

Nota Técnica

CONTAS DE SAÚDE DO BRASIL: ASPECTOS GERAIS DA PRODUÇÃO DAS CONTAS SHA 2015-2019 DO SETOR PÚBLICO

Disoc

Diretoria de Estudos e Políticas Sociais

Nº 113

Fabiola Sulpino Vieira
Mércia Santos da Cruz



Outubro de 2024

Governo Federal

Ministério do Planejamento e Orçamento

Ministra Simone Nassar Tebet

ipea

Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento e Orçamento, 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.

Presidenta

LUCIANA MENDES SANTOS SERVO

Diretor de Desenvolvimento Institucional

FERNANDO GAIGER SILVEIRA

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

LUSENI MARIA CORDEIRO DE AQUINO

Diretor de Estudos e Políticas

Macroeconômicas

CLÁUDIO ROBERTO AMITRANO

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

ARISTIDES MONTEIRO NETO

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais, de Inovação, Regulação e Infraestrutura

FERNANDA DE NEGRI

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

CARLOS HENRIQUE LEITE CORSEUIL

Diretor de Estudos Internacionais

FÁBIO VÉRAS SOARES

Chefe de Gabinete

ALEXANDRE DOS SANTOS CUNHA

Coordenadora-Geral de Imprensa e

Comunicação Social

GISELE AMARAL

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

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

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2024

EQUIPE TÉCNICA

Fabiola Sulpino Vieira

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail:* fabiola.vieira@ipea.gov.br.

Mércia Santos da Cruz

Pesquisadora bolsista do Subprograma de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) na Disoc/Ipea; e docente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). *E-mail:* mercia.cruz@ipea.gov.br; mercia_sc@hotmail.com.

Como citar:

VIEIRA, Fabíola Sulpino; CRUZ, Mércia Santos da. **Contas de saúde do Brasil**: aspectos gerais da produção das contas SHA 2015-2019 do setor público. Brasília, DF: Ipea, out. 2024. (Disoc: Nota Técnica, 113). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ntdisoc113-port>

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ntdisoc113-port>

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 do Planejamento e Orçamento.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte.

Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Sumário

1 INTRODUÇÃO	4
2 O SISTEMA DE CONTAS NACIONAIS DE SAÚDE	5
2.1 O que é o SHA.....	5
2.2 Estrutura e componentes do SHA	6
2.3 Comparação internacional.....	8
3 CONTEXTO BRASILEIRO PARA A APLICAÇÃO DO SHA.....	9
3.1 Aspectos gerais	9
3.2 Financiamento público da saúde no Brasil.....	9
4 PRODUÇÃO DAS CONTAS SHA 2015-2019 DO SETOR PÚBLICO	11
4.1 Classificações utilizadas	11
4.2 Estimação dos gastos financiados pelo governo (HF 1.1.1 – SUS).....	14
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO ^{1,2}

As contas de saúde são instrumentos que possibilitam o acompanhamento do fluxo financeiro no setor de saúde e são fundamentais para a formulação, a implementação e a avaliação da política de saúde, ao disponibilizarem informações sobre a configuração e a dinâmica econômica desse setor, inclusive sobre o financiamento, a produção e a destinação de bens e serviços de atenção à saúde. Assim, estas fornecem descrição sistemática dos fluxos financeiros relacionados com o consumo de bens e serviços de saúde, com o objetivo de descrever o sistema de saúde do ponto de vista das despesas.

Fornecem insumos para monitorar e avaliar o desempenho do sistema de saúde, sendo prioridade o desenvolvimento de dados confiáveis, de maneira oportuna, que sejam comparáveis tanto entre países como para o mesmo país ao longo do tempo, o que é fundamental para o acompanhamento das tendências nos gastos em saúde, bem como para a compreensão dos seus determinantes (OECD, EU e WHO, 2011).

Embora as contas de saúde sejam criadas principalmente para consolidar informações sobre gastos e financiamento em saúde, estas também permitem análises setoriais mais amplas, se forem estruturadas para captar a dinâmica econômica do setor como um todo. Essas contas podem fornecer dados sobre financiamento, produção e destinação de bens e serviços de saúde, tornando-se uma ferramenta importante para aumentar a consistência do planejamento setorial e aprimorar o acompanhamento dos impactos das políticas de saúde. Nesse contexto, as contas de saúde podem ser elaboradas em um arcabouço econômico mais amplo, que enxerga a saúde não apenas como área de gasto, mas também como setor econômico significativo que produz bens, serviços, emprego e renda (EC, 2009).

No Brasil, foram adotadas as duas abordagens principais para a produção das contas de saúde, que se complementam na produção de informações sobre esse setor, e, por isso, o país tem o privilégio de contar com uma visão ampla sobre a saúde em seu território. A primeira abordagem metodológica é a da conta-satélite de saúde (CSS), oriunda do sistema de contas nacionais (SCN), que privilegia os fluxos de produção, consumo e renda de um país. O SCN possibilita que se selecione um setor-chave, grupo de produtos ou de indústrias de interesse particular para a economia, para um olhar mais detalhado sobre sua atividade econômica, o que é chamado de conta-satélite. Portanto, a conta-satélite de saúde consiste em detalhamento da atividade econômica do setor de saúde, a partir da conta nacional de determinado país (EC, 2009).

Com a produção das CSS, são elaborados quadros sobre o setor de saúde, complementares aos divulgados para o total da economia, trazendo-se informações relevantes para análises setoriais específicas. Dessa forma, as CSS viabilizam a criação de medidas e indicadores para monitorar as atividades e os produtos de saúde ao longo do tempo e realizar comparações entre países (Santos *et al.*, 2012).

1. A produção das contas de saúde no período 2015-2019 sob a ótica da contabilidade internacional no Brasil foi realizada sob a coordenação da pesquisadora Maria Angelica Borges dos Santos, com a colaboração de trabalhadores de várias instituições: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde do Ministério da Saúde (Desid/MS); Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea); Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); Grupo de Pesquisa e Estudos Prospectivos da Universidade Católica de Brasília (NEP/UCB); e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esses trabalhadores desempenharam papel crucial na elaboração e na análise das contas de saúde, garantindo abordagem alinhada aos padrões internacionais de contabilidade no setor de saúde brasileiro. Seus nomes constam da página de créditos da publicação *Contas de Saúde na Perspectiva da Contabilidade Internacional: contas SHA para o Brasil, 2015 a 2019* (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022). que está disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf.

2. O objetivo desta nota técnica é apresentar um panorama da metodologia System of Health Accounts – SHA (em português, Sistema de Contas de Saúde – SCS) e aspectos gerais da produção das contas SHA brasileiras do setor público, no período 2015-2019. A elaboração desta nota técnica partiu de registros prévios, realizados pelo servidor Wandemberg Venceslau Rosendo dos Santos, à época em que esteve lotado na Disoc/Ipea.

Nacionalmente, o IBGE coordena o processo de elaboração das CSS, que é feito em parceria com o Ipea, o Desid/MS, a ANS e a Fiocruz. A divulgação mais recente das CSS foi feita em 2024, com a apresentação das contas de 2010 a 2021 (IBGE, 2024a).

A segunda abordagem principal de produção das contas de saúde é a do SHA. Essa abordagem vem sendo capitaneada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), com a colaboração de várias instituições internacionais; entre estas, a Organização Mundial da Saúde (OMS). Nas contas SHA, privilegiam-se os fluxos de financiamento do setor de saúde na economia, permitindo-se a discussão detalhada de fontes de financiamento, agentes de financiamento e prestadores de serviços, segundo funções de cuidado de saúde. Com a elaboração das contas SHA, busca-se, em nível internacional, selecionar dados de despesas comparáveis entre os países e, em nível nacional, produzir análises detalhadas dos gastos em saúde, dando-se maior ênfase às comparações ao longo do tempo (OECD, EU e WHO, 2011).

