

# Contribuições para o avanço da Economia da Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro

*Contributions to the improvement of Health Economics in the Brazilian health system*

Everton Macêdo<sup>1</sup>, Marcelo Chaves de Castro<sup>1</sup>,  
Maciene Mendes da Silva<sup>1</sup>, Wesley Rodrigues Trigueiro<sup>1</sup>

DOI: 10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):77-85

## Antecedentes

A estruturação e a consolidação de esquemas econômicos para viabilizar sistemas de saúde de cobertura universal persistem como desafios em escala mundial. Não é exclusividade do Brasil a necessidade de encontrar um equilíbrio, dentro do possível, para fornecer à população o acesso adequado a ações e serviços de saúde visando à promoção de qualidade de vida e ao desenvolvimento socioeconômico.

A evolução do Sistema Único de Saúde (SUS) nos seus 30 anos de existência leva inevitavelmente à avaliação sobre medidas que possam contribuir para a melhor sustentabilidade do seu funcionamento. A qualificação da gestão nas três esferas de governo, aliada ao aperfeiçoamento contínuo das redes de atenção à saúde (Mendes, 2011), é um aspecto que, juntamente com a economia da saúde, é essencial para permitir ao SUS renovar seu papel central como política pública de Estado (Brasil, 1988).

No âmbito da Economia da Saúde (ES), os temas direcionadores que são desenvolvidos ao longo das últimas décadas no país compreendem o financiamento de ações e serviços públicos em saúde, a alocação de recursos, a eficiência em saúde, a qualificação e a regulação econômica de preços em saúde e o papel do setor saúde como instrumento de desenvolvimento social e econômico. No âmbito federal, o Departamento de Economia da Saúde/Ministério da Saúde coordena, fomenta e participa de diversas ações estratégicas para aprofundar a capacidade técnica do SUS em garantir um modelo de atuação que seja viável na perspectiva do interesse da sociedade, visto se tratar de direito social constitucionalmente garantido (Brasil, 2003).

Formalizado na estrutura regimental do Ministério da Saúde em 2003 (Brasil, 2003), o então Departamento de Economia da Saúde era responsável pela coordenação do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Banco de Preços em Saúde. Também já atuava na condução de análises técnicas envolvendo os temas descritos anteriormente, subsidiando a gestão institucional.

---

**Recebido em:** 22/04/2021. **Aprovado para publicação em:** 07/05/2021

1. Coordenação-Geral de Economia da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (DESID), Brasília, DF, Brasil.

**Instituição onde o trabalho foi executado:** Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

**Informações sobre auxílios recebidos sob a forma de financiamento, equipamentos ou medicamentos:** Pesquisa realizada sem qualquer auxílio financeiro, de equipamento ou de medicamentos.

**Congresso:** Este trabalho é inédito, resultante das pesquisas desenvolvidas no Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento.

**Autor correspondente:** Everton Macêdo. Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 3º andar, Brasília, DF, Brasil. CEP: 70.058-900. Telefone: (61) 3315-2722. E-mail: everton.macedo@saude.gov.br

Após o período de 2007 a 2009 como uma área situada na estrutura da Secretaria Executiva (Brasil, 2007a, 2007b), o departamento volta a existir formalmente em 2009 nessa secretaria, com atuação ampliada para englobar programas e projetos, incluindo a área de investimentos em infraestrutura e equipamentos (Brasil, 2016a, 2019). A partir de 2011, a área assume a nomenclatura atual – Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento (DESID) –, consolidando a atuação também na temática de cooperação nacional e internacional (Brasil, 2019).

## Eixos de atuação

A atuação do DESID nos eixos de monitoramento de custos em saúde, qualificação e regulação econômica de preços, gestão do SIOPS e elaboração de estudos econômicos para a tomada de decisão em diversos níveis tem contribuído para a evolução da economia da saúde e do SUS nos últimos 18 anos.

### Formação de recursos humanos

Em termos de contribuição para ampliar a capacidade técnica de gestão do sistema de saúde, por meio de fomento à formação de recursos humanos e à pesquisa, é possível constatar que foi viabilizada, até o momento, a oferta de 160 vagas de especialização em Economia da Saúde e de 60 vagas de mestrado profissional em Gestão e Economia da Saúde em parcerias com universidades. Cursos de atualização em orçamentos públicos em saúde e gestão de custos também foram realizados com equipes de técnicos e gestores em todo o país.

Em relação ao aspecto formação de recursos humanos, cabe ressaltar que mesmo países de alta renda têm desafios importantes no manejo de recursos de saúde limitados, e esse cenário torna-se mais agudo nos países de baixa e média renda (Pitt *et al.*, 2016). Economistas da saúde nesses locais encaram escassez de dados, limitação importante de pessoal qualificado e governança frágil, combinados a cargas de doença complexas, incluindo tanto doenças infecciosas quanto doenças crônicas não transmissíveis. A educação em ES, então, se torna um importante aliado no desenvolvimento de habilidades para pensar criticamente, comunicar detalhes técnicos a tomadores de decisão e trabalhar em equipes multidisciplinares de ES (Frew *et al.*, 2018; Rosa *et al.*, 2018).

