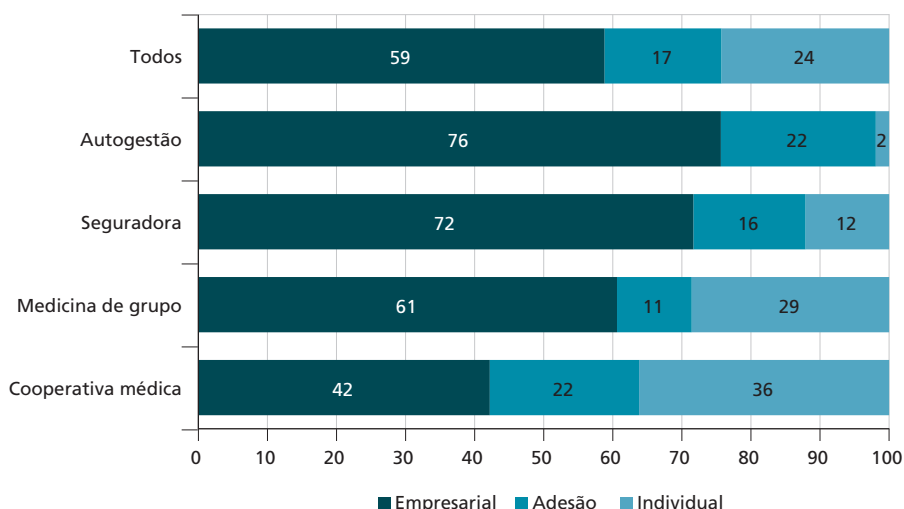
Fontes: ANS e Plano de Contas. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.
Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

As modalidades de operadora que concentram os maiores segmentos do mercado (segundo mensurado por despesas assistenciais mais despesas com gestão) são as cooperativas médicas (33%) e as medicinas de grupo (31%). Seguradoras especializadas em saúde e autogestões comportam fatias menores. Operadoras odontológicas e filantropias comportam apenas 3% das despesas com saúde no escopo do SHA 2011 (gráfico 12).

GRÁFICO 13

Participação das modalidades de contratação nas despesas de planos e seguros de saúde (HF 2.1), segundo modalidade de operadora – Brasil (2019)

(Em %)



Fontes: ANS e Plano de Contas. Para mais informações, ver quadro B.1 no apêndice B.

Elaboração a partir da metodologia das Contas SHA 2011 (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Obs.: 1. Não está incluída a modalidade de contratação por instituições filantrópicas, a qual representa menos de 2% do total.

2. Os valores das despesas não correspondem àqueles apresentados no Tabnet, pois, como informado no quadro C.1 (apêndice C), foram adotadas contas específicas do plano de contas da ANS.

As distintas modalidades de operadora podem ter carteiras variáveis de tipos de contratação (empresarial, adesão e individual). Os dados para 2019 mostram que autogestão e seguradoras têm, prioritariamente, carteiras empresariais, com baixa participação de planos individuais/familiares (gráfico 13). As cooperativas têm as carteiras mais “equilibradas” em termos das modalidades de contratação coletiva requerida legalmente. Já no caso das seguradoras, decisões estratégicas guiaram sua saída do mercado de planos individuais. Medicinas de grupo e cooperativas médicas têm proporções de beneficiários em carteiras individuais/familiares próximas, pouco superior à média do setor (19%). Ainda assim, a proporção de beneficiários em contratação coletiva por adesão nas cooperativas médicas é distintivamente maior àquela observada nas medicinas de grupo. Por sua vez, as filantrópicas têm

a menor proporção de beneficiários em planos coletivos empresariais (55%) do total de sua carteira.

Essas diferenças talvez revelem uma certa “vocação individual” tanto das cooperativas quanto das filantropias, uma vez que os contratos por adesão são adquiridos por iniciativa do comprador individual.

Essas composições devem também se refletir na alocação de recursos segundo finalidade de uso. O detalhamento de despesas por finalidade e das receitas segundo cada uma dessas modalidades certamente propiciará avanços no entendimento do setor e deverá ser objeto de edições futuras da Conta SHA.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: LIMITAÇÕES E PRÓXIMOS PASSOS

Esta publicação avança muito em relação à anterior ao permitir as comparações entre as despesas com o SUS e aquelas realizadas por meio da saúde suplementar e do pagamento direto do bolso das famílias. Como destacado, tal análise agrega valor para discussões sobre gestão, organização, monitoramento e financiamento e aponta necessidades de aprimoramentos do sistema de saúde brasileiro.