No Brasil, o esforço inicial para internalização da metodologia do SHA ocorreu com a produção das contas públicas do período 2010-2014 (Brasil, 2018). A divulgação das primeiras contas SHA completas, que abrangem tanto o setor público quanto o privado de saúde, ocorreu em 2022, para o período 2015-2019 (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022). A equipe de saúde do Ipea teve maior participação na elaboração das contas do setor público. Assim, considerando-se a relevância dessas contas para a obtenção de um amplo retrato dos fluxos de financiamento do sistema de saúde e da sistematização de informações sobre como estas foram produzidas, o objetivo desta nota é apresentar um panorama da metodologia SHA e de aspectos gerais da produção das contas SHA brasileiras do setor público do período 2015-2019.

Esta nota técnica está dividida em cinco seções principais, incluindo-se esta introdução. Na segunda seção, oferece-se uma visão geral sobre o SHA. A seguir, na terceira seção, comentam-se alguns aspectos da adaptação metodológica do SHA ao contexto brasileiro. Na sequência, na quarta seção, apresentam-se aspectos gerais da produção das contas SHA 2015-2019 do setor público. Por fim, na última seção, são feitas algumas considerações sobre a necessidade de aperfeiçoamento contínuo das contas SHA brasileiras.

2 O SISTEMA DE CONTAS NACIONAIS DE SAÚDE

2.1 O que é o SHA

A melhoria do processo de mensuração dos gastos em saúde é fundamental para um país entender e alocar, da forma mais efetiva e eficiente possível, os recursos no setor. Ademais, é necessária para possibilitar a comparação dos dados brasileiros com os de outras nações, bem como para compreender os fluxos de financiamento e a dinâmica dos gastos em saúde.

O SHA diz respeito às contas de despesas com saúde em determinado território, que são totalizadas de diferentes formas. O objetivo do SHA é consolidar informações detalhadas relativas à estrutura do sistema de saúde de um país, inclusive sobre a distribuição do financiamento de despesas de saúde entre o governo e as famílias.

Assim, a partir das contas SHA, é possível examinar os gastos públicos e privados na área de saúde. Isso, por sua vez, permite melhorar o planejamento e a execução de políticas públicas e, ainda, dar mais transparência aos gastos e recursos financeiros vinculados ao setor de saúde. As contas SHA são computadas anualmente, o que possibilita sua análise por meio de uma série longitudinal. A partir das séries temporais dos países, pode-se avaliar os sistemas de saúde ao longo dos anos, o que contribui para o planejamento e a avaliação da área de saúde pelos gestores públicos.

2.2 Estrutura e componentes do SHA

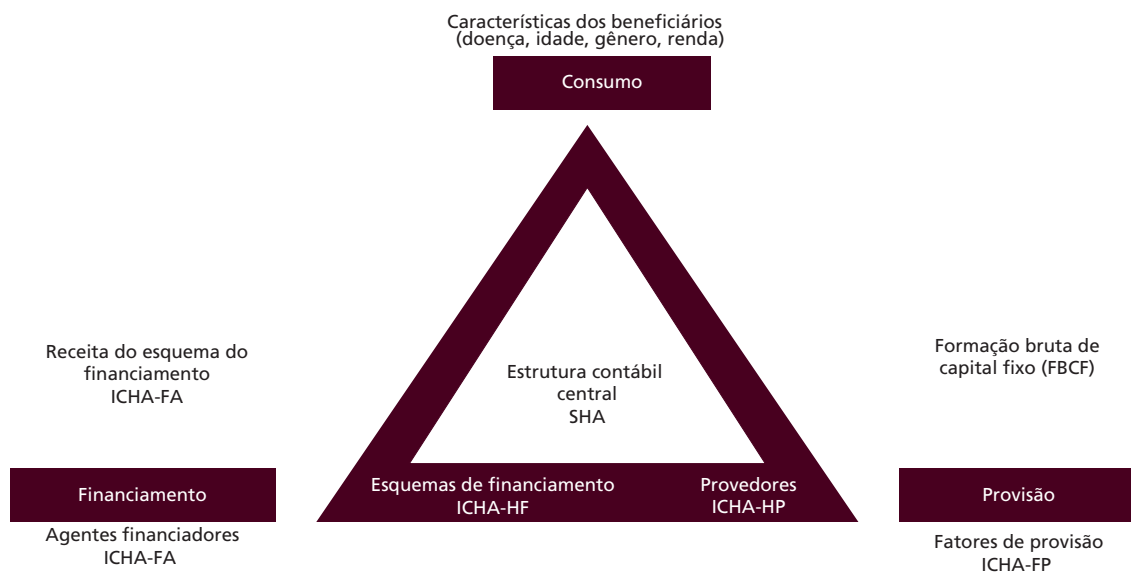
Os registros de desembolso nacional em saúde possibilitam o mapeamento dos fluxos de financiamento na saúde, desde a origem até o destino final dos recursos, para todos os bens e serviços consumidos pelos habitantes de um país específico. Seu principal objetivo é desvendar a organização dos fluxos financeiros no sistema de saúde, ao identificar tanto a procedência dos recursos quanto os agentes encarregados de sua administração. Esse registro de fluxos facilita a compreensão da interação entre o usuário (consumidor) e o sistema de saúde, além de elucidar a distribuição dos gastos em saúde, o que é vital para os gestores públicos de saúde na otimização de suas estratégias e políticas (Nakhimovsky *et al.*, 2014).

O SHA 2011 oferece um quadro internacional para a categorização das despesas de saúde, ao cobrir aspectos fundamentais como consumo, provisão e financiamento (OECD, Eurostat e WHO, 2017). Segundo Cogswell *et al.* (2013), o SHA categoriza os gastos em saúde com base em sua finalidade, seja na provisão de bens e serviços, nos esquemas de financiamento adotados, no consumo efetivo desses bens e serviços de saúde. As despesas, por sua vez, são diferenciadas conforme o tipo de financiador e o prestador de serviços, enquanto o consumo de serviços de saúde é associado à função de cuidados de saúde. Dessa forma, a estrutura do SHA é delineada com os objetivos a seguir.

- 1) Provisão de bens e serviços: especifica os fornecedores de serviços de saúde, buscando detalhar como os recursos financeiros foram aplicados no setor.
- 2) Financiamento: expõe como os bens e os serviços de saúde consumidos foram financiados, elucidando os mecanismos de financiamento utilizados.
- 3) Consumo: indica onde os recursos foram empregados e quem se beneficiou dos serviços prestados, fornecendo informações para a realização de estudos sobre a efetividade do gasto em saúde.

A figura 1 resume a estrutura da conta SHA, ao apresentar as relações entre os agentes envolvidos e as ações no processo de contabilização dos gastos.

FIGURA 1
Estrutura da conta SHA



Fonte: Cogswell *et al.* (2013).

Elaboração das autoras.

Obs.: ICHA – International Classification for Health Accounts; ICHA-FA – Classification of Financing Agents; ICHA-HF – Classification of Health Care Financing Schemes; ICHA-HP – Classification of Health Care Providers; e ICHA-FP – Classification of Factors of Health Care Provision.

A função de cuidados de saúde refere-se a um amplo conjunto de atividades voltadas à proteção e à melhoria da saúde individual e coletiva. Essas atividades são projetadas para prevenir o agravamento do estado de saúde das pessoas, além de atenuar os impactos de eventuais problemas de saúde. Entre os procedimentos abrangidos, estão: diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de enfermidades; manejo de doenças crônicas; reabilitação para indivíduos com deficiências físicas ou mentais; cuidados paliativos para condições sem expectativa de cura; e iniciativas voltadas para a saúde pública, incluindo-se prevenção, promoção da saúde e gestão do sistema de saúde. Essa diversidade de ações é ilustrada, de forma resumida, no quadro 1, que destaca as principais dimensões da conta SHA, abrangendo-se os esquemas de financiamento e os prestadores de cuidados de saúde (Brasil, 2018).