### Geração de conhecimento estratégico

No âmbito do desenvolvimento de linhas de pesquisa que se consolidem em médio e longo prazo em ES, diversas pesquisas sobre custo de doença, como diabetes e doença renal crônica, foram fomentadas com o objetivo de ampliar o conhecimento para orientação da aplicação de recursos.

A iniciativa de investir recursos estrategicamente em estudo de custo atribuível ao diabetes no SUS permitiu observar diversos achados altamente úteis para o planejamento de políticas públicas, como a caracterização do gasto com

internações hospitalares associadas à doença em análise e complicações atribuíveis, perfazendo 4,6% do total de valores apurados em 2014, bem como os custos diretos e indiretos por paciente e totais para manejo de diabetes e complicações macro e microvasculares. Os valores com internações associadas ao diabetes apresentaram custo 19% maior que aquelas sem essa comorbidade, com destaque para hospitalizações por doenças cardiovasculares relacionadas ao diabetes (Frew *et al.*, 2018). Outro exemplo nessa direção foi a realização do perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, com análise de custos de doença renal crônica (Rosa *et al.*, 2018).

A fim de fornecer à sociedade brasileira um instrumento importante para monitoramento do gasto em saúde no Brasil e sua participação na economia, com acompanhamento da participação do gasto público relativamente ao gasto total, uma iniciativa interinstitucional para condução das contas de saúde teve início nos anos 2000, a partir de uma rede colaborativa entre Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Desde então, cinco edições da “Conta-Satélite de Saúde: Brasil” permitiram analisar a evolução do gasto de 2005 a 2017 (Cherchiglia, 2010). Esse é o único caso encontrado de sucesso de conta-satélite no Brasil.

Em relação ao último ano analisado, foi encontrado um gasto de 9,2% do Produto Interno Bruto (PIB) com saúde, sendo 3,9% o gasto do governo nas três esferas. O papel do setor saúde na economia também pôde ser quantificado, observando-se que as atividades de saúde contribuíram com 7,6% da geração de renda no país em valor adicionado bruto. Isso equivale a R\$ 429,2 bilhões e permite reduzir o senso comum de que a utilização de recursos em saúde consiste somente em despesa e não geraria desenvolvimento econômico. Ao final, esses dados favorecem a comparação com outros países para avaliação do Sistema de Saúde Brasileiro e a discussão de prioridades (IBGE, 2019).

A rede colaborativa de Contas de Saúde também foi responsável por introduzir, desde 2014, a metodologia de *System of Health Accounts* – Sistema de Contas de Saúde –, preconizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e adotada pela Organização Mundial de Saúde em 2018. Após o projeto-piloto a partir da Conta de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil, em trabalho conduzido pelo DESID conjuntamente com a Fiocruz para avaliação do SUS, uma análise de gasto em saúde pública de 2010 a 2014 permitiu apresentar que 52,4% do gasto público em saúde refere-se a ações curativas, além de 11,3% com prevenção, promoção e vigilância em saúde (Brasil, 2018a).

Outros 11,2% são direcionados a exames diagnósticos e transporte, e somente 2,9% em reabilitação e cuidados em longo prazo. Esses dados permitem, inequivocamente,

dimensionar não somente o montante aplicado em saúde, como a participação de cada financiador, além da destinação dos recursos em classificações de saúde (Barros, 2016). Desde então, a análise dos dados de 2015 a 2019 está em andamento.

A equipe de estudos econômicos do DESID também desenvolve diversos estudos científicos, para consumo interno do Ministério da Saúde, que permitem orientar decisões sobre valores de reembolso de procedimentos, posicionamento técnico sobre aspectos econômicos no planejamento de áreas finalísticas da pasta, embasamento técnico sobre financiamento em saúde em geral etc. Análises sobre gasto federal com doenças crônicas não transmissíveis e valores de procedimentos de terapia renal substitutiva são alguns exemplos de alto impacto para a missão institucional.

### **Qualificação de preços em saúde**

Neste tópico, tem-se o papel da transparência como estratégia de gestão e de ação instrumentalizada de alocação eficiente dos recursos públicos. Mais especificamente, pretende-se evidenciar a prática da transparência, instrumentalizada sob a forma de sistemas informatizados de disponibilização de informações de compras públicas de medicamentos e produtos para a saúde, apresentando a experiência do Sistema Banco de Preços em Saúde (BPS) e do Catálogo de Materiais em Saúde (CATMAT/MS). Conforme destaca Barros (2016):

“a atitude de transparência no âmbito público tem como aliado o processo de informatização, que permitiu às organizações públicas se conhecerem e se darem a conhecer melhor. De fato, as últimas duas décadas foram ricas na expansão da atuação dos governos e de suas organizações no ambiente virtual, em especial na rede mundial de computadores, a internet. Esse fenômeno foi denominado de governo eletrônico”.

O desenvolvimento do sistema BPS pelo Ministério da Saúde, em 1998, tem por objetivo dar transparência aos valores praticados nas compras públicas de medicamentos e produtos para a saúde, de forma a permitir maior controle social e gerar consequências positivas para a gestão. Trata-se de um sistema público e gratuito que permite acompanhar um mercado que movimenta dezenas de bilhões de reais em contratos firmados com o SUS em suas diferentes instâncias – federal, estadual, municipal e distrital (Brasil, 2017). Em dados atualizados<sup>1</sup>, o BPS possui 17.605 usuários cadastrados, os quais se encontram vinculados a 6.585 instituições, que, por sua vez, representam 4.009 municípios. Dessa forma, 72% dos municípios brasileiros possuem instituições cadastradas no sistema.