Apesar desses avanços, há limitações que já foram destacadas ao longo do texto, sendo a principal a existência de uma parcela correspondente a 3% do gasto total cuja alocação a esquemas de financiamento específicos não foi definida. Isso reflete o fato de os regimes de seguros obrigatórios públicos (HF 1.2) ou voluntários públicos (HF 1.1.2) (de clientela fechada) e os regimes corporativos (HF 2.3) não terem sido totalmente captados, por demandarem outras informações que ainda precisam ser analisadas antes de serem incorporados à Conta SHA. Existe a possibilidade de essas despesas se referirem também a regimes já registrados, como o de pagamento direto do bolso das famílias (HF 3.1 ou HF 3.2) ou de instituições sem fins de lucro (HF 2.2).

Foram feitas ressalvas também sobre a dificuldade de identificar e registrar despesas na função cuidados de longo prazo (HC 3), a qual inclui gastos em doenças psiquiátricas, inclusive abuso de drogas e álcool e cuidados paliativos, doenças terminais e doenças características do envelhecimento, como demências.

Faz-se necessário avançar na apropriação de dados de registros administrativos estaduais e municipais que estejam disponíveis publicamente. Outros aprimoramentos metodológicos relacionados à captação e ao tratamento dos dados envolvem a possibilidade de se obter, de forma contínua e com qualidade, informações para cobrir lacunas apontadas nessa publicação.

Além de avançar em estudos que permitam reduzir as lacunas e melhorar a qualidade da informação, deve-se destacar que a utilização da Conta SHA vai além dos números apresentados nesta publicação. Estudos com detalhamentos sobre o gasto com atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada, ou por doenças, também são possíveis a partir da produção de uma Conta SHA para o Brasil.

Assim, este é um projeto que demanda continuidade, e seus desdobramentos dependem de se ampliar a compreensão sobre sua importância, envolvendo, também, novas etapas de disseminação e divulgação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. T. C.; VIEIRA, F. S. **Copagamento dos usuários no programa farmácia popular do Brasil**: um estudo exploratório da rede conveniada. Rio de Janeiro: Ipea, 2020. (Texto para Discussão, n. 2.585).

BRASIL. Lei nº 12.880, de 13 de novembro de 2013. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 nov. 2013.

_____. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**: Brasil 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2018.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público**. Portaria Conjunta STN/SOF nº 06, de 18 de dezembro de 2018. Válida a partir do exercício de 2019. 8. ed. Brasília: STN, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3IO4tk6>>. Acesso em: 5 out. 2021.

CUNHA, C. L. F. **Assistência suplementar aos servidores públicos e militares no Brasil**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2017.

HAGENAARS, L. L. *et al.* How and why do countries differ in their governance and financing-related administrative expenditure in health care? An analysis of OECD countries by health care system typology. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 33, n. 1, p. e263-e278, 2018.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde**: Brasil 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

KAWABATA K.; XU, K.; CARRIN, G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. **Bull World Health Organ**, v. 80, n. 8, p. 612, 2002.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a Glance**: Europe. Paris: OECD Publishing, 2020. Disponível em: <<https://bit.ly/3EUfD4j>>. Acesso em: 5 out. 2021.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; EUROSTAT; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **System of Health Accounts** 2011: revised edition. Paris: OECD Publishing, 2017.

PIOLA, S. F. *et al.* **Estado de uma nação**: textos de apoio – saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1.391).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Measuring primary health care expenditure under SHA 2011**. Geneva: WHO, Dec. 2021. (Nota técnica). No prelo.

APÊNDICE A

MUDANÇAS METODOLÓGICAS ENTRE A CONTA SHA SUS 2010-2014 E A CONTA SHA 2015-2019

As mudanças promovidas na Conta SHA 2015-2019 em relação à série anterior incluem, entre outras, mudanças de escopo – inclusão de todos os regimes de financiamento, ampliação das categorias de funções e de prestadores para permitir análises mais detalhadas, algumas mudanças nos critérios de classificação de procedimentos nas funções e revisão de nomenclaturas das classificações.