QUADRO 1 Dimensões da conta SHA

Esquemas de financiamento	<ul style="list-style-type: none"> Definição: principais tipos de arranjos de financiamentos pelos quais as pessoas recebem cuidados em saúde. Perguntas respondidas: como os recursos de saúde são gerenciados e organizados? E de que maneira os recursos são agregados? Exemplos: programas do governo executados pelo MS; seguro voluntário.
Prestadores de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Definição: organizações e agentes que ofertam assistência médica. Perguntas respondidas: qual é a estrutura organizacional característica da prestação de cuidados de saúde em um país? E quem forneceu os bens e os serviços aos consumidores? Exemplos: hospitais, clínicas e farmácias. Demais atividades.
Funções de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Definição: tipos de bens e serviços de saúde consumidos e atividades executadas. Perguntas respondidas: quais tipos de bens e serviços de saúde foram consumidos? Exemplos: cuidados curativos, programas de prevenção e produtos farmacêuticos.

Fonte: Cogswell *et al.* (2013).
Elaboração das autoras.

As informações do SHA são interconectadas, de forma a permitir análises sobre gastos e receitas em saúde, categorias de serviços, fontes de financiamento e indicadores de desempenho. Essas informações possibilitam o detalhamento dos gastos por diversas categorias de funções de cuidados de saúde, como atenção curativa ambulatorial e medicamentos, segundo prestadores e esquemas de financiamento. O quadro 2 apresenta as classificações do SHA.

QUADRO 2 Classificações do SHA

Receitas dos esquemas de financiamento	<ul style="list-style-type: none"> Definição: tipos de receitas recebidas ou cobradas por regimes de financiamento. Perguntas respondidas: quantas receitas são arrecadadas? De que forma as receitas foram coletadas? E de quais unidades institucionais são as receitas arrecadadas para cada esquema de financiamento? Exemplos: transferências financeiras externas diretas; pagamento antecipado voluntário de empregadores; e transferências do Ministério da Fazenda para outras agências governamentais.
Financiadores	<ul style="list-style-type: none"> Definição: unidades institucionais gerenciadoras dos esquemas de financiamento da saúde. Perguntas respondidas: quem gerencia os arranjos financeiros para aumentar a receita, administrar recursos e adquirir serviços? Exemplos: MS, companhias de seguros comerciais e organizações internacionais.
Fatores de provisão	<ul style="list-style-type: none"> Definição: tipos de insumos utilizados na produção de bens e serviços de saúde. Perguntas respondidas: que combinação de insumos de produção os provedores de bens e serviços de saúde utilizam? Exemplos: salários, serviços públicos, aluguel, materiais e serviços usados.
Características dos beneficiários (fatores socioeconômicos)	<ul style="list-style-type: none"> Definição: características de quem recebe os bens e os serviços de saúde ou se beneficia dessas atividades. Perguntas respondidas: qual é o valor de bens e serviços de saúde consumidos pelos diversos grupos populacionais? Exemplos: idade, gênero e características socioeconômicas.
Características dos beneficiários (doenças)	<ul style="list-style-type: none"> Definição: características de quem recebe os bens e os serviços de saúde ou se beneficia dessas atividades. Perguntas respondidas: que percentagem dos recursos totais de saúde foi para a saúde reprodutiva? Quais foram as principais fontes de financiamento para a prevenção do HIV? E quem forneceu serviços de prevenção da malária? Exemplos: doença por classificações da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).
Formação de capital	<ul style="list-style-type: none"> Definição: tipos de investimentos que os prestadores de serviços de saúde realizaram durante o período contábil que são usados por mais de um ano na produção de serviços de saúde. Perguntas respondidas: que tipos de ativos os provedores adquiriram? Exemplos: infraestrutura, equipamentos (formação de capital), treinamento, pesquisa e desenvolvimento etc.

Fonte: Cogswell *et al.* (2013).
Elaboração das autoras.

O consumo representa os gastos diretos realizados em serviços de saúde pelos residentes, abrangendo desde consultas médicas até internações hospitalares. Enquanto os fatores de provisão se relacionam aos custos operacionais e de manutenção para a entrega desses serviços de saúde, incluindo-se despesas com pessoal e equipamentos médicos. O financiamento, por sua vez, engloba as diversas origens dos recursos financeiros que cobrem esses gastos, que vão desde fundos governamentais até seguros de saúde e pagamentos diretos dos pacientes.

Essa padronização das despesas de saúde promove melhor compreensão de como os recursos são distribuídos e utilizados no setor, auxiliando na identificação de prioridades para investimentos e na formulação de políticas de saúde mais eficazes, alinhadas às necessidades específicas da população.

2.3 Comparação internacional

A variação de fatores de risco para a saúde – tais como tabagismo, consumo de álcool, obesidade e influências ambientais, assim como a carga de doença em cada localidade – produz oscilações na situação de saúde das populações e nos custos associados aos cuidados de saúde, tendo reflexos nas estimativas do SHA para os países. Além disso, diferenças dos sistemas de saúde, em termos de estruturas, políticas implementadas e regulação, requerem análise específica do contexto de cada país quando da produção de uma conta SHA. Por isso, a padronização dos dados entre regiões é crucial para uma avaliação eficiente do desempenho dos sistemas de saúde e a identificação de áreas prioritárias para intervenção (WHO, 2021).

A necessidade de análise precisa e padronizada encontra respaldo na metodologia do SHA, que oferece uma plataforma para a comparação dos indicadores de saúde dos países, de acordo com os padrões internacionais definidos por entidades como a OMS e a OCDE, publicados em manual que orienta sobre a produção das contas de saúde sob esse arcabouço metodológico (OECD, Eurostat e WHO, 2017). Essa abordagem segmentada, ao detalhar as despesas de saúde por suas funções específicas, prestadores de serviço e fontes de financiamento, não apenas esclarece as diferenças entre os sistemas de saúde, mas também estimula a adoção de práticas bem-sucedidas, observadas globalmente. Importante destacar que, ao analisar indicadores como o gasto em saúde como percentual do produto interno bruto (PIB) e o gasto *per capita*, obtêm-se informações para a elaboração de estudos sobre a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde, os quais poderão evidenciar a necessidade de adoção de medidas para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

Esse processo de padronização permite a comparação internacional e revela distinções profundas nos modelos de financiamento e provisão de serviços de saúde entre países, como é o caso do modelo dos Estados Unidos, cuja cobertura dos serviços depende muito do financiamento pelas famílias, comparado aos do Canadá e da Suécia, países que possuem sistemas de financiamento público que garantem acesso universal aos serviços de saúde. As diferenças ilustradas por essas comparações servem não apenas para realçar as discrepâncias entre os sistemas de saúde, mas também como catalisador para o aprimoramento dos cuidados de saúde em escala global (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

No contexto nacional, o Brasil enfrenta desafios semelhantes aos de outras nações no mundo, como o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas. O esforço do país para manter um sistema de saúde universal, apesar das restrições de recursos, destaca-se como um ponto-chave na busca pela expansão do acesso aos cuidados de saúde. Essa realidade sublinha a relevância das contas SHA para realizar avaliações comparativas e desenvolver estratégias que fortaleçam o sistema de saúde, promovendo gestão de recursos mais eficiente e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

3 CONTEXTO BRASILEIRO PARA A APLICAÇÃO DO SHA

3.1 Aspectos gerais

O esforço de adaptação da metodologia SHA pavimentou o caminho para avanços significativos na produção de informações sobre o financiamento e os gastos do setor de saúde no Brasil. A divulgação da primeira conta brasileira completa, formatada conforme o SHA, é resultado da colaboração entre instituições federais, a saber: o Ipea; a ANS; o IBGE; a Fiocruz; e o MS. O processo de produção das contas de saúde ressalta a importância da manutenção do arranjo interinstitucional construído no país para a gestão organizada e o acesso aos dados, sublinhando a importância de uma governança efetiva.

O SHA 2011 é crucial para analisar as despesas com cuidados de saúde primários, usando uma classificação funcional para organizar os gastos por finalidade. Essa metodologia foca no consumo efetivo, o que permite identificar despesas, facilitar comparações internacionais e padronizar métricas de saúde globalmente. Contudo, o SHA 2011 não cobre completamente os aspectos multidimensionais dos cuidados primários, limitando-se a serviços de primeiro contato e administração (WHO, 2023). Ainda assim, sua contribuição é essencial para entender o financiamento, o gasto e a provisão de serviços na atenção primária, fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Na prática brasileira, o objetivo de implementar o SHA visou monitorar e analisar os gastos públicos e privados em saúde, de maneira regular e institucionalizada. Isso requer o enfrentamento de desafios, como a necessidade de integrar fontes de informação distintas e dispersas, sob a gestão de diferentes órgãos e unidades organizacionais de um mesmo órgão.