De forma acessória, mas não menos importante, apresenta-se a contribuição da Unidade Catalogadora do Ministério da Saúde (UC/MS). Aqui cabe ressaltar que o pilar no qual se assenta a construção de qualquer base de dados para a pesquisa de preços está na construção de um catálogo amplo e

com a descrição adequada dos itens<sup>1</sup>. O Catálogo de Materiais (CATMAT) do Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG) do Ministério da Economia (ME) é um sistema informatizado que permite a catalogação dos materiais destinados às atividades fins e meios da Administração Pública. O catálogo de itens de saúde gerados pela equipe da UC/MS totaliza atualmente um portfólio de aproximadamente 50 mil itens, dos quais aproximadamente 30 mil se encontram disponíveis para a consulta de preços no BPS. A legitimação e a consolidação do BPS como ferramenta de pesquisa de preços públicos estão dissociadas do trabalho de geração e catalogação de itens da UC/MS (Brasil, 2001).

O que à primeira vista se apresenta como uma simples ação de disponibilização de dados de compras – com itens devidamente descritos –, para o conhecimento público, desdobra-se, por derivação, em uma importante ferramenta de gestão com o potencial de promover economias substanciais do dispêndio público nos contratos de aquisição de medicamentos e produtos para a saúde. A promoção ao domínio público dessas informações permite aos gestores e técnicos do SUS a pesquisa e a comparação de preços de aproximadamente 30.000 itens de saúde, os quais são transacionados na magnitude de bilhões de reais.

A disponibilização da pesquisa de preços utilizando o BPS torna o processo de compras mais eficiente nos seguintes aspectos: jurídico-administrativo, regulação econômica e, sobretudo, na redução da assimetria de informação no mercado dos itens adquiridos.

Primeiramente, o uso do BPS atende à legislação de compras, a qual orienta que seja realizada pesquisa prévia de preços. Por outro lado, facilita a pesquisa de preços, pois centraliza, em um ambiente virtual específico, informações de compras realizadas em todo o território nacional, as quais, por meio de relatórios, podem ser visualizadas de forma regionalizada, por tipo de compra, por fornecedor, fabricante etc. Cabe ainda ressaltar que tais informações são estatisticamente tratadas de forma a eliminar “outliers” e prover valores aderentes à realidade.

Em relação à regulação econômica do mercado, o BPS permite a consulta aos preços regulados de medicamentos, em conformidade com a tabela divulgada pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED (Brasil, 202-). Dessa forma, nos relatórios do BPS é possível consultar não somente os preços praticados, mas também os preços dos medicamentos que são economicamente regulados. A disponibilização de preços regulados, a partir de 2017, constitui uma das principais evoluções do sistema BPS no período recente.

<sup>1</sup> A descrição de um item para efeito de compras públicas deve obedecer a uma técnica que o descreva de forma não muito genérica – comprometendo a identificação do objeto da compra – nem muito específica, de forma a direcionar a compra.

Um aspecto especialmente importante é o do item adquirido. A utilização do BPS possibilita o uso das informações na minimização/correção de falhas de mercado, bem como possibilita o conhecimento da estrutura de mercado do bem adquirido. Tomando como exemplo o mercado de medicamentos, sabe-se tratar de um mercado que apresenta elevadas falhas de mercado: altamente concentrado por classe terapêutica e substâncias; que comercializa produtos com baixa elasticidade-preço, além de possuir elevada assimetria de informação (Fiuza & Lisboa, 2001). A literatura concernente ao assunto geralmente aborda a questão da assimetria de informação na perspectiva das seguintes relações: 1) consumidor *versus* prescritor e 2) prescritor *versus* fabricante. Contudo, outra perspectiva há de ser observada (Brasil, 2001).

Quando tratamos das compras públicas de medicamentos, abre-se outra perspectiva para abordagem da assimetria de informação, a saber, da relação entre instituições descentralizadas do SUS *versus* fabricantes/fornecedores de medicamentos. A relação assimétrica entre esses dois polos dá-se fundamentalmente no aspecto do conhecimento desigual da variável “preço praticado”, e aqui figura umas das principais contribuições do BPS para a gestão eficiente dos recursos públicos. Uma das maneiras pelas quais se evidencia essa assimetria é pela elevada dispersão de preços praticados. Não é incomum aos usuários do sistema BPS que, ao utilizarem o relatório de pesquisa do sistema, se deparem, em suas respectivas pesquisas de preços, com elevada dispersão de preços praticados para um mesmo item, com elevado coeficiente de variação. Essa dispersão não ocorre somente em nível nacional, o que hipoteticamente poderia ser justificado por questões logísticas, tributárias etc., mas também em nível regional, municipal. Verifica-se com frequência que uma mesma empresa pratica preços distintos para um mesmo item para instituições municipais geograficamente limitofes.