As principais mudanças estão resumidas no quadro A.1.

QUADRO A.1

Alterações da Conta SHA SUS 2010-2014 para Conta SHA 2015-2019

Classificação	SHA SUS 2010-2014	SHA 2015-2019	Observação
Regimes de financiamento	HF 1. Despesas SUS em ações e serviços públicos de saúde (ASPS)	HF 1. Novas inclusões Despesa SUS (HF 1.1). Mesmas de 2010-2014 mais despesas MEC com hospitais universitários federais Despesas com regimes federais (servidores militares – forças armadas) e regimes estaduais de clientela fechadas (servidores públicos) (HF 1.2) Agregados três novos regimes de financiamento HF 2 – Regimes de pagamento voluntário (exceto pagamento direto do bolso das famílias) HF 3 – Pagamento direto do bolso das famílias HF 0 – Regimes de financiamento não identificados	Avança na inclusão de despesas com saúde de servidores públicos civis e militares, mas ainda não inclui todos os gastos com esse segmento. Avança ao contemplar despesas privadas intermediadas por planos e seguros de saúde (HF 2) e pagamento direto do bolso.
Funções de atenção à saúde	Tradução de Funções de Cuidados de Saúde 2017 Gasto com atividades típicas de agentes comunitários de saúde alocados em vigilância epidemiológica (HC 6.5)	Revisão da tradução da classificação de funções, com adoção de nomenclatura revista (Trad. 2021) Introdução de aberturas nacionais adicionais na função 1.3 (atendimentos curativos ambulatoriais – urgências – HC 1.3.1.2 e emergências – HC 1.3.3.2 ambulatoriais) No SUS – Gastos com agentes comunitários de saúde foram redistribuídos entre HC 6.1. (quando efetuadas por agentes comunitários) e HC 1.4 (quando executadas por técnicos e auxiliares de enfermagem).	Adequação às orientações relacionadas à classificação internacional.
Prestadores	-	Inclusão dos Centros de Atenção Psicossocial	Ampliação do poder analítico a partir das novas aberturas.

(Continua)

(Continuação)

Classificação	SHA SUS 2010-2014	SHA 2015-2019	Observação
Fase do gasto	Empenhado	Liquidadas ou pago mais resto a pagar (RP) pagos	Valores apresentados em pago + RP pago para federal e liquidado estimado para estados e municípios permitem aproximação melhor do gasto real que a edição anterior, que mostrava empenhado, com um grande montante de não classificados.
Índices de volume	SUS	Calculados separadamente para cada regime de financiamento	-

Fontes: Brasil (2018) e demais informações utilizadas na elaboração da Conta SHA 2015-2019.

QUADRO A.2

Classificação de prestadores de cuidados de saúde: correspondência entre os códigos SHA, a classificação CNES e a adaptação para o Brasil

Classificação brasileira	Correspondência SHA (ICHA-HP)	Descrição CNES
01 – Hospital	HP 1.1	Hospital geral
01 – Hospital	HP 1.3	Hospital especializado
02 – Unidade de cuidados domiciliares	HP 3.5	Serviço de atenção domiciliar isolado (<i>home care</i>)
02 – Unidade de cuidados domiciliares	HP 2.9	Unidade de atenção em regime residencial
03 – Unidade de teleatendimento	HP 3 tele	Telessaúde
04 – Consultório isolado	HP 3.1+3.2+3.3	Consultório isolado
06 – Unidade de Atenção Primária	HP 3.4.9.1	Posto de saúde
06 – Unidade de Atenção Primária	HP 3.4.9.1	Unidade de saúde da família
06 – Unidade de Atenção Primária	HP 3.4.9.1	Centro de saúde/unidade básica
06 – Unidade de Atenção Primária	HP 3.4.9.1	Centro de apoio a saúde da família
06 – Unidade de Atenção Primária	HP 3.4.9.1	Unidade de atenção à saúde indígena
06 – Unidade de Atenção Primária	HP 3.4.9.1	Polo de academia da saúde
06 – Unidade de Atenção Primária	HP 3.4.9.1	Centro de parto normal – isolado
07 – Unidade ambulatorial de urgência e emergência	HP 3.4.9.2	Pronto-socorro geral
07 – Unidade ambulatorial de urgência e emergência	HP 3.4.9.2	Pronto-socorro de hospital geral (antigo)
07 – Unidade ambulatorial de urgência e emergência	HP 3.4.9.2	Pronto-socorro traumato-ortopédico (antigo)
07 – Unidade ambulatorial de urgência e emergência	HP 3.4.9.2	Pronto atendimento
07 – Unidade ambulatorial de urgência e emergência	HP 3.4.9.2	Pronto-socorro especializado
07 – Unidade ambulatorial de urgência e emergência	HP 3.4.9.2	Central de regulação médica das urgências
08 – Ambulatório especializado	HP 3.4.9.3	Policlínica