Adaptar a metodologia do SHA 2011 ao contexto brasileiro, como destacam Marques, Piola e Roa (2016) e Brasil, Fiocruz e Ipea (2022), é um esforço significativo para alinhar as práticas de análise financeira e econômica do setor de saúde em nível internacional às particularidades do sistema de saúde nacional. Esse processo envolve ajustes em categorias e conceitos do SHA, com a finalidade de refletir a complexa estrutura de múltiplas esferas de governo e uma variedade de fontes de financiamento e prestadores de serviços no Brasil, incorporando aspectos específicos do país como políticas de saúde e características demográficas.

O Brasil fez progressos notáveis na adaptação da metodologia SHA, ao melhorar a coleta de dados e atualizar categorias e conceitos, com o objetivo de refletir as mudanças no sistema de saúde (Holguin, Hasenclever e Santos, 2023; Servo *et al.*, 2021). Essa adaptação envolveu um esforço meticuloso e representa um passo importante na direção de um sistema de saúde mais transparente, responsável e alinhado às necessidades da população brasileira. Nesse processo, a colaboração com organismos internacionais, como a OMS e a OCDE, possibilitou que as práticas brasileiras de contabilidade da saúde se alinhassem aos padrões internacionais, ao promover uma visão abrangente e precisa do sistema de saúde do país, bem como favorecer o planejamento e a tomada de decisão baseada em evidências.

A integração das práticas metodológicas internacionais ao contexto brasileiro marca um processo de harmonização que leva em conta as particularidades do modelo de saúde local. Isso envolve a adaptação de classificações globais às necessidades específicas do sistema de saúde do Brasil. Abrange também a revisão cuidadosa de categorias e conceitos do SHA, com o objetivo de assegurar que reflitam com precisão as políticas e as mudanças no sistema de saúde brasileiro, ao garantir que as informações estejam sincronizadas com as realidades e as necessidades locais.

3.2 Financiamento público da saúde no Brasil

A análise das fontes de financiamento do sistema de saúde, abrangendo impostos, seguros de saúde e contribuições sociais, é essencial para desvendar a complexidade do modelo de financiamento da saúde no Brasil. Tal análise facilita a compreensão das metodologias de contribuição e extensão da cobertura de serviços, permite a identificação de oportunidades para uma alocação mais eficiente de recursos, além de ser fundamental para realizar comparações internacionais, ao destacar práticas exemplares e melhorar a gestão de recursos no setor (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

O papel do Estado brasileiro é primordial no financiamento, na regulação e na provisão de serviços de saúde. Além de regular e financiar, o Estado também oferece serviços de saúde diretamente à população, por meio de unidades públicas e, ocasionalmente, da contratação de serviços do setor privado para complementar a rede pública, buscando, assim, avançar em direção à garantia de acesso universal e integral à saúde no país (Piola *et al.*, 2009).

A configuração do financiamento da saúde no Brasil caracteriza-se pela sua diversidade, envolvendo a participação do governo – nos níveis federal, estadual e municipal –, de instituições privadas sem fins lucrativos e dos próprios cidadãos. A mudança de um modelo predominantemente privado para um sistema que reconhece a saúde como um direito do cidadão com a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) é notável, assim como a instituição de aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pelos entes federativos (Brasil, 1988). Essas diretrizes promoveram maior estabilidade no financiamento do setor público, ainda que o montante de recursos alocados permaneça insuficiente para garantir o acesso universal e igualitário de toda a população aos serviços de saúde no país (Vieira, Piola e Benevides, 2019; Funcia *et al.*, 2022). O quadro 3 ilustra a estrutura do financiamento das ASPS no Brasil no período 2015-2019, detalhando as fontes de financiamento, as regras de aplicação mínima e a legislação sobre o tema. Esse quadro evidencia o financiamento realizado pelos entes da federação no âmbito do SUS.

QUADRO 3 Estrutura do financiamento de ASPS – Brasil (2015-2019)

Esfera de governo	Principais fontes de recursos	Aplicação mínima em ASPS	Legislação
Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Cofins; • CSLL; • Recursos ordinários – desvinculados de fontes que financiam despesas específicas – por exemplo, despesas da seguridade social, arrecadados em exercícios anteriores. • Remuneração das disponibilidades do Tesouro Nacional (receita decorrente de juros pagos por terceiros em virtude de empréstimos feitos pela União com recursos disponíveis do Tesouro Nacional). • Recursos ordinários – desvinculados de fontes que financiam despesas específicas – por exemplo, despesas da seguridade social, arrecadados no exercício corrente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em 2015: o valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. • Em 2016: valor equivalente a 13,2% da RCL da União. • Em 2017: o valor equivalente a 15% da RCL da União. • De 2018 a 2019: o valor equivalente à aplicação mínima de 2017 corrigido anualmente pelo IPCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em 2015: Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000. • Em 2016: EC nº 86/2015. • De 2017 a 2019: EC nº 95/2016. • De 2015 a 2019: Lei Complementar (LC) nº 141/2012.
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> • ICMS • IPVA • ITCMD • Cota-parte do FPE • Cota-parte do IPI-Exportação 	<ul style="list-style-type: none"> • De 2015 a 2019: 12% dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais recebidas da União – por exemplo, cotas-parte do FPE e do IPI-Exportação. 	<ul style="list-style-type: none"> • De 2015 a 2019: EC nº 29/2000. • De 2015 a 2019: LC nº 141/2012.
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • IPTU • ITR • ITBI • ISS • Cota-parte do FPM • Cota-parte do ITR • Cota-parte do ICMS • Cota-parte do IPVA • Cota-parte do IPI-Exportação 	<ul style="list-style-type: none"> • De 2015 a 2019: 15% dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais recebidas da União e do estado – por exemplo, cotas-parte do FPM, o ITR, do ICMS e do IPVA. 	<ul style="list-style-type: none"> • De 2015 a 2019: EC nº 29/2000. • De 2015 a 2019: LC nº 141/2012.
Distrital	<ul style="list-style-type: none"> • ICMS; IPVA; ITCMD; cota-parte do FPE; cota-parte do IPI-Exportação; IPTU; ITBI; e ISS. 	<ul style="list-style-type: none"> • De 2015 a 2019: 15% e 12% dos impostos diretamente arrecadados e das transferências constitucionais e legais recebidas da União, que são, respectivamente, de base municipal e base estadual. 	<ul style="list-style-type: none"> • De 2015 a 2019: EC nº 29/2000. • De 2015 a 2019: LC nº 141/2012.

Fonte: Vieira, Piola e Benevides (2019).

Elaboração das autoras.

Obs.: Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social; CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Pessoas Jurídicas; RCL – receita corrente líquida; IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo; ICMS – Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação; IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores; ITCMD – Impostos sobre a Transmissão Causa Mortis e Doação de Bens e Direitos; FPE – Fundo de Participação dos Estados; IPI-Exportação – Imposto sobre Produtos Industrializados Proporcional às Exportações; IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana; ITR – Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural; ITBI – Imposto sobre a Transmissão Intervivos de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis; ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza; FPM – Fundo de Participação dos Municípios.

Além desses recursos, há financiamento público dos hospitais universitários federais, que atendem majoritariamente os usuários do SUS, e que é realizado em grande parte pelo Ministério da Educação – MEC (Silva, 2024). Assim como ocorre financiamento pelo Ministério da Defesa (MD) para as unidades de saúde que atendem aos militares e seus dependentes. Não é objetivo desta nota discutir essas formas e agentes de financiamento público, mas é importante destacar sua existência.

4 PRODUÇÃO DAS CONTAS SHA 2015-2019 DO SETOR PÚBLICO

O desenvolvimento inicial das contas do setor público de saúde do Brasil, seguindo as orientações do SHA 2011, começou com a complexa tarefa de converter os dados de despesa pública para o formato padronizado proposto por esse sistema. Esse esforço envolveu mapeamento detalhado e a transformação de informações financeiras para assegurar uma representação dos fluxos de recursos no setor de saúde. A etapa de análise enfoca o alinhamento dos dados às categorias e às definições estabelecidas pelo SHA 2011, o que implica a classificação dos gastos por funções e prestadores de cuidado de saúde, além de esquemas de financiamento.