Esse cenário de elevada dispersão de preços praticados também nos permite inferir a existência de grande potencial de economia a ser realizado nesse mercado. Dessa forma, o BPS, ao dar transparência às informações de compras e permitir o conhecimento dos preços praticados, contribui para a redução da assimetria de informação e possibilita a convergência dos valores praticados nas aquisições aos melhores preços praticados relativamente à administração pública, tornando eficientes os processos de compras.

O potencial de contribuição do BPS para a identificação e a formulação de arranjos aquisitivos eficientes é uma perspectiva de alta relevância. O SUS insere-se no mercado de itens de saúde, em seus diferentes segmentos, na condição de principal comprador institucional. Esse padrão de inserção o coloca na condição de oligopsonista nesse mercado e, conseqüentemente, confere a ele, de forma hipotética, um elevado potencial na negociação de preços dos itens contratados.

Contudo, em termos práticos, o SUS é descentralizado administrativamente e, ao contrário da prática de preços homogêneos, a realidade é a prática de preços divergentes e com alto coeficiente de variação para itens idênticos em todo o território nacional. O cenário ideal seria a prática, pelos entes federados, de preços relativamente homogêneos e ao mesmo tempo aderentes aos melhores preços praticados nesse mercado para os diferentes itens adquiridos.

A principal contribuição do BPS no aspecto acima apontado é demonstrar que uma maneira possível de contornar a dispersão de preços provocada pela descentralização administrativa – e consequentes processos de compras nacionalmente pulverizados – é pelo conhecimento dos preços praticados. O principal exemplo são os consórcios: em geral, constata-se que os consórcios praticam melhores preços *vis-à-vis* os praticados no âmbito das compras descentralizadas.

Como desafios na gestão do sistema BPS e da unidade catalogadora de itens de saúde (CATMAT/MS), é possível apontar a necessidade de ampliação, qualidade, regularidade e apresentação das informações providas aos gestores.

### **Apuração e gestão de custos no SUS**

Uma das vertentes da economia da saúde se fundamenta na gestão de custos para a tomada de decisões, a ser utilizada, principalmente, pelos gestores dos serviços de saúde, com vistas à melhor alocação dos recursos disponíveis. O levantamento dos custos dos serviços de saúde ofertados pelo SUS constitui importante e necessária ferramenta para fornecer aos gestores públicos informações relativas ao processo de produção de atividades em saúde, bem como prover à sociedade informações adequadas sobre o consumo dos recursos, possibilitando, dessa forma, a mensuração e a análise da eficiência do SUS, a transparência, a participação social e a (re)formulação de políticas públicas em saúde.

A gestão de custos, portanto, surge como ação fundamental, devendo ser direcionada para a tomada de decisão estratégica que vise à garantia da prestação dos serviços de assistência à saúde dos usuários do sistema, aliada à gerência da qualidade desses serviços, mediante o controle e o gerenciamento dos gastos; ou seja, uma tomada de decisão a partir do custo baseado no melhor tratamento previsto pelo custo mais aceitável, garantindo, assim, a eficiência na prestação do serviço.

Eficiência pode ser definida, também, como a relação entre os bens e serviços gerados e os custos dos recursos empregados para essa geração. Pode ser alcançada, mantendo-se a qualidade, se os custos forem minimizados para a execução da mesma quantidade de bens e serviços realizados (orientada aos insumos), ou se essa quantidade for maximizada com o mesmo custo (orientada aos produtos). Dado isso, a discussão sobre eficiência no SUS deve também se valer da implantação da gestão de custos em estabelecimentos

de saúde, para que, dessa forma, a discussão seja substancialmente enriquecida.

Com vistas a fomentar a gestão de custos em estabelecimentos de saúde do SUS, o DESID realiza desde 2004 ações com o propósito de avançar na gestão de custos, a partir de experiências bem-sucedidas conduzidas por prestadores públicos do SUS.

Naquela oportunidade foi criado um grupo de trabalho (GT) que tinha como objetivo sistematizar a proposta de Política Nacional de Gestão de Custos (após uma oficina com a participação de representantes de hospitais que trabalhavam com custos no SUS). O produto das discussões do GT resultou na proposta de criação do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).

A partir desse momento, algumas atividades foram realizadas visando à implantação do Programa, tais como: a elaboração do Manual Técnico do PNGC, publicado em 2006; o levantamento dos sistemas de custeio mais usados na época; e visitas a instituições que possuíam sistemas de custos implantados, a fim de adquirir conhecimento e boas práticas.

O PNGC é um conjunto de ações que envolvem a geração, o aperfeiçoamento e o incentivo à efetiva utilização da informação de custo pelos gestores de saúde, visando à otimização do desempenho do SUS. Em resumo, tem como objetivo disponibilizar metodologia padronizada e sistema de informação específico, bem como apoio técnico em todas as fases de implementação da gestão de custos. A ferramenta de informação do PNGC é o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (Apurasus), que foi desenvolvido em parceria com o Datusus, com o intuito de incorporar avanços tecnológicos e metodológicos que melhor atendam às unidades do SUS.