(Continua)

(Continuação)

Classificação brasileira	Correspondência SHA (ICHA-HP)	Descrição CNES
08 – Ambulatório especializado	HP 3.4.9.3	Clínica/centro de especialidade
08 – Ambulatório especializado	HP 3.4.9.3	Unidade mista
08 – Ambulatório especializado	HP 3.4.9.3	Hospital-dia – isolado
05 – Unidade de Atenção especializada – psicossocial	HP 3.4.2	Centro de atenção psicossocial
09 – Unidade móvel	HP 4.1	Unidade móvel terrestre
09 – Unidade móvel	HP 4.1	Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência
09 – Unidade móvel	HP 4.1	Unidade móvel fluvial
10 – Laboratório e centro diagnóstico	HP 4.2	Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia (SADT isolado)
10 – Laboratório e centro diagnóstico	HP 4.2	Laboratório de saúde pública
10 – Laboratório e centro diagnóstico	HP 4.2	Centro de atenção em hemoterapia e/ou hematologia
13 – Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde	HP 6	Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde
13 – Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde	HP 6	Centro de imunização
13 – Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde	HP 6	Unidade de vigilância em saúde
13 – Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde	HP 6	Unidade de vigilância epidemiologia (antigo)
13 – Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde	HP 6	Laboratório central de saúde pública – Lacen
11 – Farmácia	HP 5.1	Farmácia
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Secretaria de saúde
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 5.2	Oficina ortopédica
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Unidade autorizadora
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Unidade de vigilância sanitária (antigo)
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Central de regulação de serviços de saúde
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Central de gestão em saúde
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Central de regulação do acesso
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Central de abastecimento
12 – Unidade de Gestão e Apoio Logístico	HP 7	Cooperativa ou empresa de cessão de trabalhadores na saúde

Elaboração resultante da Conta SHA 2015-2019.

REFERÊNCIA

BRASIL. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**: Brasil 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2018.

APÊNDICE B

SISTEMA DE INFORMAÇÕES E DADOS PARA CONTA SHA

Para a elaboração de uma Conta SHA, são necessárias diversas fontes de informação sobre financiamento do sistema de saúde, produção de bens e serviços de saúde e organização geral do sistema de saúde. Elas estão descritas no quadro B.1.

QUADRO B.1

Sistemas de informação e dados para elaboração da Conta SHA 2015-2019

Sistema de informação/ bases de dados	Descrição	Gestor	Uso na Conta SHA
Sistema de Informações Hospitalares (SIH)	Sistema contendo as informações das internações hospitalares pagas pelo SUS, com informações sobre os hospitais (código do estabelecimento, município, CNPJ, gestão, entre outras), sobre os pacientes (sexo, data de nascimento, idade, município de residência, nacionalidade, entre outras) e sobre a hospitalização (tipo de admissão – emergência, eletiva etc. –, data da admissão, data da alta, dias de permanência, tipo e número de dias na UTI, motivo da alta, procedimentos realizados, diagnóstico primário e secundário).	Ministério da Saúde	SHA SUS – Produção SUS
Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA)	Sistema contendo as informações dos atendimentos ambulatoriais pagos pelo SUS, com dados sobre os estabelecimentos (código do estabelecimento, município, CNPJ, gestão, entre outros) e sobre o atendimento. As informações individuais dos pacientes são apresentadas nos boletins de produção individual e nas autorizações de atendimento de alta complexidade (Apac).	Ministério da Saúde	SHA SUS – Produção SUS
Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)	O Sisab integra a estratégia a e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho desse nível de atenção. Os sistemas e-SUS APS captam os dados que serão inseridos depois no Sisab.	Ministério da Saúde	SHA SUS – Produção SUS Como os dados públicos do Sisab ainda não contemplam as informações necessárias para a SHA-SUS, nessa edição os dados foram utilizados somente para corrigir a queda da produção observada no SIA/SUS.
Sistemas de Informações Orçamentárias dos Hospitais Universitários Federais	Extrações especiais feitas pela Ebserh com informações sobre a execução orçamentário-financeira dos hospitais universitários federais, incluindo os financiamentos tanto do Ministério da Educação quanto do Ministério da Saúde.	Empresa Brasileira de Hospitais Universitários (Ebserh)	SHA SUS – Produção SUS – AB – parâmetros para correção do SIA – ainda com limitações na disponibilização e acesso à informação.