4.1 Classificações utilizadas

No quadro 4, apresenta-se a classificação das funções de cuidados de saúde (*health care* – HC) utilizada nas contas SHA do Brasil do período 2015-2019 (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022).

QUADRO 4

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

Funções de cuidados de saúde
HC 1 – Atenção curativa
HC 1.1 – Atenção curativa em regime de internação
HC 1.2 – Atenção curativa em regime de hospital-dia
HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial
HC 1.3.1 – Atenção curativa ambulatorial básica
<i>HC 1.3.1.1 – Atenção curativa ambulatorial básica</i>
<i>HC 1.3.1.2 – Atenção curativa ambulatorial básica – emergência</i>
HC 1.3.2 – Atenção ambulatorial – saúde bucal
HC 1.3.3 – Atenção ambulatorial especializada
<i>HC 1.3.3.1 – Atenção ambulatorial especializada</i>
<i>HC 1.3.3.2 – Atenção ambulatorial especializada – emergência</i>
HC 1.3.4 – Atendimento curativo ambulatorial
HC 1.3.9 – Atenção ambulatorial – práticas alternativas
HC 1.4 – Atenção curativa domiciliar
HC 2 – Atendimentos de reabilitação
HC 2.1 – Atendimentos de reabilitação em regime de internação
HC 2.3 – Atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial
HC 2.9 – Atendimentos de reabilitação não especificado
HC 3 – Cuidados de longo prazo
HC 3.1 – Cuidados de longo prazo em regime de internação
HC 3.2 – Cuidados de longo prazo em regime de hospital-dia
HC 3.3 – Cuidados de longo prazo em ambulatorial
HC 3.4 – Cuidados de longo prazo em regime de atenção domiciliar

(Continua)

(Continuação)

Funções de cuidados de saúde
HC 3.9 – Cuidados de longo prazo – saúde mental
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
HC 4.3.1 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios
HC 4.3.2 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios de emergência
HC 4.9 – Outras atividades complementares ao diagnóstico e tratamento
HC 5 – Medicamentos e produtos médicos
HC 5.1 – Medicamentos
HC 5.1.1 – Medicamentos
<i>HC 5.1.2 – Medicamentos Programa Farmácia Popular do Brasil</i>
HC 5.9 – Atividades complementares à obtenção de produtos médicos e tecidos humanos
HC 5.2 – Órteses, próteses e outros dispositivos
<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 5.2.9 – Outras órteses e dispositivos</i>
<i>HC 5.2.3 – Órteses e outros dispositivos para ortopedia e mobilidade</i>
<i>HC 5.2.8 – Órteses e outros dispositivos para saúde bucal</i>
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 respostas emergenciais
HC 7 – Governança, gestão e regulação do sistema de saúde
HC 7.1 – Governança, gestão e regulação do sistema de saúde
HC 7.2 – Governança, gestão e regulação do sistema de saúde – Visa
HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas
HC 9.2 – Educação e capacitação – pessoal ¹
HC 9.3 – Pesquisa, desenvolvimento e ciência e tecnologia – pessoal ¹
HC 9.9 – Outras atividades de saúde

Fonte: Brasil, Fiocruz e Ipea (2022).

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.

As funções de cuidados de saúde englobam todos os serviços direcionados ao atendimento direto ao paciente – atenção curativa (HC 1); atendimentos de reabilitação (HC 2); cuidados de longo prazo (HC 3); atividades complementares ao diagnóstico e ao tratamento (HC 4); medicamentos e produtos médicos (HC 5); cuidados de caráter coletivo – prevenção, promoção e vigilância em saúde (HC 6); e gestão e governança do sistema (HC 7) (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

A seguir, no quadro 5, apresenta-se a classificação de prestadores em saúde, que são aqueles que realizam as atividades de atenção à saúde por meio da produção de bens e serviços como sua atividade principal. A classificação de prestadores de saúde (*health providers* – HPs) tem por objetivo organizar as unidades de saúde em categorias de acordo com uma classificação internacional comum a todos os países (OECD, Eurostat e WHO, 2017).

QUADRO 5

Classificação de prestadores de cuidados à saúde

Prestadores/estabelecimentos
1 – Hospital
2 – Unidade de cuidados domiciliares
3 – Unidade de teleatendimento
4 – Consultório isolado
5 – Unidade de atenção especializada (psicossocial)
6 – Unidade de atenção primária
7 – Unidade ambulatorial de urgência e emergência
8 – Ambulatório especializado
9 – 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: Brasil, Fiocruz e Ipea (2022).

Por fim, a classificação quanto aos esquemas de financiamento é apresentada no quadro 6. Esses esquemas são tipificados segundo: os critérios de elegibilidade dos beneficiários – isto é, a quem cada arranjo atende e quais os requisitos para ser beneficiário; a participação, que pode ser obrigatória ou voluntária; e a base para elegibilidade, que pode ser contributiva ou não contributiva. As fontes de recursos para financiá-los podem ser distintas, mas os esquemas de financiamento são hoje o principal critério para definir financiamento público (ou governamental) e privado no SHA (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022).

QUADRO 6

Esquemas de financiamento (HF) e fontes (receitas) correspondentes (FS) identificados no Brasil

Regime de financiamento (HF) agregado	Regime de financiamento (HF) detalhado	Receitas dos esquemas de financiamento (FS)
HF 1. Esquemas governamentais e contributivos compulsórios	HF 1.1.1. SUS (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. Esquemas governamentais contributivos compulsórios	FS 3. Contribuições do seguro social
HF 2. Esquemas baseados em pagamentos voluntários – exceto pagamentos diretos do bolso	HF 2.1.2. Planos e seguros de saúde voluntários suplementares – regulados pela ANS	FS 5. Pré-pagamento voluntário
	HF 2.2. Esquemas 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. Esquemas 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: Brasil, Fiocruz e Ipea (2022).

Obs.: HF – *health financing*; FS – *financing sources*.

4.2 Estimação dos gastos financiados pelo governo (HF 1.1.1 – SUS)

4.2.1 Fontes de informação principais

Na elaboração das contas SHA do setor público brasileiro, a coleta e a análise de dados de fontes diversas são essenciais para fornecer uma visão ampla dos gastos em saúde. A abrangência e a diversidade das fontes de dados empregadas são ilustradas no quadro 7.

QUADRO 7 Fontes de informação sobre despesa em saúde

Fonte de dados	Descrição	Instituição responsável
Siops	Coleta e disponibiliza informações sobre os gastos em saúde dos governos municipais, estaduais e federal.	Ministério da Saúde
Siga Brasil	Contém informações sobre a execução orçamentária e financeira do governo federal.	Senado Federal
SIA/SUS e SIH/SUS	Registram informações sobre a produção ambulatorial e hospitalar do SUS, respectivamente, incluindo-se consultas, exames e outros.	Ministério da Saúde
CNES	Cadastra e mantém atualizadas as informações sobre estabelecimentos de saúde no Brasil, como hospitais, clínicas e unidades básicas de saúde.	Ministério da Saúde
SIGTAP	Gerencia a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM no SUS (Tabela SUS).	Ministério da Saúde
FNS – arquivos de repasse	Contém dados das transferências efetuadas pelo FNS aos municípios, aos estados e ao Distrito Federal (DF) para financiamento de ASPs.	Ministério da Saúde

Elaboração das autoras.

Obs.: Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS; SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS; FNS – Fundo Nacional de Saúde.

Cada sistema de informação desempenha papel fundamental, ao contribuir com dados específicos que refletem distintos aspectos de gastos e serviços de saúde. O Siops e o Siga Brasil são cruciais para o fornecimento de informações atualizadas sobre os gastos públicos em saúde (Holguin, 2021). O SIA/SUS e o SIH/SUS dispõem de dados sobre a produção ambulatorial e hospitalar do SUS, respectivamente (Brasil, 2007; 2010). O SIGTAP oferece informações sobre procedimentos cobertos pelo SUS e pelo CNES, bem como constitui fonte de informações sobre os prestadores de serviços e profissionais de saúde.