Como estratégia para apuração e gestão de custos em estabelecimentos de saúde, o Apurasus é disponibilizado para quem adere voluntariamente ao PNGC, considerando que o Programa não é obrigatório. É *web*, de acesso restrito apenas aos participantes do programa e possui diversos perfis. Pode ser usado em diversas unidades de saúde, permitindo que elas possam apurar o custo dos serviços prestados. Tem como metodologia o custeio por absorção, com alocação recíproca. Permite a configuração da unidade por centro de custos, de forma padronizada e estruturada, atendendo às especificidades do SUS.

Apesar do seu histórico de resultados, somente em 2018 o PNGC e o Apurasus foram oficialmente instituídos, no âmbito do Ministério da Saúde, representando mais um avanço na consolidação da gestão de custos no SUS (Brasil, 2018b).

Considerando-se a incipiência do tema na administração pública, a grande quantidade de unidades de saúde do SUS e a complexidade do setor de saúde, bem como do tema em questão, como estratégia de implementação, priorizam-se estados e municípios que se predisponham a formar equipe

responsável por acompanhar o processo em âmbito local, de modo a facilitar a implementação do Programa, visando à consolidação e à perenidade da gestão e apuração de custos.

Outra estratégia adotada foi iniciar a gestão de custos por unidades hospitalares e unidades de pronto atendimento (UPAs), ganhando *expertise*, para só depois incluir outros tipos de unidades de saúde. Atualmente, estão em desenvolvimento projetos-pilotos para incluir unidades básicas de saúde, policlínicas e hemocentros.

A implementação do PNGC acontece em cinco grandes etapas sucessivas e dependentes. É necessário que as unidades percorram essas etapas para que os principais objetivos do Programa sejam alcançados. Para que o Programa seja considerado 100% implementado, devem-se cumprir as seguintes etapas: I) Sensibilização do nível estratégico, tático e operacional; II) Capacitação em metodologia de gestão de custos, pelo Ministério da Saúde; III) Estruturação dos centros de custos e coleta de dados; IV) Treinamento no Apurasus e processamento de dados; V) Análise, monitoramento e avaliação das informações inseridas no Apurasus.

A equipe técnica do PNGC fornece capacitação em introdução à gestão de custos para os servidores das secretarias estaduais e municipais de saúde e das unidades hospitalares; disponibiliza o Apurasus e capacita em relação ao seu uso; e faz o acompanhamento técnico constante em todas as etapas de implementação. Isso porque a mera disponibilização do sistema não se mostrou eficaz, uma vez que as principais dificuldades identificadas nos usuários do sistema são de cunho conceitual e metodológico.

Em março de 2021, 219 unidades executavam a gestão de custos por meio do PNGC. Dessas, 36 estavam captando dados e 183 com dados no Apurasus. Ao todo participam 13 secretarias estaduais (Acre, Amapá, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo, Sergipe e Tocantins), 14 secretarias municipais (Aracaju, Bento Gonçalves, Campo Bom, Cássia, Fortaleza, Ibiraci, Joinville, Mauá, Natal, Parauapebas, Petrópolis, Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Sebastião do Paraíso), 8 hospitais universitários ligados à EBSEH (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Hospital Universitário de Sergipe – HUSE –, Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – HUMAP –, Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP-UFF – e Hospital Universitário de Lagarto – HUL) e o Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz.

Com relação aos benefícios do PNGC, podem-se citar: a) formação de capacidade técnica por meio de capacitações em gestão de custos; b) adoção de metodologia de custeio adequada aos diferentes estabelecimentos de saúde do SUS;

c) acompanhamento técnico presencial, remoto e apoio integral na implementação do Programa e na qualificação das informações; d) estímulo e apoio para a troca de informações e experiências na apuração de custos entre os participantes; e) disponibilização do sistema de informação (Apurasus) e treinamento para o seu uso; e f) formação de banco de dados de informação de custos de diferentes tipos de unidades de saúde, com estruturas heterogêneas e em distintas regiões.

A implementação da gestão de custos em qualquer organização, pública ou privada, requer a organização de processos de trabalho, sistemas estruturantes funcionando, descentralização de informações, pessoal com dedicação exclusiva, entre outros, o que nem sempre condiz com a realidade das unidades de saúde do SUS. Além disso, o PNGC é extremamente sensível a um sistema de governança institucional robusto, que inclua seu desenvolvimento na agenda de prioridades, perpassando os três níveis de gestão e de seus dependentes, que respalde a sua implantação, expansão e continuidade.

As constantes mudanças de gestão nas instituições parceiras, a alta rotatividade de técnicos responsáveis pela gestão de custos, o desconhecimento acerca da utilização e dos benefícios da informação de custo, entre outros aspectos, tornam ainda mais desafiadora e complexa a implementação da gestão de custos no SUS.

A aplicabilidade das informações a partir desse processo é altamente estratégica para planejamento, monitoramento e avaliação de gestão. Dentre esses pontos, destacam-se: 1) elaborar o orçamento com base no custo total da unidade de saúde; 2) conhecer os custos dos serviços fornecidos, fazendo o acompanhamento mês a mês, possibilitando identificar o que influencia na dinâmica dos custos apurados; 3) identificar as atividades ineficientes e quais as suas causas; 4) saber se realmente é vantajoso terceirizar serviços; 5) subsidiar a contratação de leitos de UTI e outros serviços; 6) definir o custo de implementar um novo serviço ou ampliação de existentes; 7) gerar indicadores para demonstrar experiências exitosas; 8) fortalecer o controle social por meio da transparência na utilização dos recursos e dos custos dos serviços prestados por cada unidade de saúde à sociedade; 9) apoiar o controle da pactuação entre municípios; 10) discutir valores de contrato de gestão com instituições do terceiro setor responsáveis por serviços de saúde; 11) responder a demandas de órgãos de controle; 12) melhorar o gerenciamento dos recursos humanos; 13) subsidiar avaliação econômica em saúde; 14) gerar indicadores com padronização que possibilitem *benchmarking*; entre outros.