(Continua)

(Continuação)

Sistema de informação/ bases de dados	Descrição	Gestor	Uso na Conta SHA
Siga Brasil	Sistema de informações sobre orçamento público federal, que permite acesso amplo e facilitado aos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos. Esse acesso pode ser realizado pelo Siga Brasil Painéis e pelo Siga Brasil Relatórios.	Senado Federal	Regimes governamentais – SUS e forças armadas – Execução orçamentário-financeira de regimes governamentais federais
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)	Sistema instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. Possibilita o acompanhamento e o monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito de União, estados, Distrito Federal e municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas.	Ministério da Saúde	SHA SUS – Execução orçamentário-financeira dos estados e municípios
Fundo Nacional de Saúde	Repasse efetuados pelo Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo aos estados, municípios e Distrito Federal.	Ministério da Saúde	SHA SUA – Execução financeira dos recursos federais geridos pelo Ministério da Saúde de aplicação direta ou transferidos fundos a fundo
Sistema de informação sobre execução orçamentário-financeira dos estados	Informações disponibilizadas nos portais de transparência dos estados contendo informações sobre órgão, funcional-programática, grupo de natureza de despesa, fase da execução da despesa e, em alguns casos, credores. Informações de instituições estaduais gestores da atenção à saúde dos servidores (clientela fechada).	Estados	Regimes governamentais com servidores públicos estaduais. Foram utilizadas informações disponibilizadas pelos governos de Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. Nem todos os estados disponibilizam as informações de modo a permitir o trabalho com os dados nas classificações internacionais SHA. Assim, as estimativas de gasto dos servidores ainda são preliminares e serão aprimoradas nas versões futuras das Contas.
Sistema Integrado de Administração de Pessoal (Siape)	Informações de gasto com servidores das unidades de saúde sob gestão do Ministério da Saúde.	Ministério da Economia	SHA SUS Informação extraída pelo Ministério da Saúde para estimação das despesas SUS com pessoal em unidades de saúde sob gestão desse órgão.
Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Sigtap)	Instrumento de gestão que permite o acesso à Tabela de Procedimentos do SUS e o acompanhamento das alterações realizadas a cada competência, detalhando as características dos procedimentos e dos valores da tabela, entre outros.	Ministério da Saúde	SHA SUS – classificação da produção conforme as classificações SHA.
Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)	Pesquisa amostral prevista para ter periodicidade quinquenal, sendo a última de 2017/2018. Ela tem informações detalhadas sobre a renda e o consumo das famílias no Brasil, incluindo o consumo de bens e serviços de saúde.	IBGE	SHA Pagamento direto do bolso das famílias.

(Continua)

(Continuação)