O SIA/SUS desempenha papel indispensável no contexto da saúde pública brasileira, sendo fundamental para o processamento e a consolidação de dados relativos a atendimentos, procedimentos e tratamentos realizados em ambientes ambulatoriais. Essa ferramenta é essencial para o planejamento, o controle, a avaliação e a auditoria da assistência ambulatorial, permitindo gestão eficaz e informada dos serviços de saúde (Faveret, 2009; Holguin, 2021).

Por sua vez, o SIH/SUS oferece dados detalhados sobre internações, procedimentos cirúrgicos, tratamentos intensivos e valores associados, baseados na Tabela SUS, que podem ser consultados no SIGTAP. Esses valores constituem parte da remuneração feita aos prestadores do sistema público de saúde. Os valores de remuneração são definidos com base em critérios como complexidade do procedimento, tempo de internação, recursos utilizados e outros fatores (Santos *et al.*, 2023).

Quanto ao CNES, sua utilização na produção das contas SHA ocorre para obtenção de informações sobre os prestadores de serviços de saúde. Esse cadastro fornece um levantamento detalhado dos estabelecimentos de saúde atuantes no país, ao abranger hospitais, clínicas e demais serviços de saúde, e compila dados sobre a capacidade instalada, os recursos humanos e os equipamentos. Além de catalogar os estabelecimentos de saúde, o CNES também registra informações sobre os profissionais de saúde e os serviços ofertados por esses estabelecimentos, proporcionando uma visão abrangente da força de trabalho e da capacidade de atendimento disponível no sistema de saúde brasileiro. Portanto, o CNES é um componente crucial na estruturação das contas de saúde seguindo a metodologia do SHA.

Descrição detalhada sobre essas e outras fontes de informação encontra-se na publicação *Prontuários de Bases de Dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil* (Faveret, 2009). Há também uma publicação específica sobre o Siops (Brasil, 2013).

4.2.2 Aspectos metodológicos³

A identificação do gasto segundo as funções de cuidados de saúde é feita a partir dos dados do SIA e do SIH. Cada procedimento do SIGTAP é classificado segundo a função de cuidado de saúde do SHA. No âmbito do SIA e do SIH, as fontes de financiamento previstas são:

- atenção básica;
- assistência farmacêutica;
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (Faec);
- incentivo – média e alta complexidade (MAC);
- média e alta complexidade; e
- vigilância em saúde.

Apesar de haver essa gama de possibilidades, as autorizações de internação hospitalar (AIHs)⁴ registradas no SIH contemplam apenas os tipos de financiamento Faec e MAC. No SIA, os procedimentos realizados contemplam todos os tipos citados anteriormente. A atribuição do tipo de financiamento é decorrência da aprovação do procedimento para o SUS, a partir de seu registro no SIGTAP. Isto é, tanto o SIA quanto o SIH apenas registram esses dados que devem respeitar a correspondência com o SIGTAP.

Quanto aos valores dos procedimentos, são aqueles estabelecidos em atos normativos do SUS que incluem procedimentos financiáveis ou realizáveis no âmbito desse sistema. Ou seja, trata-se de valor referencial para pagamento de serviços pelo SUS e de forma alguma pode ser confundido com a despesa eventualmente incorrida para aquele serviço de saúde.

A prestação de um serviço de saúde no SUS engloba outros custos, como: a instalação e a manutenção do provedor de serviços de saúde; despesas de pessoal; despesas de manutenção; e outras despesas não operacionais. Assim, o valor registrado como produção é apenas uma parte de todo o gasto em saúde incorrido pelo ente federado. Portanto, caso a obtenção dos valores despendidos por tipo de serviço levasse em conta apenas o valor registrado no sistema de produção, haveria subestimativa do gasto em saúde do ente federado.

Em síntese, o valor relativo a cada procedimento constante dessas bases, quando disponível, não reflete de forma completa a totalidade dos recursos empregados (regime de financiamento HF 1.1.1). Trata-se apenas de referência para remuneração realizada pelo governo federal no âmbito do SUS. Os sistemas de produção não contemplam informações sobre os recursos alocados pelos estados e municípios para custeio dos procedimentos de saúde, em complementação aos valores destinados pela União (Santos *et al.*, 2023).

3. A metodologia apresentada, em linhas gerais, nesta seção foi desenvolvida pela pesquisadora Maria Angélica Borges dos Santos, que coordenou o processo de elaboração das contas SHA do Brasil na primeira versão, contendo apenas dados do setor público (Brasil, 2018). Posteriormente, na versão completa, ela coordenou o processo de produção das contas dos setores público e privado (Brasil, Fiocruz e Ipea, 2022).

4. Definição *lato sensu* de procedimento, podendo tratar-se de: ações de promoção e prevenção em saúde; procedimentos com finalidade diagnóstica; procedimentos clínicos; procedimentos cirúrgicos; transplantes de órgãos, tecidos e células; medicamentos; órteses, próteses e materiais especiais; e ações complementares da atenção à saúde.

Uma vez que não representam custos em saúde, a apuração dos gastos necessita passar por tratamentos que extrapolem os valores de referência dos procedimentos realizados no âmbito do SUS para ressarcimento federal aos entes subnacionais.

Nesse momento, faz-se necessária a utilização de informações do Siops, sendo utilizados os relatórios consolidados de despesa em ASPS, por subfunção, dos estados, do DF e dos municípios. Há certa correspondência entre as despesas por subfunção e as funções de cuidados de saúde agregadas (quadro 8).

QUADRO 8

Correspondência entre subfunções do Siops e funções de cuidado de saúde do SHA

Siops		SHA – funções de cuidado de saúde	
Subfunção – vinculada	Atenção básica e assistência hospitalar ambulatorial	HC.1	Atenção curativa
		HC.2	Atendimentos de reabilitação
		HC.3	Cuidados de longo prazo
	Suporte profilático e terapêutico	HC.4	Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento
		HC.5	Medicamentos e artigos médicos
	Vigilância sanitária	HC.6	Atividades de vigilância, promoção e prevenção em saúde
Vigilância epidemiológica			
Alimentação e nutrição			
Subfunção – administrativa		HC.7	Gestão e regulação do sistema de saúde
Subfunção – informações complementares		HC.9	Outras atividades de saúde não classificadas

Fonte: Registros dos métodos utilizados para a produção das contas SHA públicas no período 2015-2019. Elaboração das autoras.

Assim, o cruzamento das informações do Siops com as dos sistemas de produção permite a apuração dos gastos com saúde em granularidade suficiente para discriminar o gasto por funções de cuidado de saúde e o agente de financiamento (federal, estadual ou municipal). Para tanto, é necessário que a despesa por subfunção esteja separada pela fonte de recursos, a fim de que seja possível individualizar o gasto realizado com recursos próprios.

A partir de 2018, as despesas por subfunção do Siops passaram a ser discriminadas pela fonte dos recursos. Contudo, no que concerne aos dados anteriores (2015 a 2017), é necessário subtrair do gasto por subfunção desse sistema o valor relativo às transferências fundo a fundo, obtido do FNS. Feita essa dedução, o resultado será o gasto em saúde com recursos próprios dos estes municipais e estaduais – incluindo-se o DF.⁵

Aqui, portanto, registra-se que os valores do Siops compõem a despesa agregada em saúde e que os valores registrados nos sistemas de produção possibilitam o cálculo de um fator para expansão dos gastos nestes registrados por funções de cuidados de saúde. Apesar de as informações do Siops terem um nível de agregação que não possibilita a identificação do prestador de serviços de saúde e do tipo de serviço de saúde em que houve o gasto, a distribuição do gasto em saúde de entes subnacionais pode ser, em larga medida, representada pelos valores dos procedimentos registrados no SIA e no SIH por esses entes.