Em tempo, independentemente da sua suma importância, a informação de custos não pode ser um fim em si mesmo. O ideal é que a informação de custos seja utilizada junto com outros indicadores para entendimento maior do contexto e para subsidiar a tomada de decisão qualificada.

### **Informações sobre orçamentos públicos em saúde**

Em termos básicos, o SIOPS é um sistema informatizado, acessível pela internet, de alimentação obrigatória, cujos dados são gerados pelo setor de contabilidade do ente federado, na forma de registro preconizado pelo órgão central de contabilidade da União, que é a Secretaria do Tesouro Nacional (STN-ME). O sistema também viabiliza a consolidação das despesas com ações e serviços públicos em saúde (ASPS), calculando o percentual aplicado pelo ente, e compara com os percentuais mínimos de vinculação estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29. A regra considera 12% das receitas próprias dos estados ou 15% sobre as receitas próprias de municípios e, para cálculo da aplicação mínima da União, emprega-se a regra disposta na Emenda Constitucional nº 95/2017 – sendo a soma dos valores da despesa paga e dos restos a pagar inscritos no exercício anterior, corrigida pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA (Brasil, 2016b).

O SIOPS possui relevante atribuição ao viabilizar a consolidação dos dados orçamentários de todos os entes federados. Não há no Brasil outro sistema de informação que permita a consolidação de dados orçamentários em saúde de maneira semelhante à do SIOPS. Para atingir esse nível de consolidação de informações e qualidade dos dados, houve um árduo trabalho de várias pessoas e entidades na busca de aperfeiçoamento contínuo do sistema – não apenas como instrumento de prestação de contas, mas também como ferramenta de gestão que possibilite aos atores envolvidos com a administração do ente federado acompanhar, monitorar e avaliar a execução orçamentária na área da saúde.

Além disso, dos dados coletados por meio do SIOPS, são gerados relatórios – inclusive o anexo da saúde do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) –, indicadores e outras informações que podem subsidiar a sociedade e os gestores públicos na busca por conhecimento na seara da saúde pública.

O sistema propicia um panorama sobre receitas totais e despesas na saúde pública como um todo. Seu conteúdo possibilita consultas que funcionam como instrumento de planejamento, gestão, controle e avaliação. Além de viabilizar outras formas de pesquisa e investigação, como a comparação entre entes federados na execução orçamentária dos recursos; ou o dimensionamento do gasto de saúde por esfera de governo, proporcionando a detecção de mudanças no padrão de gastos em saúde no decorrer do tempo (Figura 1, Gráfico 1).

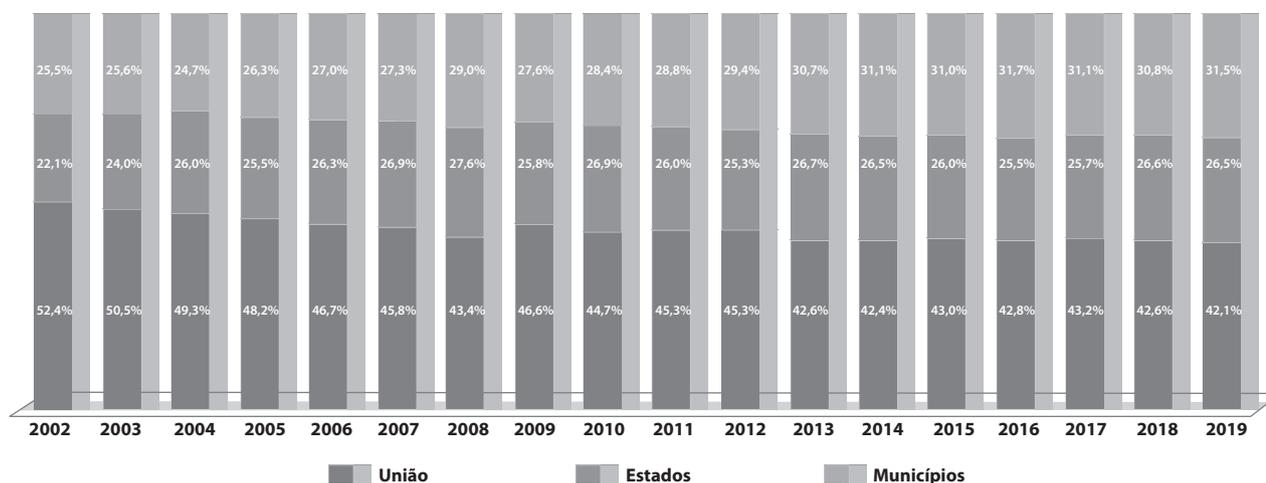
A disponibilidade de informações no SIOPS vem contribuindo amplamente com o monitoramento da aplicação mínima legal de recursos para ações e serviços públicos de saúde, para análise do comportamento do gasto público por esfera de governo e ao longo dos anos. A verificação de composição do financiamento por ente federativo exerce papel fundamental nas pactuações da Comissão Intergestores