Sistema de informação/ bases de dados	Descrição	Gestor	Uso na Conta SHA
Pesquisa Mensal de Comércio (PMC)	Pesquisa mensal do comércio varejista no país. Inclui dados relacionados a "artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos".	IBGE	SHA Pagamento direto do bolso das famílias – atualização das informações da POF.
Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor (SNIPC)	Sistema que produz o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Contém itens relacionados à variação de preços de serviços privados de saúde.	IBGE	SHA Pagamento direto do bolso das famílias – atualização das informações da POF.
Dados públicos consolidados do Imposto de Renda Pessoa Física e do Imposto de Renda Pessoa Jurídica		Receita Federal do Brasil/ Ministério da Economia	SHA Saúde Suplementar e consumo mercantil do governo.
Sistema de Informações sobre Beneficiários (SIB)/ANS	Informações sobre quantidade e dados demográficos sobre beneficiários.	ANS	SHA Saúde Suplementar
Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (Diops)	Informações oriundas dos balanços das operadoras, discriminadas em receitas e despesas, inclusive sobre alguns procedimentos e eventos em saúde.	ANS	SHA Saúde Suplementar
Sistema de Informações sobre Produtos (SIP)	Informações sobre quantidade utilizada de procedimentos selecionados preventivos, consultas, exames, terapias e internações, inclusive despesas consolidadas com grandes segmentos de procedimentos (por exemplo, internações, consultas ambulatoriais, exames laboratoriais, exames de imagem).	ANS	SHA Saúde Suplementar
TISS	Troca de Informações na Saúde Suplementar - TISS é um padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar desde 2012. O banco de dados gerado contém dados detalhados (data, prestador, valor, quantidade, beneficiário) sobre serviços de saúde (procedimentos) executados no âmbito dos planos regulados pela ANS, mas a cobertura das informações ainda é incompleta.	ANS	SHA Saúde Suplementar

APÊNDICE C

ESTIMATIVAS DAS DESPESAS DO SUS, DA SAÚDE SUPLEMENTAR E DO PAGAMENTO DIRETO DO BOLSO DAS FAMÍLIAS

1 ESTIMATIVAS DE DESPESAS DO SUS

Os detalhes da metodologia da Conta do Sistema Único de Saúde (SUS) e da construção do banco de dados para essas contas podem ser encontrados na publicação anterior dedicada inteiramente às contas do SUS (Brasil, 2018). Foram realizados avanços metodológicos e de escopo na metodologia da edição anterior, incluindo uma revisão das alocações de gastos governamentais por função, para aumentar a comparabilidade internacional.¹

2 ESTIMATIVA DAS DESPESAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A descrição detalhada da metodologia de estimativa das despesas com a saúde suplementar será objeto de nota técnica futura. O primeiro nível das despesas da saúde suplementar é fornecido pelo Plano de Contas das Operadoras, obedecendo à agregação relacionada a seguir.

QUADRO C.1

Tradutor plano de contas da ANS para Funções de cuidados de saúde (ICHA-HC) do SHA

Código das contas do plano de contas da ANS	Tradutor SHA: funções de cuidados de saúde (ICHA-HC)
4.1 – Eventos indenizáveis líquidos/sinistros retidos (despesas assistenciais) + 4.4.1 – Outras despesas operacionais com planos de assistência à saúde da operadora	HC 1-HC 6 (At. Curativa; Reabilitação; Cuidados de longo prazo; Ativ. Complementares ao diagnóstico e tratamento; Medicamento e produtos médicos; Prevenção, promoção, vigilância)
4.3 – Despesas de comercialização (contraprestações pecuniárias para comissões e agenciamento) + 4.6 – Despesas administrativas (subdividida em: 461 – pessoal próprio; 462 – terceiros; 463 – localização; 464 – publicidade e 465 – tributos) + Receitas de contraprestação (3.1) de administradoras de benefícios (modalidade de operadora)	HC 7 – Gestão do sistema de saúde

Obs.: ANS – Agência Nacional de Saúde; SHA – System of Health Accounts.

1. Agradecemos as valiosas contribuições dos especialistas internacionais em contas Dra. Patricia Hernandez e Dr. Cornelis van Mosseveld para essa revisão.

Os detalhamentos dos gastos por função utilizam os grandes grupos de despesas assistenciais informadas no Sistema de Informação de Produtos (SIP/ANS), com desagregações e rateios fornecidos pelos eventos informados no SIP. Estes últimos são apresentados em grau muito maior de detalhe do que as despesas, permitindo rateios para detalhar componentes equiparáveis aos detalhamentos das funções SHA. Para alguns detalhamentos, são utilizadas também estruturas geradas a partir das informações sobre procedimentos e grupos codificados segundo a Terminologia Única da Saúde Suplementar (TUSS) e disponíveis nos bancos *online* do sistema de Transferência de Informações da Saúde Suplementar (DTISS).