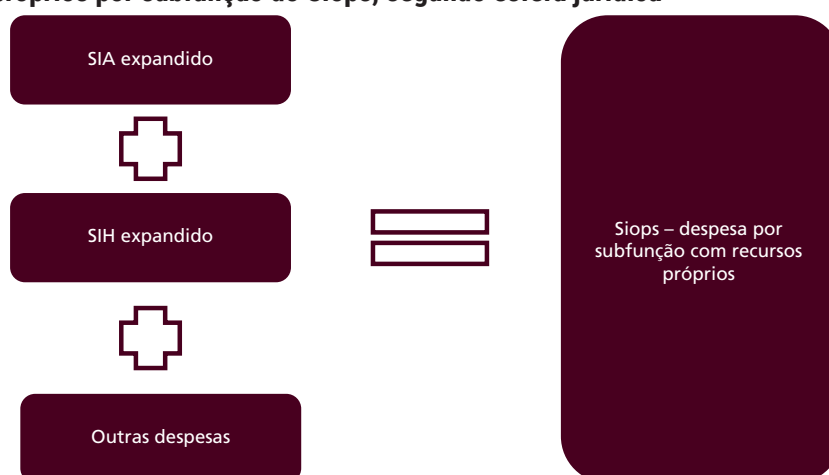
5. Os repasses realizados pelos estados aos seus respectivos municípios para financiamento da assistência farmacêutica são subtraídos também (componente básico da assistência farmacêutica). Os gastos em medicamentos observam os métodos adotados para estimação do consumo final de medicamentos das contas-satélite de saúde, que possibilitam a identificação do financiamento próprio de cada esfera de governo (IBGE, 2024b).

Os valores registrados no SIA e no SIH são expandidos para o que se denomina SIA expandido e SIH expandido por esfera jurídica. Para o cálculo do fator de expansão, divide-se a despesa com recursos próprios da subfunção atenção básica pela soma do valor de produção dos procedimentos que têm financiamento relativo à atenção básica no SIA, para cada esfera financiadora (federal, estadual e municipal). O fator obtido é utilizado como multiplicador para cada procedimento, que é classificado segundo uma função de cuidado de saúde relacionada à atenção básica. Isso é feito para as despesas com recursos próprios da subfunção assistência hospitalar e ambulatorial que, nesse caso, são divididas pela soma da produção dos procedimentos que têm financiamento do Faec e de MAC nos sistemas SIA e SIH para cada esfera financiadora. O fator obtido é utilizado como multiplicador para cada procedimento que é classificado segundo uma função de cuidado de saúde relacionada à atenção especializada.

Essa expansão deve ocorrer de tal forma que as despesas registradas no Siops sejam iguais aos valores expandidos do SIA e do SIH, adicionadas de outras despesas (figura 2).

FIGURA 2

Relação entre o somatório dos valores registrados nos sistemas de produção e as despesas com recursos próprios por subfunção do Siops, segundo esfera jurídica



Elaboração das autoras.

Em síntese, a estratégia consiste, primeiramente, em selecionar as subfunções que se relacionem diretamente com as informações dos sistemas de produção. Entre as subfunções registradas no Siops, as de atenção básica e de assistência hospitalar e ambulatorial têm relação direta com os dados de produção registrados tanto no SIA como no SIH.

Ressalte-se que, até mesmo com essa vinculação entre a despesa própria e a subfunção, ainda há a necessidade de realizar uma redistribuição dessas despesas em virtude de as despesas com pessoal não estarem necessariamente alocadas na área finalística.⁶ Por exemplo, as despesas de pessoal da atenção básica acabam por estar registradas na subfunção administrativa – administração geral (Vieira *et al.*, 2022).

Conforme descrito anteriormente, os sistemas de produção são utilizados para estimar as despesas com os grupos de financiamento de MAC e atenção básica. Assim, após ser realizada a estimativa dessas despesas, devem ser novamente incluídas as despesas não sujeitas a tratamento específico: com aquisição de medicamentos; aplicação de vacinas; vigilância sanitária e epidemiológica; e gestão.

6. A regra é justamente a não alocação das despesas de pessoal a cada subfunção.

As despesas realizadas com pagamento de pessoal devem ter tratamento específico a partir de dados do CNES, a fim de que sejam alocadas na função de cuidado de saúde adequada. No que concerne às despesas dos entes subnacionais, é preciso considerar que nem toda a despesa com pessoal registrada na subfunção administração deve ser considerada para expansão das demais subfunções. Isso ocorre porque, no processo de expansão, o objetivo é redistribuir as despesas de pessoal em outras despesas que têm natureza finalística – ou seja, estão diretamente relacionadas com as informações registradas nos sistemas de produção.

Assim, a partir dos dados do CNES, é identificada a quantidade de profissionais que se encontram em atividades de gestão – importante ter uma tabela com essas atividades. Com isso, deduz-se a parcela de profissionais em atividade de gestão dos valores das despesas com pessoal, para fins de realização da expansão. Posteriormente, esse valor restante será incluído na soma da despesa do ente no grupo denominado complemento de despesas.

No caso das despesas da União, considerando-se a maior disponibilidade de dados e a singularidade do ente, a identificação das despesas de gestão é feita levando-se em conta essencialmente o gasto que órgãos federais realizam com pessoal (MS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, ANS, Fiocruz e Fundação Nacional de Saúde – Funasa). As despesas com pessoal da Anvisa, da ANS e da Funasa são todas classificadas como gestão e governança do sistema de saúde (HC 7). Em relação à formação de recursos humanos em saúde e pesquisa e desenvolvimento em saúde, apenas parte das despesas da Fiocruz recebe essa classificação.

As despesas com ciência e tecnologia (conta SHA 9.3 – pesquisa e desenvolvimento – pessoal) e com educação e capacitação (conta SHA 9.2 – educação e capacitação – pessoal) não integram o escopo das contas SHA. Portanto, os gastos classificáveis nessas contas não são considerados.

O esforço para desenvolvimento desse método é notável, mas, como qualquer método, está sempre sujeito a melhorias por conter limitações, inclusive as inerentes aos registros administrativos utilizados. Dessa forma, algumas limitações relacionadas às fontes de informação precisam ser mencionadas. A primeira diz respeito ao fato de que a produção no SIA passou por mudança de declaração em 2017, que fez com que parte dos procedimentos da atenção básica deixasse de ser declarada nesse sistema e passasse a ser registrada no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Com isso, foi necessário realizar alguns tratamentos metodológicos adicionais, com o objetivo de estimar as despesas com atenção primária usando informações sobre prestadores do SUS.

A segunda limitação envolve o uso das informações por subfunção do Siops para tradução nas funções SHA. Como não há um manual que padronize e oriente sobre o registro das despesas por subfunção, estados e municípios podem declarar de forma diferente suas despesas nessas subfunções. Tem sido frequente o uso da subfunção 122 (administração geral para declaração de despesa com pessoal das áreas finalísticas, atenção primária e especializada), por exemplo (Vieira *et al.*, 2022). Com isso, há necessidade de tratamentos metodológicos para estimar o gasto por subfunção no Siops e a consolidação dos dados utilizando as informações de produção e de outras fontes. O detalhamento desses tratamentos metodológicos será abordado em publicações futuras sobre a produção das contas SHA brasileiras.

BOX 1**Síntese das atividades realizadas na produção das contas SHA 2015-2019**

1. Coleta de dados de produção ambulatorial e hospitalar e classificação das funções de cuidado de saúde:
 - utilização de dados do SIA/SUS e do SIH/SUS; e
 - classificação de cada procedimento do SIGTAP, conforme a função de cuidado de saúde do SHA.
2. Identificação das fontes de financiamento no SIA/SUS e no SIH/SUS dos procedimentos:
 - SIA: atenção básica, assistência farmacêutica, Faec, incentivo – MAC, média e alta complexidade e vigilância em saúde;
 - SIH: Faec e MAC;
 - utilização dos valores dos procedimentos estabelecidos em atos normativos do SUS, constantes do SIGTAP; e
 - como o valor do procedimento multiplicado pela quantidade produzida não representa o custo total dos serviços, realiza-se a expansão dos valores com base nos dados de despesa dos entes da Federação constantes do Siops.
3. Expansão dos valores:
 - utilização de informações do Siops para incluir gastos adicionais não cobertos pelos valores referenciais dos procedimentos – como despesas com pessoal, manutenção etc.; e
 - identificação e separação das despesas por subfunção e fontes de recursos.
4. Cálculo do fator de expansão:
 - divisão da despesa com recursos próprios da subfunção pela soma do valor de produção dos procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde, sob a gestão de cada esfera de governo; e
 - aplicação do fator de expansão aos procedimentos correspondentes.
5. Redistribuição de despesas:
 - redistribuição de despesas de pessoal registradas na subfunção administração geral para as áreas finalísticas, usando-se dados do CNES.
6. Incorporação de despesas específicas:
 - inclusão de despesas sujeitas a tratamento específico (medicamentos, aplicação de vacinas, vigilância sanitária e epidemiológica, bem como gestão); e
 - tratamento das despesas com pessoal para alocá-las na função adequada de cuidado de saúde.

Elaboração das autoras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta nota técnica apresentou um panorama da metodologia do SHA e os aspectos gerais da produção das contas SHA brasileiras do setor público do período 2015-2019. Ainda se faz necessário oferecer o detalhamento das despesas realizadas pelo MEC com os hospitais universitários federais e as unidades de saúde do MD, assim como explicitar as opções metodológicas para distribuição do gasto por esfera de governo, a fim de possibilitar sua reprodução. A despeito dessas limitações, este documento contribui para maior compreensão sobre o processo de elaboração dessas contas, pois possibilita o aprimoramento dos métodos empregados até então.

A produção de estatísticas de gastos em saúde depende não apenas da existência de sistemas de informação que possibilitem acesso público aos dados, mas também da qualidade das informações, o que requer acessibilidade (grau de facilidade e rapidez na sua obtenção), clareza metodológica (grau de descrição dos dados sem ambiguidades e de fácil compreensão), cobertura (grau de registro dos eventos do universo de dados) e consistência – grau em que as variáveis relacionadas possuem valores consistentes e não contraditórios (Lima *et al.*, 2009).

Dessa forma, avanços substanciais na produção dessas estatísticas demandam dos gestores públicos compromisso com o aperfeiçoamento constante dos sistemas de informação existentes e com a criação de novos sistemas para o preenchimento de lacunas de informação, além de capacitação contínua dos seus usuários, tanto para a operacionalização desses sistemas, quanto para alertar sobre a importância dos dados para a produção de informações de qualidade, que são fundamentais para os processos que envolvem as políticas públicas. Além disso, é fundamental que a equipe técnica responsável pela produção das contas explicita as opções metodológicas adotadas para enfrentar os desafios das limitações das fontes de informação existentes, o que possibilita uma construção interinstitucional e de contínuo aperfeiçoamento da elaboração das estatísticas sobre o setor de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: PR, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico do sistema de informação hospitalar**. Brasília: MS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Operacional SIA/SUS: sistema de informações ambulatoriais**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1273242960988Manual_Operacional_SIA2010.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops**. Brasília: MS, 2013. v. 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014**. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contas_SUS_perspectiva_contabilidade_internacional_2010_2014.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALD CRUZ; IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019**. Brasília: Ipea, 2022. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11014/4/Contas_de_saude.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

COGSWELL, H. *et al.* **System of Health Accounts 2011: what is SHA 2011 and how are SHA 2011 data produced and used?** Washington: Usaid, 2013. Disponível em: <https://www.hfgproject.org/system-health-accounts-sha-2011-data-produced-used/>. Acesso em: 23 jul. 2024.

EC – EUROPEAN COMMISSION. **System of National Accounts 2008**. Nova York: EC, 2009. Disponível em: <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/sna2008.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

FAVERET, A. C. de S. C. (Org.). **Prontuários de bases de dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil**. Brasília: Ipea, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuarios_bases_dados.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

FUNCIA, F. R. *et al.* **Nova política de financiamento do SUS: texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES)**. Rio de Janeiro: UERJ, set. 2022. Disponível em: [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gesnota2022_ABRES%20\(2\).pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gesnota2022_ABRES%20(2).pdf). Acesso em: 23 jul. 2024.

HOLGUIN, T. **Contas de saúde no Brasil: análise crítica das metodologias utilizadas para mensurar o setor saúde**. 2011. 273 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.ie.ufrj.br/images/IE/PPGE/teses/2021/TESE_Tassia%20Holguin1.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

HOLGUIN, T. G.; HASENCLEVER, L.; DOS SANTOS, M. A. B. Contas de saúde no Brasil: trajetória histórica e avanços atuais. **Revista Espaço Público**, n. 8, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/politicaspUBLICAS/article/view/258974/44190>. Acesso em: 23 jul. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde**: Brasil 2010-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2024a. (Informativo Contas Nacionais, n. 97). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102075_informativo.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde**: Brasil 2010-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2024b. (Nota Técnica Contas Nacionais, n. 97). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102075_notas_tecnicas.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

LIMA, C. R. de A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6SzFwLD4z-gTcfDZYyqw5zj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Org.). **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Brasília: MS, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

NAKHIMOVSKY, S. *et al.* **System of health accounts (2011) and health satellite accounts (2005)**: application in low-and middle-income countries. Bethesda: HFG, 2014. Disponível em: <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2014/08/SHA-2011-and-Satellite-Accounts-FINAL.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; EU – EUROPEAN UNION; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A System of Health Accounts**: 2011 edition. Paris: OECD Publishing, 2011. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en. Acesso em: 23 jul. 2024.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT; EUROSTAT; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A System of Health Accounts 2011**: revised edition. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts-2011_9789264270985-en. Acesso em: 23 jul. 2024.

PIOLA, S. F. *et al.* **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ipea, fev. 2009. (Texto para Discussão, n. 1391). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1664/1/TD_1391.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

SANTOS, M. A. B. dos. *et al.* Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da conta de saúde de 2000 a 2007. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 2, p. 153-160, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n2/153-160/pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SANTOS, M. A. B. dos. *et al.* **A remuneração de internações e a Tabela de Procedimentos do SUS**: uma análise a partir do SIH e SIGTAP. Brasília: Ipea, set. 2023. (Texto para Discussão, n. 2925). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12094/7/TD_2925_Web.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

SERVO, L. M. S. *et al.* Financiamento do SUS e covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 114-129, dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SILVA, F. J. O. da. **Financiamento dos hospitais universitários federais pela União no Brasil (2018-2022)**. 2024. 65 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/56329>. Acesso em: 23 jul. 2024.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. e. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Brasília: Ipea, out. 2019. (Texto para Discussão, n. 2516). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9428/1/td_2516.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

VIEIRA, F. S. *et al.* Gasto total dos municípios em atenção primária à saúde no Brasil: um método para ajuste da despesa declarada de 2015 a 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MnRQRzcnqxJCdjTBmmLQHhD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Measuring primary health care expenditure under SHA 2011**. Genebra: WHO, dez. 2021. (Technical Note). Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-accounts/measuring-primary-health-care-expenditure-under-sha-2011.pdf?sfvrsn=7613b97e_3. Acesso em: 23 jul. 2024.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Understanding the global measure of primary health care expenditure: frequently asked questions**. Genebra: WHO, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366347/WHO-UHL-HGF-HEF-2023.1-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 jul. 2024.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação

Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação

Rafael Augusto Ferreira Cardoso

Samuel Elias de Souza

Supervisão

Ana Clara Escórcio Xavier

Everson da Silva Moura

Revisão

Alice Souza Lopes

Amanda Ramos Marques Honorio

Barbara de Castro

Cayo César Freire Feliciano

Cláudio Passos de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Nayane Santos Rodrigues

Olavo Mesquita de Carvalho

Reginaldo da Silva Domingos

Jennyfer Alves de Carvalho (estagiária)

Katarinne Fabrizzi Maciel do Couto (estagiária)

Editoração

Anderson Silva Reis

Augusto Lopes dos Santos Borges

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniel Alves Tavares

Danielle de Oliveira Ayres

Leonardo Hideki Higa

Capa

Leonardo Hideki Higa

Projeto Gráfico

Leonardo Hideki Higa

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

Ipea – Brasília

Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C

Centro Empresarial Brasília 50, Torre B

CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

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.