Ano	PIB – (Valores em milhões R\$)	Federal				Estadual				Municipal				Total	
		Despesa (Valores em mil R\$) (A)	Despesa por habitantes (Valores em R\$) (B)	Proporção do PIB (%) (C)	Despesa (Valores em mil R\$) (D)	Despesa por habitantes (Valores em R\$) (E)	Proporção do PIB (%) (F)	Despesa (Valores em mil R\$) (G)	Despesa por habitantes (Valores em R\$) (H)	Proporção do PIB (%) (I)	Despesa (Valores em mil R\$) (A+D+G)	Despesa por habitantes (Valores em R\$) (B+E+H)	Proporção do PIB (%) (C+F+I)		
2002	1.488.788	24.736.843	141,65	1,66%	10.447.105	59,82	0,70%	12.029.688	68,89	0,81%	47.213.635	270,36	3,17%		
2003	1.717.951	27.181.155	153,68	1,58%	12.904.186	72,96	0,75%	13.765.417	77,83	0,80%	53.850.758	304,46	3,13%		
2004	1.957.750	32.703.495	180,10	1,67%	17.272.899	95,13	0,88%	16.409.723	90,37	0,84%	66.386.118	365,60	3,39%		
2005	2.170.584	37.145.779	201,68	1,71%	19.664.416	106,76	0,91%	20.287.287	110,15	0,93%	77.097.481	418,59	3,55%		
2006	2.409.450	40.750.155	218,18	1,69%	22.978.253	123,03	0,95%	23.568.595	126,19	0,98%	87.297.003	467,40	3,62%		
2007	2.720.263	44.303.496	240,79	1,63%	25.969.634	141,15	0,95%	26.426.564	143,63	0,97%	96.699.694	525,57	3,55%		
2008	3.109.803	48.670.190	256,68	1,57%	30.976.460	163,37	1,00%	32.471.345	171,25	1,04%	112.117.994	591,30	3,61%		
2009	3.333.039	58.270.259	304,31	1,75%	32.274.085	168,55	0,97%	34.542.847	180,40	1,04%	125.087.191	653,26	3,75%		
2010	3.885.847	61.965.198	324,85	1,59%	37.296.383	195,53	0,96%	39.290.644	205,98	1,01%	138.552.225	726,36	3,57%		
2011	4.376.382	72.332.284	375,99	1,65%	41.511.838	215,78	0,95%	46.005.793	239,14	1,05%	159.849.915	830,91	3,65%		
2012	4.814.759	80.063.148	412,81	1,66%	44.822.698	231,11	0,93%	52.034.361	268,29	1,08%	176.920.208	912,21	3,67%		
2013	5.331.618	83.053.255	413,13	1,56%	52.148.018	259,40	0,98%	59.908.108	298,00	1,12%	195.109.381	970,54	3,66%		
2014	5.778.953	91.898.531	453,22	1,59%	57.305.396	282,61	0,99%	67.381.118	332,31	1,17%	216.585.044	1.068,14	3,75%		
2015	5.995.786	100.054.862	489,38	1,67%	60.540.190	296,11	1,01%	72.223.158	353,25	1,20%	232.818.211	1.138,75	3,88%		
2016	6.259.228	106.235.537	515,50	1,70%	63.293.423	307,13	1,01%	78.513.046	380,98	1,25%	248.042.006	1.203,61	3,96%		
2017	6.559.940	114.700.610	552,35	1,75%	68.415.055	329,46	1,04%	82.614.406	397,83	1,26%	265.730.071	1.279,63	4,05%		
2018	6.889.176	116.820.887	560,31	1,70%	72.859.835	349,46	1,06%	84.619.936	405,86	1,23%	274.300.658	1.315,62	3,98%		
2019	7.256.927	122.269.918	581,83	1,68%	76.960.337	366,22	1,06%	91.530.201	435,55	1,26%	290.760.456	1.383,60	4,01%		

Fonte: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) – Ministério da Saúde.

Figura 1. Gasto público em ASPs em comparação ao PIB – 2002 a 2019.

Dimensionamento do gasto público em ASPS por esfera 2002 a 2019



Fonte: Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) – Ministério da Saúde.

**Gráfico 1.** Dimensionamento do gasto público em ASPS por esfera de governo – 2002 a 2019

Tripartite e da Comissão Intergestores Bipartite. O sistema permite o acompanhamento de aplicação de recursos por cada gestor com grau de detalhamento por subfunção e por elementos de despesa que favorece a organização do processo de alocação de recursos.

Outro ponto de destaque do SIOPS na busca pela fidedignidade da informação prestada no sistema reside no fato de este contar com um módulo de acesso exclusivo dos Tribunais de Contas, o Módulo de Controle Externo (MCE), por meio do qual as cortes de contas podem deliberar acerca das informações prestadas pelos entes federados no âmbito de sua jurisdição. Trata-se de uma forma de os Tribunais de Contas validarem as informações prestadas pelos entes federados no SIOPS – inclusive com a possibilidade de sobrepor o dado homologado pelo gestor de saúde, caso seja detectada alguma inconsistência nos dados declarados.

## Considerações finais

À medida que o SUS se consolida, a sociedade vem compreendendo sua relevância enquanto conquista social, no entanto é preciso fortalecer a disponibilização de informações que permitam a cada usuário do sistema compreender o papel preponderante das ações de saúde no seu ciclo de vida. Ao construir um arcabouço de conhecimento sólido sobre os temas vinculados à economia da saúde e apresentar com adequada tradução do conhecimento a gestores, profissionais de saúde e usuários, torna-se mais factível o consenso sobre a importância de se realizarem escolhas envolvendo *trade-offs* para garantia de acesso à saúde com equidade e eficiência.

Compreender que o financiamento de um sistema de saúde de cobertura universal traz benefícios sociais e

econômicos imensos faz parte do processo para reduzir escolhas individuais de garantia de acesso à saúde privada, em benefício da ampliação da participação da saúde pública.

Compreender também que há ganho substancial com ações como a disseminação de imunização nacional, a distribuição de medicamentos para doenças crônicas e o acompanhamento massivo de condições de saúde com autocuidado e atenção primária em saúde certamente fará com que a população perceba que, ao ter acesso a esses serviços, se desonera o gasto próprio com despesas de saúde. Mais que isso, contribui-se para evitar gastos catastróficos que reduzem a capacidade produtiva e aumentam a dependência do indivíduo, sobrecarregando o sistema de proteção social.

Diante desses fatores que podem parecer simples, a atuação dessa área temática nos últimos 18 anos precisa ser cada vez mais fortalecida na agenda da saúde, para garantir sustentabilidade e consequentemente perenidade ao sistema.

## Referências bibliográficas

- Barros AC. A transparência na gestão pública. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha; 2016.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Regulação Econômica do Mercado Farmacêutico. Brasília: Anvisa; 2001. Available from: [http://www.hipolabor.com.br/wp-content/uploads/2015/04/regula\\_farmaceutico.pdf](http://www.hipolabor.com.br/wp-content/uploads/2015/04/regula_farmaceutico.pdf). Accessed on: Apr 3, 2021.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resoluções CMED. Brasília; 202-. Available from: <http://antigo.anvisa.gov.br/resolucoes-dacmed>. Accessed on: Mar 5, 2021.
- Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 196-200. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Accessed on: Mar 22, 2021.
- Brasil. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

- Brasília; 2003. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4726.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%204.726%2C%20DE%209,Sa%C3%BAde%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%A9BLICA%2C,que%20lhe%20conferi%20o%20art](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4726.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%204.726%2C%20DE%209,Sa%C3%BAde%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%A9BLICA%2C,que%20lhe%20conferi%20o%20art). Accessed on: Mar 20, 2021.
- Brasil. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Brasília; 2019. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9795.htm#art8](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9795.htm#art8). Accessed on: Mar 19, 2021.
- Brasil. Decreto nº 8.932, de 14 de dezembro de 2016. Brasília; 2016a. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8932.htm#art9](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8932.htm#art9). Accessed on: Mar 23, 2021.
- Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília; 2016b. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Accessed on: Apr 6, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2018a. 118p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 318, de 29 de maio de 2007. Brasília; 2007a. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0318\\_29\\_05\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2007/prt0318_29_05_2007.html). Accessed on: Mar 21, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018. Brasília; 2018b. Available from: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1775058/doi-2018-01-12-portaria-n-55-de-10-de-janeiro-de-2018-1775054](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1775058/doi-2018-01-12-portaria-n-55-de-10-de-janeiro-de-2018-1775054). Accessed on: Apr 8, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Portaria nº 394, de 8 de outubro de 2007. Brasília; 2007b.
- Brasil. Resolução nº 18, de 20 de junho de 2017. Brasília; 2017. Torna obrigatório o envio das informações necessárias à alimentação do Banco de Preços em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Available from: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19136191/doi-2017-06-26-resolucao-n-18-de-20-de-junho-de-2017-19136124](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19136191/doi-2017-06-26-resolucao-n-18-de-20-de-junho-de-2017-19136124). Accessed on: Apr. 3, 2021.
- Cherchiglia ML. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil 2000-2004. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):639-49.
- Fiuzu E, Lisboa M. Bens credenciais e poder de mercado: um estudo econométrico da indústria farmacêutica brasileira. TD 0846. Rio de Janeiro: Ipea; 2001.
- Frew E, Platt M, Brown H, Goodman A, Seidler E, Spetz J, et al. Building an international health economics teaching network. *Health Econ*. 2018;27(6):919-22.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. ISBN: 9788524045189
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
- Pitt C, Vassall A, Teerawattananon Y, Griffiths UK, Guinness L, Walker D, et al. Health economic evaluations in low- and middle-income countries: Methodological issues and challenges for priority setting. *Health Econ*. 2016;25 Suppl 1(Suppl 1):1-5.
- Rosa MQM, Rosa RDS, Correia MG, Araujo DV, Bahia LR, Toscano CM. Disease and Economic Burden of Hospitalizations Attributable to Diabetes Mellitus and Its Complications: A Nationwide Study in Brazil. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2):294.