3 ESTIMATIVAS DE GASTOS COM PAGAMENTO DIRETO DO BOLSO DAS FAMÍLIAS

O pagamento direto do bolso das famílias com medicamentos e serviços de saúde foi estimado a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os medicamentos e serviços listados na POF foram traduzidos em suas respectivas funções no SHA. Depois de criada essa estrutura de consumo por função SHA, ela foi evoluída ano a ano. No caso dos serviços de saúde, a variação no tempo foi estimada com índices de volume da produção privada ambulatorial e hospitalar (estimada com dados do SIP/ANS e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus) e com as variações de preços apuradas nos itens de serviços de saúde do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE. No caso dos medicamentos, as variações ao longo do tempo usadas foram as do item *Artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos*, da Pesquisa Mensal de Comércio, também do IBGE.

Uma nota técnica específica sobre a metodologia será lançada no futuro próximo.

REFERÊNCIA

BRASIL. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional**: Brasil 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2018.

APÊNDICE D

COMPARAÇÃO DA METODOLOGIA SHA NAS CONTAS DO SUS COM AS DESPESAS CLASSIFICADAS COMO ASPS

As despesas do Sistema Único de Saúde (SUS) na classificação do System of Health Accounts (SHA) diferem da contabilização das despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) devido a uma série de fatores e diferenças metodológicas. A seguir, são apresentadas essas diferenças para o gasto federal do Ministério da Saúde (MS), ou seja, sem a despesa do Ministério da Educação (MEC).

Em primeiro lugar, a fase da despesa utilizada para a verificação do cumprimento da vinculação constitucional da aplicação em ASPS é a do empenho, e os cancelamentos de restos a pagar são compensados posteriormente em modalidades de aplicação específicas.¹ O método de cálculo das contas de saúde na metodologia SHA, utilizado nesta publicação, considera para o gasto federal a fase da despesa paga, incluindo os restos a pagar pagos, e, para os gastos estaduais e municipais, considera a despesa liquidada.

A tabela D.1 apresenta a comparação, no período 2015-2019, entre a despesa empenhada pelo MS em ASPS e a despesa paga, incluindo os restos a pagar (RP) pagos. A maior diferença foi registrada em 2017, no primeiro ano de vigência da Emenda Constitucional nº 95, quando houve redução dos pagamentos em comparação com o valor empenhado.

TABELA D.1

Despesas do Ministério da Saúde com ASPS, comparação entre os valores empenhados e pagos, incluindo restos a pagar pagos – Brasil (2015-2019)

Fase da despesa		2015	2016	2017	2018	2019
R\$ milhões	Empenhada	100.055	106.236	114.701	116.821	122.270
	Paga + RP pago	98.494	107.019	107.386	117.580	123.598
	Paga	92.580	98.932	101.135	105.691	112.722
	RP Pago	5.914	8.087	6.252	11.889	10.875
Valor empenhado (%)	Paga + RP pago	98,4	100,7	93,6	100,7	101,1
	Paga	92,5	93,1	88,2	90,5	92,2
	RP pago	5,9	7,6	5,5	10,2	8,9

Fonte: Siga Brasil – Senado Federal.

1. Conforme previsto no art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, nas modalidades de aplicação criadas pela Portaria Conjunta STN/SOF nº 1, de 16 de julho de 2012.

Outra diferença entre as despesas com ASPS e a metodologia SHA é a própria classificação do gasto, uma vez que algumas despesas com ASPS não são consideradas na classificação SHA, como investimentos e reformas, educação e capacitação (HC 9.2) e pesquisa e desenvolvimento/ciência e tecnologia (HC 9.3).

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Chefe do Editorial

Reginaldo da Silva Domingos

Assistentes da Chefia

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Camilla de Miranda Mariath Gomes

Everson da Silva Moura

Editoração

Aeromilson Trajano de Mesquita

Anderson Silva Reis

Cristiano Ferreira de Araújo

Danilo Leite de Macedo Tavares

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

Revisão

Bárbara Seixas Arreguy Pimentel

Capa

Carlos Fernando Reis da Costa – CCI/ENSP/FIOCRUZ

Projeto Gráfico

Leonardo Hideki Higa

*The manuscripts in languages other than Portuguese
published herein have not been proofread.*

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo

70076-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ISBN 978-65-5635-028-8



ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL