

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Economia
Programa de Pós-Graduação em Economia

Contas de Saúde no Brasil: análise crítica das metodologias utilizadas para mensurar o setor saúde na economia

Tassia Gazé Holguin

Rio de Janeiro

Março / 2021

Tassia Gazé Holguin

Contas de Saúde no Brasil: análise crítica das metodologias utilizadas para mensurar o setor saúde na economia

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Fábio Neves Perácio de Freitas
Coorientador (a): Profa. Dra. Lia Hasenclever

FICHA CATALOGRÁFICA

H731 Holguin, Tassia Gazé.

Contas de saúde no Brasil: análise crítica das metodologias utilizadas para mensurar o setor saúde na economia / Tassia Gazé Holguin. – 2021.

271 f.; 31 cm.

Orientador: Fábio Neves Perácio de Freitas.

Coorientadora: Lia Hasenclever.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Economia da Indústria e da Tecnologia, 2021.

Bibliografia: f. 191 - 200.

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária: Luiza Hiromi Arao CRB/7 – 6787

Biblioteca Eugênio Gudín/CCJE/UFRJ

Contas de Saúde no Brasil: análise crítica das metodologias utilizadas para mensurar o setor saúde na economia

Tassia Gazé Holguin

DRE: 117105090

Tese apresentada ao Corpo Docente do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Economia.

Aprovada em Rio de Janeiro, 04 de março de 2021

Banca Examinadora

Fabio Neves Perácio de Freitas (Orientador, UFRJ – PPGE)

Lia Hasenclever (Coorientadora, UFRJ – PPGE)

Maria Angélica Borges dos Santos (FIOCRUZ)

Andre Artur Pompeia Cavalcanti (IBGE)

Thiago de Holanda Lima Miguez (BNDES)

Esther Dweck - (IE/UFRJ)

DEDICATÓRIA

Dedico essa Tese, em primeiro lugar, ao meu pai que me orientou a estudar Economia. Dedico também à minha mãe que me ensinou a ter foco e disciplina nos estudos, ao meu tio Alexandre pelo apoio e a todos que defendem as universidades públicas no Brasil.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais Roberto e Ilmar que nunca mediram esforços para que eu tivesse oportunidade de estudar. Obrigada por me ensinarem desde cedo a importância do hábito da leitura e dos estudos.

Agradeço também a minha prima Rosangela Gaze que me apresentou o campo da Economia da Saúde. Sem o mestrado em Saúde Coletiva, dificilmente teria seguido essa trajetória. Obrigada aos meus tios Alexandre Gazé e Nilo Gazé que sempre me apoiaram.

Um agradecimento especial a minha amiga Thais de Oliveira Barbosa Mothe do IBGE que me incentivou a tentar a prova para o Doutorado.

Agradeço a todos os colegas, amigos e professores do Instituto de Economia que pude conhecer durante essa jornada, em especial aos meus orientadores Fábio Freitas e Lia Hasenclever e ao colega do programa de Doutorado em economia Thiago Miguez.

Agradeço aos membros da banca por terem aceitado nosso convite.

Muito obrigada ao meu antigo chefe Ricardo Montes de Moraes que sempre esteve disposto a esclarecer minhas dúvidas sobre o complexo tema das Contas Nacionais e mesmo licenciado, sempre esteve disposto a conversar comigo.

Meu agradecimento especial à pesquisadora Maria Angélica dos Santos que desde o início participa do projeto das Contas de Saúde no Brasil, estando sempre presente nas reuniões com os demais parceiros. Sua dedicação ao projeto contribui para manter a qualidade da publicação.

Muito obrigada aos demais membros do Grupo das Contas de Saúde: Luciana Servo, Fabiola Sulpino Vieira, Rodrigo Pucci de Sá e Benevides, Heitor Werneck, Maria Angélica dos Santos e Eridan Pimenta. As Contas de Saúde são o resultado da colaboração e empenho da equipe.

Obrigada a todas as pessoas que responderam meu questionário de pesquisa e aos especialistas no tema de Contas de Saúde que disponibilizaram parte do seu tempo para conversar comigo: Sérgio Piola, Andrea Bastos da Silva Guimarães, Ana Cecília Faveret, André Medici; Fabiola Sulpino Vieira, Luciana Mendes Servo, Maria Angélica dos Santos, Ricardo Montes de Moraes e Rebeca de La Rocque Palis.

Obrigada aos colegas do IBGE, Thiago Gonçalves Ferreira e Leonardo Athias, por suas sugestões durante a parte dos testes do questionário estruturado. Agradeço a minha amiga Luciana Alves por sua colaboração na formatação do Word.

Agradeço também aos meus colegas do IBGE: Rebeca de La Rocque Palis e Carlos Cesar Bittencourt Sobral por terem autorizado a minha licença parcial para o Doutorado. João

Hallak Neto que me ajudou na elaboração do projeto para a seleção de Doutorado. Filipe Keuper Rodrigues Pereira e Kátia Namir Macha Barros, conhecedores do tema de Formação Bruta de Capital Fixo e que sempre disponibilizaram seu tempo para conversar comigo quando precisei. Márcio Ferrari e Patrícia Schmitt Fontenelle, que me ajudaram a entender um pouco sobre as complicadas regras contábeis e sobre as fichas do imposto de renda. Muito obrigada ao André Artur Pompeia Cavalcanti e ao Victor Hugo Martins Bello Honaiser que tiveram muita paciência em relação às minhas infinitas dúvidas sobre Contabilidade Pública.

Obrigada ao Cristiano de Almeida Martins, meu atual chefe, que foi compreensível comigo durante essa jornada. Obrigada também aos colegas de gerência: Carmen Maria Gadea de Souza, Flávia Caheté Lopes Carvalho, Guilherme Haluska e Felipe Castor.

Por último, agradeço ao meu amigo Marcus José de Oliveira Castro que, mesmo longe do IBGE, sempre procurou saber como estava indo a minha pesquisa.

RESUMO

Vários países vêm adotando metodologias de organismos internacionais para gerar dados de financiamento sobre o setor saúde. Atualmente, as duas principais metodologias para Contas de Saúde são: o Sistema de Contas de Saúde (**System of Health Accounts - SHA**), desenvolvido pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Conta Satélite de Saúde (**Health Satellite Accounts - HSA**), baseada no manual do System of National Accounts-SNA. O Brasil segue essa última metodologia, mas há ainda alguns ajustes a serem feitos para melhorar a comparabilidade entre os países. O objetivo da Tese é propor melhorias na metodologia da Conta de Saúde brasileira, a partir das lacunas e deficiências identificadas por meio de pesquisa junto aos usuários e especialistas do tema sobre a evolução histórica da produção da Conta de Saúde brasileira e as suas limitações de comparabilidade internacional, precisão e qualidade das informações. Em primeiro lugar, foi empreendida uma revisão bibliográfica sobre as Contas de Saúde no mundo e no Brasil que permitiu identificar os principais aspectos do processo de evolução dessas contas ao longo do tempo. Em seguida, aplicou-se um questionário e foram realizadas entrevistas com o objetivo de compreender as demandas dos formuladores e executores de políticas de saúde e as lacunas nas informações geradas pela Conta Satélite de Saúde. Essa pesquisa de campo buscou mapear um conjunto de informações relevantes envolvendo usuários e especialistas das contas de saúde. Em relação às lacunas das Contas de Saúde no Brasil, os usuários mencionaram a ausência de informação sobre gastos tributários e isenções fiscais. Outro ponto levantado foi a carência de dados mais detalhados sobre os gastos com medicamentos e a necessidade de mostrar o financiamento do setor saúde de forma semelhante à da conta SHA. Chama atenção o fato de que nem todos os usuários conhecem a diferença entre as duas metodologias. A conta SHA permite uma análise mais profunda do sistema de financiamento da saúde com foco no consumo final de bens e serviços de saúde. Já a Conta Satélite de Saúde, com seus indicadores macroeconômicos, possibilita que os gestores e pesquisadores da área tenham uma boa visão da saúde como atividade econômica, analisando sua relação com os outros setores produtivos da economia. Por outro lado, para os especialistas as duas Contas de Saúde são importantes e devem continuar sendo publicadas, embora sigam metodologias um pouco distintas. Ainda que a metodologia do SCN não mensure os gastos com isenção, o montante que o governo deixa de arrecadar pode ser divulgado nas publicações seguintes como um quadro à parte do Sistema de Contas Nacionais. Outras limitações apontadas foram a agregação da atividade saúde privada, que inclui as despesas com planos de saúde, além da necessidade de aprimorar o índice de volume da saúde. Para isso, é preciso que as bases de dados disponíveis sejam aprimoradas. Um ponto de consenso entre usuários e especialistas foi a necessidade de mensuração dos gastos com FBCF da saúde no Brasil. Sendo assim, optou-se por propor uma metodologia de mensuração de Formação Bruta de Capital Fixo – FBCF do setor saúde. Foram analisadas as bases de dados disponíveis para verificar a viabilidade de se calcular investimento em saúde. A partir das limitações encontradas, foi sugerida uma metodologia alternativa para estimar a FBCF da saúde cujos primeiros resultados são apresentados na Tese.

Palavras-Chaves: Setor Saúde; Conta Satélite de Saúde; Sistema de Contas de Saúde; Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF)

ABSTRACT

Many countries are adopting methodologies from international organisms to measure health sector financing. Currently, the two main methodologies are: System of Health Accounts - SHA, developed by Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), and the Health Satellite Accounts - HSA, based on System of National Accounts (SNA). Brazil follows the latter methodology (HSA), but there are still some adjustments to be made to improve comparability among countries. This thesis aims to propose improvements in the methodology of the Brazilian Health Satellite Accounts. To achieve this goal, it was developed an investigation with specialists and users to identify the shortcomings and deficiencies of Brazilian Health Accounts. The research approaches the historical evolution of the production of the Brazilian Health Satellite Accounts and its limitations in international comparability, precision, and quality of information. Firstly, it was undertaken the bibliographic review on Health Accounts around the world and Brazil, highlighting the central landmarks of transformations and trends over the years. Subsequently, a questionnaire and interviews were applied to understand the demands of health policymakers and executors and the deficiencies in the information generated by the Health Satellite Account. Two research actors were selected: specialists and users. This research aimed at mapping a set of relevant information involving users and specialists of health accounts. Regarding the publication gaps, users mentioned the lack of information on tax exemptions. Besides, they mentioned the lack of more detailed data on spending medication and the importance to indicate health resources in a similar way to the SHA account. Not all users are familiar with the differences between the two methodologies. The SHA allows a complete analysis of the health financing system, emphasizing the final consumption of health goods and services. The Health Satellite Accounts (HSA), with its macroeconomic indicators, provides a comprehensive picture of the healthcare sector for the researchers and public managers. Also, it helps to analyze the relationship of the healthcare sector with the other productive sectors of the economy. Specialists believe that the two health accounts are relevant and should continue to be published, whilst they follow different methodologies. Although the SNA does not measure tax exemption, the amount that the government do not collect can be published in the following publications as a separate table from SNA. Other limitations mentioned were the aggregation of private healthcare activity, which includes health plan expenses, in addition to the need to improve the health volume index. In this regard, the available databases must be improved. Users and specialists agree on the importance of measuring health gross fixed capital formation in Brazil. Therefore, it was decided to propose a methodology for measuring Gross Fixed Capital Formation in the healthcare sector. The available databases were analyzed to verify the feasibility of calculating Healthcare Gross Fixed Capital Formation (HGFCF). After that, an alternative methodology to estimate HGFCF was suggested.

Key Words: Healthcare sector; System of Health Accounts; Health Satellite Accounts; Gross Fixed Capital Formation (GFCF)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha do tempo das Contas de Saúde	26
Figura 2: Estrutura do SHA	48
Figura 3: Estrutura das Tabelas de Recursos e Usos (TRU)	55
Figura 4: Contas Econômicas Integradas (CEI)	56
Figura 5: Escopo da Conta Satélite de Saúde	56
Figura 6: Relação entre a conta SHA e o SNA.....	61
Figura 7: Fases da despesa.....	147
Figura 8: Fluxograma de restos a pagar	148
Figura 9: Metodologia para mensurar os gastos públicos	152
Figura 10: Classificação da despesa orçamentária	153
Figura 11: Metodologia da FBCF da saúde pública.....	165

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: FBCF em saúde, valores correntes (R\$ Mil).....	173
Gráfico 2: Variação em volume da FBCF da saúde (%)	174
Gráfico 3: Crescimento acumulado da FBCF da saúde (%).....	177

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Diferença de classificação do SHA 1.0 e SHA 2011	39
Quadro 2: Síntese do estado da arte das Contas de Saúde no Mundo	41
Quadro 3: Principais dimensões da conta SHA	49
Quadro 4: Definições de despesa corrente e FBCF	50
Quadro 5: Tabelas da conta SHA 2011	52
Quadro 6: Escopo da conta SHA	53
Quadro 7: Comparação entre a HSA e a conta SHA	60
Quadro 8: Diferenças entre o SHA e a HSA	65
Quadro 9: Questões respondidas pelo SHA e pela HSA	66
Quadro 10: Atividades e Produtos de Saúde	73
Quadro 11: Fontes de Dados da Conta de Saúde no Brasil	77
Quadro 12: Classificações de regimes de financiamento da saúde	79
Quadro 13: Esferas de governo	80
Quadro 14: Quadro comparativo do SNA	127
Quadro 15: Fontes para a estimativa de FBCF por setor institucional.....	129
Quadro 16: Correspondência entre a classificação Contas Nacionais e as CNAES	132
Quadro 17: Estrutura das CNAES de saúde	140
Quadro 18: Ativos do balanço patrimonial	142
Quadro 19: Aplicações diretas: investimentos	156
Quadro 20: Atividades econômicas selecionadas dentro da PRODLIST 41.20.30.....	169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela de recursos e usos de aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico	133
Tabela 2: Valor das incorporações, obras e/ou serviços da construção das empresas de construção (R\$ Mil Reais).....	135
Tabela 3: Receita bruta das empresas de saúde (Em R\$ Bilhões).....	137
Tabela 4: Receita bruta das empresas de saúde (Em R\$ Bilhões).....	138
Tabela 5: Despesas com investimento da saúde privada, segundo dados do DIPJ (R\$ mil reais)	141
Tabela 6: Gastos com FBCF da união (aplicação direta), Brasil 2010-2018. R\$ Mil Reais..	159
Tabela 7: Gastos com FBCF da União (SIOPS)	160
Tabela 8: Gastos com FBCF dos Estados.....	162
Tabela 9: Gastos com FBCF dos Municípios.....	162
Tabela 10: Despesa com FBCF, segundo as três esferas de Governo.....	163
Tabela 11: Aparelhos e equipamentos da saúde pública em valores correntes	164
Tabela 12: Oferta de aparelhos e instrumentos médicos no brasil como bens de capital.....	166
Tabela 13: Valor das máquinas e equipamentos do setor saúde.....	167
Tabela 14: Valor das incorporações, obras e/ou serviços da construção do setor saúde (R\$ Mil Reais).....	170
Tabela 15: FBCF da saúde em valores correntes	171

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÔNIMOS

ABRES: Associação Brasileira de Economia da Saúde

AMRO: WHO Regional Office for the Americas

AMS: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

ASPS: Ações e Serviços Públicos de Saúde

AMA: Associação Médica Americana

BEA: Bureau of Economic Analysis

BID: Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BNDES: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CEI: Contas Econômicas Integradas

CEMPRE: Cadastro Central de Empresas

CMD: Cadastro Mínimo de Dados

CNAE: Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CCMC: Comitê sobre o Custos dos Cuidados Médicos

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONCLA: Comissão Nacional de Classificação

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DFID: Department for International Development

DIPJ: Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ECF: Escrituração Contábil Fiscal

EUROSTAT: European Statistical Office

FBCF: Formação Bruta de Capital Fixo

FINBRA: Finanças do Brasil

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAP: Fundação do Desenvolvimento Administrativo

GHSA: German Health Satellite Accounts

GND: Grupo de Natureza de Despesa

HCSA: Health Care Satellite Account

HSA: Health Satellite Accounts 4

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICHA – HC: Classification of Health Care Functions

ICHA – HF: Classification of Health Care Financing Schemes

ICHA: International Classification of Health Accounts

ICHA-FA: Classification of Financing Agents

ICHA-FP: Classification of Factors of Health Care Provision

ICHA-FS: Classification of Revenues of Health Care Financing Schemes

ICHA-HP: Classification of Health Care Providers

IPCA: Índice de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISCO 2008: International Standard Classification of Occupations 2008

ISFLSF: Instituições sem fins de lucro a serviço das famílias

MS: Ministério da Saúde

NHA: National Health Accounts

NHEA: National Health Expenditure Accounts

NHEX: National Health Expenditure Database

NIPA: National Income and Product Accounts

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PAIC: Pesquisa Anual da Indústria da Construção

PAS: Pesquisa Anual de Serviços

PIA: Pesquisa Industrial Anual

PIB: Produto Interno Bruto

PIM: Pesquisa Industrial Mensal

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

POF: Pesquisa de Orçamento Familiar

RAIS: Relação Anual de Informações Sociais

RPNP: Restos a pagar não processados

SCN: Sistema de Contas Nacionais

SECEX: Secretária de Comércio Exterior.

SHA: System of Health Accounts

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais

SIAFI: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal

SIDRA: Sistema IBGE de Recuperação Automática

SIH: Sistema de Informações Hospitalares

SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SNA: System of National Accounts

STN: Secretária do Tesouro Nacional

SUS: Sistema Único de Saúde

TISS: Troca de Informações na Saúde Suplementar

TRU: Tabelas de Recursos e Usos

UF: Unidade da Federação

USAID: United States Agency for International Development

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
Objetivos geral e específicos	17
Justificativa	17
ESTRUTURA DA TESE.....	18
CAPÍTULO 1: METODOLOGIA.....	19
CAPÍTULO 2: PANORAMA DAS CONTAS DE SAÚDE NO MUNDO: HISTÓRICO E TENDÊNCIAS	25
2.1. Contas de Saúde no mundo.....	27
2.2. Estado da arte das Contas de Saúde no século XXI.....	40
CAPÍTULO 3: METODOLOGIAS DAS PRINCIPAIS CONTAS DE SAÚDE.....	47
3.1. Estrutura do Sistema de Contas de Saúde (System of Health Accounts – SHA)	47
3.2. Estrutura da Conta Satélite de Saúde (Health Satellite Accounts – HSA)	54
3.3. Comparação entre as duas metodologias: vantagens e desvantagens.....	58
CAPÍTULO 4: PANORAMA DAS CONTAS DE SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÕES E TENDÊNCIAS	69
4.1. Evolução e tendências.....	69
4.2. Estado da Arte Atual.....	72
4.2.1. Conta Satélite de Saúde.....	72
4.2.2. Conta SHA	77
CAPÍTULO 5: CONTAS DE SAÚDE NO BRASIL: VISÃO DOS USUÁRIOS E ESPECIALISTAS	81
5.1. A Visão dos Usuários	81
5.2. A Visão dos Especialistas	89
5.3. Conclusão.....	118
CAPÍTULO 6: PRINCIPAIS LACUNAS E APRIMORAMENTOS.....	121
6.1. Desagregação dos dados da saúde privada	121
6.2. Aprimoramento do Índice de Volume	122
6.3. Formação Bruta de Capital Fixo – FBCF	125
6.3.1. Limitações das bases de dados para mensurar FBCF da saúde privada.....	130
6.3.2. Uso das fichas do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica – ECF.....	136
6.3.3. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES	144
CAPÍTULO 7: MENSURAÇÃO DO INVESTIMENTO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA	145

7.1. Mensuração do gasto público	146
7.1. 1. Conceitos	146
7.1.2. Análise crítica dos dados disponíveis.....	155
7.2. Proposta de estimativa para FBCF da saúde privada.....	165
7.3. Estimativa da Formação Bruta de Capital Fixo da saúde entre 2010 – 2018 no Brasil	170
7.4. Conclusão parcial.....	178
CONCLUSÃO.....	180
GLOSSÁRIO.....	185
REFERÊNCIAS	191
APÊNDICES	201
Apêndice 1: Formulário Google Form (Usuários).....	201
Apêndice 2: Guia de entrevista (Especialistas).....	204
Apêndice 3: Estatísticas descritivas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).....	207
Apêndice 4: Estrutura física do setor de saúde no brasil por esfera pública e privada	211
ANEXOS	223
Anexo 1: Lista dos respondentes ao formulário	223
Anexo 2: Lista de entrevistados	224
Anexo 3: Descrição das bases de dados.....	225
Anexo 4: Procedimentos segundo produção ambulatorial e hospitalar	230
Anexo 5: PIA EMPRESA POR CNAE (SAÚDE)	233
anexo 6: Classificação por natureza de despesa	235
Anexo 7: Modalidade de aplicação.....	248
Anexo 8: Despesas com saúde (SIOPS)	250
Anexo 9: Rateio do SIOPS: esferas estaduais e municipais	257
Anexo 10: Estimativa de FBCF a partir dos dados do DIPJ.....	258
Anexo 11: Tradutor PIA X Contas Nacionais X PRODLIST	260
Anexo 12: Tradutor PAIC X PRODLIST X Contas Nacionais.....	265
Anexo 13: Rateio PAIC: Atividades Contas Nacionais.....	266
Anexo 14: Componentes da FBCF	267
Anexo 15: Tabela de recursos e usos (nível 68)	269

INTRODUÇÃO

A produção contínua de dados econômicos sobre o setor saúde permite aos gestores e tomadores de decisão uma análise sobre o panorama do sistema de saúde ao longo do tempo, possibilitando alocar os recursos de forma mais eficiente, além de subsidiar o planejamento e o monitoramento e avaliação de políticas públicas. O uso das metodologias internacionais na elaboração das Contas de Saúde permite uma maior comparabilidade entre os países e uma padronização na mensuração dos dados de saúde (NAKHIMOVSKY et al, 2014).

Vários países vêm adotando metodologias de organismos internacionais para gerar dados econômicos sobre o setor saúde. Para isso, é importante que os gestores e demais partes interessadas entendam como as diferentes metodologias se ajustam às necessidades de políticas dos seus países e ao seu contexto.

Os gestores de políticas públicas precisam de informações atualizadas e confiáveis para formular políticas de saúde e monitorar sua implementação. Sabendo que o financiamento é um dos pilares do sistema de saúde, a qualidade dos dados sobre o financiamento deste setor é essencial. A melhoria da qualidade dos dados de financiamento envolve o uso de procedimentos e métodos padronizados (van MOSSEVELD et al, 2016). Além disso, a mensuração do sistema de saúde no âmbito da economia, mediante a elaboração de agregados macroeconômicos, permite compreender melhor o setor saúde como uma atividade econômica, geradora de emprego e renda, que tem impactos relevantes no desenvolvimento econômico de um país. As Contas de Saúde são uma ferramenta estratégica para monitorar e avaliar reformas para os sistemas de saúde e para subsidiar a gestão do seu financiamento. Além de fornecer informações essenciais para a análise e desempenho do sistema de saúde (RATHE et al, 2018).

Atualmente, as duas principais metodologias para Contas de Saúde são: o Sistema de Contas de Saúde (*System of Health Accounts - SHA*), desenvolvido pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), European Statistical Office (EUROSTAT) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Conta Satélite de Saúde (*Health Satellite Accounts - HSA*), baseada no manual do *System of National Accounts-SNA*¹.

O Brasil segue a metodologia da Conta Satélite de Saúde, ou seja, acompanha a estrutura de dados das Contas Nacionais que segue o manual do SNA. A Conta Satélite de Saúde (HSA em inglês) é relativamente recente no Brasil. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

¹ O SNA 2008 é a versão mais recente do manual internacional de estatísticas para as contas nacionais, sendo a Comissão de Estatística das Nações Unidas (UNSD) uma das coautoras. É mantido pelas Nações Unidas, pelo Fundo Monetário Internacional, pelo Banco Mundial, pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico e pelo Escritório de Estatística das Comunidades Europeias.

(IBGE) iniciou a série, em 2008, ao divulgar a publicação “Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005”, que traz dados sobre a participação da saúde no valor adicionado da economia. O estudo não pode ser considerado uma Conta Satélite de Saúde, já que não havia dados sobre a produção de serviços de saúde em hospitais ligados aos Ministérios da Defesa e da Educação, por exemplo. Contudo, pode-se considerá-lo como uma primeira compilação de dados sobre a economia da saúde no Brasil.

Desde então, cinco edições da Conta Satélite de Saúde cobriram o período de 2005 a 2017². No entanto, com a mudança do ano de referência em 2010, não é possível comparar as publicações referentes ao período de 2005 – 2009 com o período de 2010 – 2017. Porém, junto com a última publicação realizada em 2019, o IBGE disponibilizou uma série retropolada com os dados sobre consumo final de saúde, sendo possível comparar todo o período da série.

A publicação, elaborada e divulgada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde (MS), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), reúne informações sobre consumo final e comércio exterior de bens e serviços relacionados à saúde, bem como sobre trabalho e renda nas atividades que geram esses produtos. As informações da atual Conta Satélite de Saúde brasileira permitem que os gestores e pesquisadores da área tenham uma boa visão da saúde como atividade econômica, analisando sua relação com os outros setores produtivos da economia.

Segundo Vieira e Piola (2016), o objetivo da Conta Satélite é dar informações para apoiar políticas públicas e a tomada de decisão em programas e projetos relacionados com o setor saúde, vinculando-o ao crescimento e desenvolvimento da economia. Trata-se de uma análise macroeconômica, com um escopo mais amplo, que permite compreender a interação entre o setor saúde e o resto da economia no país durante um determinado período. Apresenta informações sobre a geração, a distribuição e o uso da renda no País, além de dados sobre ativos não financeiros e patrimônio financeiro (IBGE, 2018).

No entanto, a Conta Satélite de Saúde brasileira apresenta algumas limitações. Por exemplo, ela não é capaz de fornecer informações suficientes para a análise dos fluxos de financiamento à saúde, prejudicando a comparabilidade dos gastos públicos em saúde do Brasil com os dos países da OCDE. No caso do Brasil, o sistema de saúde distingue-se por ser um sistema segmentado, composto por três subsistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito

² Conta-satélite de saúde: Brasil: 2005-2007; Conta-satélite de saúde: Brasil: 2007-2009; Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2013; Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015; Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2017

e universal, o Sistema de Saúde Suplementar (SSS), que compreende os planos e seguros de saúde e o Sistema de Desembolso Direto (SDD), que se caracteriza pelos bens e serviços de saúde privados adquiridos através dos gastos diretos das famílias. Portanto, o sistema de financiamento do setor saúde é complexo, envolvendo regimes de financiamento público e privado e de copagamento (LUIZA et al, 2018).

As despesas com planos de saúde estão agregadas na atividade Saúde Privada, prejudicando a análise do setor de saúde suplementar. Outra lacuna é ausência de informações sobre os gastos com investimento em saúde no Brasil.

OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo da Tese é propor melhorias na metodologia da Conta de Saúde brasileira, a partir das lacunas e deficiências identificadas por meio de pesquisa junto aos usuários e especialistas do tema sobre a evolução histórica da produção da Conta de Saúde brasileira e as suas limitações de comparabilidade internacional, precisão e qualidade das informações.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

1. Apresentar a evolução histórica das Contas de Saúde no mundo e no Brasil, enfatizando os seus principais marcos ao longo do tempo;
2. Discutir, a partir da literatura, as vantagens e desvantagens de cada metodologia de mensuração do setor saúde para acompanhamento das políticas públicas de saúde;
3. Identificar as lacunas e limitações da Conta Satélite de Saúde, a partir das entrevistas com especialistas e usuários das Contas de Saúde no Brasil.
4. Através de um mapeamento das bases de dados disponíveis, elaborar uma sugestão de metodologia para a mensuração da Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF) em saúde.

JUSTIFICATIVA

Aprimorar a mensuração dos gastos em saúde, além de enriquecer os resultados coletivos do país, permite uma comparabilidade internacional de modo a compreender melhor os fluxos de financiamento e a dinâmica dos gastos com saúde no Brasil e no mundo. Esses resultados são fundamentais para monitorar o progresso em direção a iniciativas globais como, por exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS³ e a cobertura universal do

³ A agenda ODS foi proposta pela Organização das Nações Unidas – ONU, em 2015, com o objetivo de reduzir a desigualdade social, alcançar a universalidade do ponto de vista social, econômico e ambiental e erradicar a pobreza³. A proposta inclui 17 objetivos e 169 metas, envolvendo temas como a “segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, água e saneamento, padrões

Sistema de Saúde de um país. Para isso, é fundamental aperfeiçoar as fontes de dados e expandir a geração e a utilização das Contas de Saúde no mundo. Portanto, o tema da tese, além de relevante, é justificável, podendo contribuir para o aperfeiçoamento da mensuração das despesas com saúde.

ESTRUTURA DA TESE

O trabalho está estruturado em 7 capítulos, além da introdução e da conclusão. O primeiro capítulo explica a metodologia utilizada na Tese. O capítulo 2 traça um panorama histórico da evolução das Contas de Saúde no mundo. O terceiro capítulo faz uma análise detalhada das duas principais metodologias de Contas de Saúde identificadas, fazendo uma comparação entre elas, destacando as suas vantagens e desvantagens. O capítulo 4 discute a evolução e as tendências da Conta de Saúde brasileira, além de mostrar as bases de dados atualmente utilizadas para sua elaboração. O quinto capítulo é o resultado da consulta aos usuários, realizada por formulário em meio eletrônico, e das entrevistas com os especialistas em Contas de Saúde, realizadas por meio de um guia de entrevistas. O uso desses instrumentos teve como finalidade identificar as limitações da Conta Satélite brasileira, além de compreender melhor a evolução dos debates realizados no Brasil para implementar uma metodologia de Conta de Saúde. As lacunas detectadas na Conta de Saúde brasileira, a partir das consultas e das entrevistas, são discutidas e aprofundadas no capítulo 6 a partir do entendimento das fontes de informações. Por fim, o sétimo capítulo faz uma proposta de estimativa de Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF)⁴ do setor saúde no Brasil.

sustentáveis de produção e de consumo, mudança do clima, cidades sustentáveis, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo, infraestrutura e industrialização, governança, e meios de implementação” (Itamaraty, 2019). O terceiro objetivo é saúde e bem-estar e muitas das metas estão relacionadas ao tema da Saúde.

⁴ No capítulo 6, a definição de FBCF será mais aprofundada. No entanto, é importante frisar que não inclui ativos financeiros. Segundo a metodologia das Contas Nacionais, FBC (investimento) não inclui ativos financeiros porque esses não aumentam a capacidade de produção. O ativo financeiro é uma forma de um setor institucional financiar outro setor.

CAPÍTULO 1: METODOLOGIA

A abordagem proposta é tanto histórica quanto empírica. A abordagem histórica utiliza o método de revisão bibliográfica sobre as Contas de Saúde no mundo e no Brasil trazendo os seus principais marcos de transformações e tendências observadas quanto a comparabilidade internacional, precisão e qualidade das informações. A pesquisa bibliográfica foi realizada de forma não sistemática a partir inicialmente das metodologias existentes nos organismos estatísticos internacionais e de periódicos sobre o tema. Foram também consultados por e-mail alguns especialistas nacionais e internacionais sobre o tema para obtenção de bibliografias relevantes.

A abordagem empírica utiliza o método de estudo de caso sobre o estágio atual da metodologia da Conta de Saúde brasileira à luz das principais tendências internacionais no padrão de contas de saúde. O estudo de caso foi realizado com o objetivo de compreender as demandas dos formuladores e executores de políticas de saúde e as lacunas nas informações geradas pela Conta Satélite de Saúde. Foram selecionados dois sujeitos de pesquisa: os usuários e os especialistas.

O critério de seleção dos usuários foi incluir quem utiliza a Conta Satélite de Saúde em suas pesquisas e atuações profissionais: professores e pesquisadores nas Universidades, Fundações e Institutos que utilizam as Contas de Saúde brasileira, gestores de políticas públicas, técnicos pesquisadores de órgãos públicos como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS), participantes da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES). O formulário foi elaborado no *Google Docs*⁵ e enviado por e-mail. Para facilitar as respostas e a tabulação dos resultados, as perguntas eram semiabertas (questões abertas e fechadas). O questionário foi enviado para 50 pessoas, no entanto, apenas 27 pessoas responderam. A maior parte dos usuários que respondeu o questionário faz parte de órgãos e instituições do setor público. A lista dos respondentes encontra-se no Anexo 1.

⁵<https://docs.google.com/forms/d/1R7iiR4HI0Rducx0gKO8eO08OVUHsA4aiaGk7G51WYAU/edit?vc=0&c=0&w=1>

Com relação aos especialistas, o critério de seleção foi incluir o conjunto de técnicos participantes do projeto das Contas de Saúde no Brasil desde a sua implementação até recentemente: IBGE, IPEA, FIOCRUZ e ANS. Os participantes do projeto fazem parte de um Grupo Executivo criado em 2006 pela Portaria Interministerial nº 437 de 01/03/2006 / MPOG - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (D.O.U. 02/03/2006) cujo objetivo é elaborar e desenvolver atividades para implementação e manutenção das Contas de Saúde no Brasil. A lista dos nove entrevistados encontra-se no Anexo 2.

Utilizou-se dois instrumentos de pesquisa para as entrevistas. Um formulário para os usuários aplicado por meio do *Google Forms* e um guia de entrevistas para os especialistas aplicado de forma virtual ou presencial (antes da Pandemia). O formulário e o guia de entrevistas estão disponíveis nos Apêndices 1 e 2. O formulário para os usuários foi respondido em dezembro de 2019 e janeiro de 2020. As entrevistas foram realizadas a partir de dezembro de 2019 até abril de 2020.

As respostas do *Google Forms* foram tabuladas e analisadas por meio de estatísticas descritivas, sem identificação dos respondentes. As entrevistas foram gravadas e transcritas, totalizando um total de 4 horas e 55 minutos de transcrição. O material transcrito foi enviado e revisado pelos respectivos entrevistados. Posteriormente, as respostas transcritas foram sistematizadas por assuntos abordados, contrapondo as várias opiniões dos entrevistados sobre os mesmos assuntos. A lista dos assuntos abordados foi:

- Histórico da contribuição e participação dos entrevistados na elaboração do projeto da Conta de Saúde Brasileira
- Mensuração dos gastos com saúde no Brasil antes da década de 2000
- Início dos debates sobre Conta Satélite no Brasil
- Justificativa para ser Conta Satélite e o papel do IBGE no projeto.
- Institucionalização da Conta de Saúde no Brasil
- Importância do Ministério da Saúde
- Papel do SIOPS
- Primeira Publicação “Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005”
- Mudanças na Conta Satélite ao longo do tempo
- Outras metodologias das Contas de Saúde
- Metodologia da Escola de Saúde Pública de Harvard

- Conta SHA (OCDE)
- Limitações da Conta Satélite / ou vantagens em relação ao SHA
- Gastos públicos e privados de saúde
- Como a Conta de Satélite de Saúde é útil no trabalho do especialista
- Disponibilidade de base de dados para a Conta Satélite de Saúde
- Índice de Volume
- Investimento⁶
- Base de Dados
- Conta SHA no Brasil

A metodologia está dividida em cinco etapas. Na primeira etapa, foi realizada uma revisão bibliográfica das distintas metodologias adotadas para mensuração do setor saúde, desde os anos 1930, nos institutos de estatísticas dos países, nos sites dos organismos internacionais e na literatura acadêmica. Criou-se uma periodização da evolução das Contas de Saúde no mundo, mostrando os principais marcos, ao longo do tempo, referentes ao estabelecimento de um conjunto de padrões contábeis para os sistemas de saúde através dos manuais de contabilidade do setor saúde e os artigos que os comentam.

Na segunda etapa, foram discutidas as duas principais metodologias das Contas de Saúde. Os organismos internacionais (OMS, OCDE, Eurostat e outros) vêm elaborando e aprimorando as metodologias de mensuração dos gastos com saúde de acordo com as especificidades do sistema de saúde do país e considerando as demandas dos gestores de políticas públicas. O objetivo desta etapa foi mostrar a evolução das tendências acerca dos objetivos, conteúdo, padronização e escopo das Contas de Saúde, além de fazer uma comparação entre as duas principais metodologias atuais.

A terceira etapa, derivada da segunda, teve como objetivo analisar criticamente o estado da arte das Contas de Saúde no Brasil e, ao mesmo tempo, ressaltar suas especificidades nos contextos em que essas metodologias foram propostas.

Na quarta etapa, foram criados o formulário e o guia de entrevistas baseados nos pontos críticos elaborados na etapa anterior. A seguir foram realizadas as consultas e sua tabulação; as entrevistas e sua transcrição e sua organização por temas. Análise desse material sistematizado

⁶ No presente trabalho, investimento é igual à FBC que inclui FBCF e variação de estoques. O conceito não inclui ativos financeiros. A discussão será aprofundada no Capítulo 6.

permitiu a construção de uma visão crítica das Contas de Saúde no Brasil⁷ e pontos a serem melhorados com a inclusão da visão dos usuários e dos especialistas.

A quinta e última etapa consistiu em aprofundar o estudo das limitações identificadas na etapa anterior e escolher uma das limitações para propor uma metodologia alternativa de mensuração dos dados. O aprofundamento foi realizado identificando-se bases de dados disponíveis capazes de melhorar as informações disponibilizadas pela Conta de Saúde brasileira. Ao se analisar essas possibilidades, a escolha recaiu sobre o aprofundamento das informações sobre investimento em saúde (esfera pública⁸ e privada), tanto por ser um aspecto relevante para gestores públicos e privados realizarem seus planejamentos, quanto por ser um dos itens mais explicitados na consulta e nas entrevistas. As fontes utilizadas para esse propósito foram: para a parte de Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF) da saúde pública, foram extraídas informações das bases de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Siga Brasil⁹. As informações utilizadas foram as despesas de capital segundo as fases de despesa (empenhada, liquidada e paga) e modalidade de aplicação direta¹⁰.

Para a parte de FBCF da saúde privada, as pesquisas do IBGE analisadas foram: Pesquisa Industrial Anual (PIA), Pesquisa Anual da Indústria da Construção (PAIC), Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e Pesquisa Anual de Serviços (PAS), que não abrange a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE)¹¹ de saúde, e os dados de importação e exportação de aparelhos e instrumentos médicos disponibilizados pela Secretária de Comércio Exterior (SECEX). A descrição das pesquisas está no Anexo 3.

Foram analisadas também as fichas da Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ) e da Escrituração Contábil Fiscal (ECF)¹² que estão disponíveis no

⁷ Alguns usuários desconhecem a diferença entre Conta Satélite e Conta SHA. Para facilitar a compreensão, utilizamos o termo Contas de Saúde no Brasil.

⁸ No decorrer do trabalho, o termo setor público refere-se aos gastos do governo com saúde.

⁹ É um sistema de informações sobre orçamento público federal, que permite acesso aos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos.

¹⁰ Essa discussão será exposta no capítulo sobre investimento.

¹¹ A Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) é um código de até 7 dígitos utilizado para identificar as atividades econômicas por empresa (pública ou privada). É de responsabilidade do IBGE, a partir das deliberações da Comissão Nacional de Classificação (CONCLA).

¹² <http://sped.rfb.gov.br/arquivo/show/2123>

site da Receita Federal assim como os valores da receita bruta das empresas segundo a CNAE. As fichas estão classificadas de acordo com o tipo de tributação: pessoas jurídicas tributadas com base no lucro real, no lucro presumido, no lucro arbitrado e as pessoas jurídicas imunes e isentas. No caso do setor saúde, muitos hospitais filantrópicos por exemplo se encaixam na classificação de imunes e isentas.

Para propor um algoritmo da saúde com base nessas fichas é importante coletar as informações do balanço patrimonial das empresas de lucro real, lucro presumido e imunes e isentas. O objetivo foi estudar a estrutura da informação disponível no imposto de renda e propor um algoritmo para obter dados para investimento privado em saúde. A Receita Federal disponibilizou as principais fichas do DIPJ com os balanços patrimoniais, receitas, custos e lucros por CNAE¹³. As informações das fichas da ECF ainda não estão disponíveis no site. Somente os dados referentes à receita bruta das empresas, massa salarial, e número de empregados. No caso da DIPJ, foram estudadas as fichas 6 (demonstração de resultado) e 36 (balanço patrimonial) das empresas de lucro real e imunes e isentas.¹⁴

Embora os balanços patrimoniais das fichas da ECF não estejam disponibilizados no site da Receita Federal, o manual com o modelo das fichas está disponível para download¹⁵. As fichas analisadas foram os balanços patrimoniais e as contas de resultado (receitas e despesas de uma empresa durante um período):

- L100A - Plano de Contas Referencial - Contas Patrimoniais – Pessoa Jurídica (PJ) do Lucro Real - PJ em Geral
- P100A - Plano de Contas Referencial - Contas Patrimoniais - PJ do Lucro Presumido - PJ em Geral
- L210 - Informativo de Composição de Custos
- U100A - Plano de Contas Referencial - Contas Patrimoniais - Imunes e Isentas - PJ em Geral
- L300A - Plano de Contas Referencial - Contas de Resultado - PJ do Lucro Real - PJ em Geral

¹³ <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/principais-fichas-dipj>

¹⁴ As imunes e isentas não eram obrigadas a declarar para a Receita. Essa regra foi alterada em 2016.

¹⁵ <http://sped.rfb.gov.br/pasta/show/1644>

- P150A - Plano de Contas Referencial - Contas de Resultado - PJ do Lucro Presumido - PJ em Geral
- U150A - Plano de Contas Referencial - Contas de Resultado - Imunes e Isentas - PJ em Geral

Foram examinadas também as informações sobre os estabelecimentos de saúde (consultórios, hospitais, pronto-socorro, posto de saúde etc.) e recursos físicos¹⁶ (no caso os equipamentos) e leitos complementares (UTI e unidade intermediária) disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As informações detalhadas da base de dados do CNES estão no Apêndice 3. Embora não exista informação sobre valores no CNES, os dados sobre quantidade permitem acompanhar a capacidade física instalada dos hospitais, laboratórios e clínicas, por exemplo.

Segundo informações do site¹⁷, até outubro de 2012, as informações referentes ao número de leitos complementares (UTI e Unidade Intermediária), entre agosto/2005 a junho/2007, estavam publicadas de forma equivocada, contabilizando duas vezes os tipos de leitos, além de incluir os leitos desativados. As bases de dados a partir de julho de 2007 foram geradas novamente de modo a corrigir a inconsistência.

Foram analisados os dados referentes aos estabelecimentos de saúde por esfera pública e privada. Até outubro de 2015, as informações eram separadas por esfera administrativa: federal, estadual, municipal e privada. Devido a uma quebra da série do DATASUS, as informações passaram a ser mensuradas através da esfera jurídica: administração pública federal, estadual, municipal e outros; empresa pública ou sociedade de economia mista, demais entidades empresariais, entidades sem fins lucrativos, pessoas físicas e instituições extraterritoriais.

Os estabelecimentos de saúde abrangem os postos de saúde, unidade básica de saúde, policlínica, hospitais, pronto-socorro, consultórios, clínicas, unidade móvel, unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia, laboratórios e outros. Durante a análise, os estabelecimentos do CNES foram separados por esfera jurídica (pública e privada) e desagregados para analisar as variações na quantidade de consultórios, hospitais e ambulatórios de uma forma mais minuciosa.

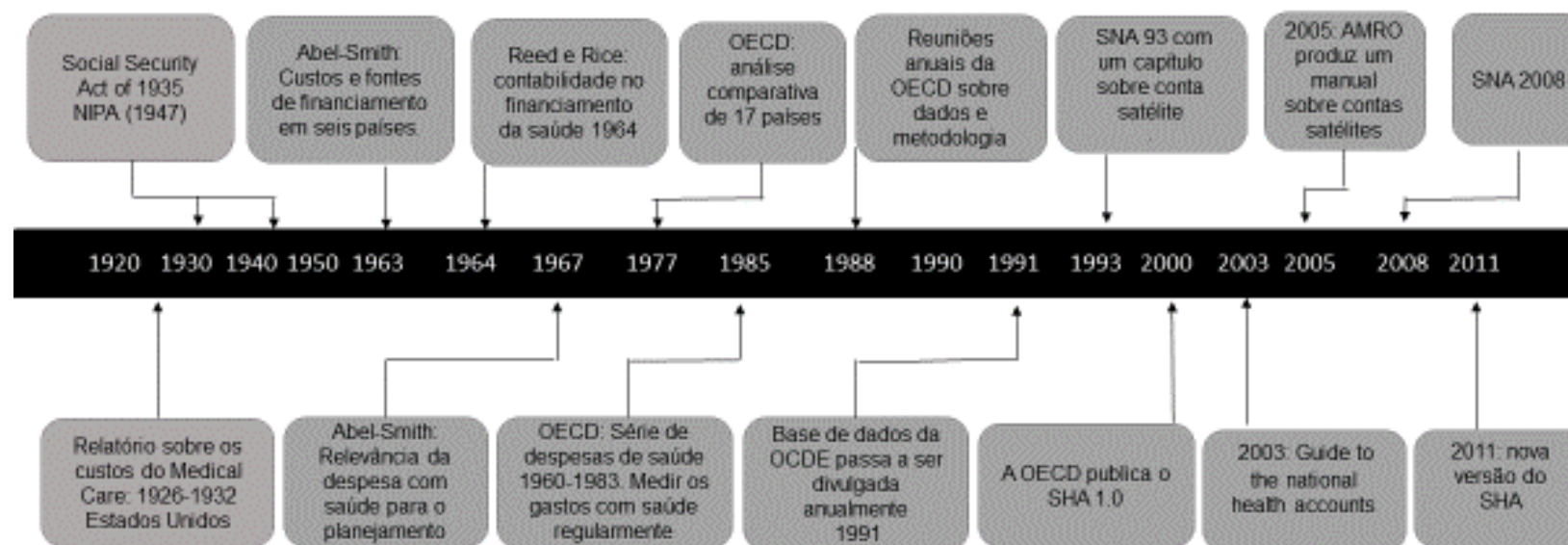
¹⁶ Classifica-se como recursos físicos as instalações para atendimento (salas, consultórios, leitos e equipamentos).

¹⁷ <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02L29590>

CAPÍTULO 2: PANORAMA DAS CONTAS DE SAÚDE NO MUNDO: HISTÓRICO E TENDÊNCIAS

O capítulo 2 foi organizado com base na linha do tempo da história das Contas de Saúde construída a partir dos principais marcos identificados na revisão bibliográfica. A leitura do material bibliográfico pesquisado permitiu a construção da Figura 1. Ela mostra uma linha do tempo da evolução histórica das Contas de Saúde no mundo, enfatizando os seus principais marcos ao longo dessa evolução.

Figura 1: Linha do tempo das Contas de Saúde



Fonte: Elaboração Propria

O primeiro marco surgiu, em 1932, quando a Associação Médica Americana divulgou um relatório de gastos com saúde nos Estados Unidos referentes ao ano de 1929. Na década de 1960, a OMS junto com o economista Abel-Smith publicou um estudo com seis países sobre o financiamento do setor saúde, classificando os custos de saúde e relacionando com a teoria das Contas Nacionais. Nos anos 1970 e 1980, a OCDE publicou as primeiras comparações internacionais dos gastos com saúde além de fazer reuniões periódicas para discutir metodologia e mensuração dos gastos com saúde. Alguns relatórios passaram a ser publicados na década de 1990. Junto a isso, uma metodologia desenvolvida pela Escola de Saúde Pública de Harvard procurava mensurar os gastos com saúde nos países em desenvolvimento. Essas discussões culminaram na publicação do manual chamado SHA 1.0 (*System of Health Accounts*), em 2000, pela OCDE, com o objetivo de fornecer aos países uma abordagem padronizada e classificações detalhadas para a descrição do sistema de saúde. Em 1993, o manual do SNA 93 (*System of National Accounts*) propôs uma Conta Satélite baseada na estrutura das Contas Nacionais¹⁸. Em 2003, a OMS, o Banco Mundial e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) publicaram um guia para a produção de Contas Nacionais de saúde com foco nas especificidades dos países em desenvolvimento¹⁹. As discussões sobre Contas de Saúde avançaram também nos países da América Latina. Nos últimos anos, a OCDE e o grupo de trabalho das Contas Nacionais atualizaram os manuais de contabilidade da saúde, lançando o SHA 2011 e o SNA 2008.

O capítulo está dividido em duas seções: a primeira seção aponta algumas tendências da evolução das Contas de Saúde no mundo. A segunda seção, à título de conclusão parcial, apresenta um resumo do estado da arte atual das Contas de Saúde no mundo.

2.1. CONTAS DE SAÚDE NO MUNDO

Segundo Rathe et al (2018), a origem das Contas Nacionais pode estar ligada à filosofia aristotélica²⁰, que identificou o valor como unidade básica de troca e a relação entre preço e quantidade para medi-lo. Em 1664, William Petty redescobriu a ideia, dando início à história

¹⁸ O sistema de contas nacionais mostra a relação entre a economia de um país e o resto do mundo durante um determinado período. Apresenta informações sobre a geração, a distribuição e o uso da renda no País, além de dados sobre ativos não financeiros, patrimônio financeiro (IBGE, 2018).

¹⁹ *Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle-income countries*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42711>

²⁰ ARISTÓTELES. 1985. *Ética a Nicômacos*. Tradução de Mário Gama Kury. Brasília, Ed. UnB.

da contabilidade nacional a partir do ensaio “*Political Arithmetical*”, em 1690, no qual procurou medir as primeiras estimações da riqueza nacional na Inglaterra. Segundo Hallak Neto e Forte (2016), “Petty pode ser considerado o primeiro a sugerir a estimacão da renda nacional a partir do confronto entre renda e despesa” (p.4).

Os estudos de autores como François Quesnay, Karl Marx, Simon Kuznets, John Maynard Keynes, Colin Clark e Richard Stone contribuíram para o que hoje é conhecido como Sistema de Contas Nacionais (SCN). Keynes é visto como o criador da moderna contabilidade nacional “ao elaborar, em 1939, um quadro contábil com a representação da interdependência dos resultados econômicos²¹” (HALLAK NETO e FORTE, 2016, p.3).

“...cabe destacar as contribuições de dois economistas seguidores do pensamento keynesiano, James Meade (1907-1995) e Richard Stone (1913-1991), com a elaboração conjunta do trabalho “An analysis of the sources of war finance and estimate of the national income and expenditure in 1938 and 1940”, publicado em 1941. Sob a coordenação de Keynes, estes autores adotaram o método de partidas dobradas nas estimativas de contas nacionais e de finanças públicas para a proposta do orçamento inglês de 1941. Este estudo apresentou as primeiras tabelas integradas de contas nacionais” (HALLAK NETO, 2013, p.25).

Se por um lado, a base teórica das Contas Nacionais tem como alicerce a teoria keynesiana, o arcabouço conceitual e metodológico tem como pilares o trabalho desenvolvido pelo economista Richard Stone (ZAEYEN et al, 1995).

Outro acontecimento relevante nessa época foi a publicação do relatório Beveridge²² (1942) no Reino Unido, cujos debates contaram com a participação de John Maynard Keynes. O relatório inovou ao apresentar um plano com o objetivo de reformar o sistema de seguridade social, estendendo a proteção social para todos os cidadãos. Além disso, enfatizava a necessidade de reformar o sistema de saúde na época, com base no princípio da universalidade e no financiamento através dos impostos. Essas discussões deram origem ao National Health Service (NHS), em 1948.

Institucionalmente, o esforço de criação de um sistema contábil foi vinculado à Liga das Nações, que mais tarde se transformou na Organização das Nações Unidas, e à antiga Organização para a Cooperação Econômica Europeia, que posteriormente se tornou a OCDE.

²¹ Segundo Hallack Neto (2013), a metodologia para estudar a economia sofre uma profunda transformação nas décadas de 1930 e 1940 (eventos como a grande depressão e segunda guerra mundial tornaram as técnicas da época obsoletas) em parte pela contribuição dos estudos de John Maynard Keynes.

²² John Maynard Keynes e William Beveridge (economista responsável pela elaboração do relatório publicado pelo governo britânico) dialogaram nessa época acerca das políticas econômicas e sociais a serem adotadas após a Segunda Guerra.

A primeira versão do manual de Contas Nacionais foi publicada em 1953 pelas Nações Unidas²³.

Rathe et al (2018) resumem brevemente o início da contabilidade de saúde em países como França, Holanda, Estados Unidos e Alemanha. Durante as décadas de 1960 e 1970, os organismos internacionais como a OMS e a OCDE começaram a publicar estudos para avaliar o financiamento do setor saúde e compreender a natureza dos provedores de serviços de saúde. Ainda segundo os autores, os Estados Unidos e outros países da União Europeia foram os pioneiros no desenvolvimento e uso da contabilidade da saúde para a tomada de decisões políticas.

A primeira tentativa de mensurar os gastos com saúde nos Estados Unidos veio do setor privado. Em 1926, 15 delegados (médicos, agências governamentais de saúde pública e o centro acadêmico) foram a uma convenção nacional da Associação Médica Americana (AMA) para discutir maneiras de melhorar o acesso dos americanos aos cuidados médicos, ampliando a oferta de serviços de saúde e reduzindo os custos. Um ano depois, um grupo mais abrangente estabeleceu o Comitê sobre o Custos dos Cuidados Médicos (CCMC), que conduziu uma série de estudos sobre a natureza da medicina dos Estados Unidos. Em 1932, a Associação Médica Americana publicou um relatório de gastos com saúde referentes ao ano de 1929 (FETTER, 2006).

Em 1947, o *Department of Commerce's Office of Business Economics' National Income Division* publicou, pela primeira vez, as Contas Nacionais de Renda e Produtos (NIPA, em inglês)²⁴ com o intuito de obter uma imagem ainda mais ampla da economia. As estatísticas contidas no NIPA permitiram ampliar a análise das despesas com saúde. Essas estatísticas foram classificadas em três tabelas: gastos de consumo pessoal, investimento interno privado bruto e despesas do governo com bens e serviços. No entanto, os gastos com saúde estavam misturados a outras despesas (gasto funeral e outras despesas sociais) além de não separar as fontes de consumo (seguro ou desembolso direto das famílias). A primeira estimativa do gasto

²³ Ver <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/hsna.asp>. As origens do SNA remontam ao Relatório de 1947 do Subcomitê de Estatísticas da Rena Nacional do Comitê de Peritos Estatísticos da Liga das Nações, sob a liderança de Richard Stone. A primeira versão foi publicada em 1953, com duas revisões em 1960 e 1964. A segunda versão saiu em 1968. As duas últimas saíram em 1993 e 2008, já incluindo um capítulo sobre Conta Satélite.

²⁴ O *National Income and Product Accounts* (NIPA) acrescentou tabelas que expandiram a capacidade de rastrear o uso de recursos produtivos e mostrar a disposição desses bens e serviços para consumidores, governo, empresas, investimentos e o resto do mundo (transações internacionais) (Perlman, 1987).

em assistência social (que incluía despesa com saúde) como proporção total do PIB foi produzida em 1953.

Os programas federais de saúde dos Estados Unidos e a administração da Previdência Social começaram a aplicar a teoria da contabilidade nacional no financiamento da saúde por volta da década de 1960. Desde então o *Health Care Financing Administration* (atual *Center for Medicare and Medicaid*) publicou estimativas de fluxos de financiamento de saúde pública e privada que incluem o percentual das verbas alocado para a saúde, quem financia e quais serviços são financiados (*National Health Expenditure Accounts*²⁵). As estimativas também abrangem os gastos diretos das famílias, a receita hospitalar e os beneficiários. Os relatórios contribuem para analisar os principais problemas como o crescimento dos gastos com a saúde, as importações e exportações de serviços e medicamentos, os gastos com recursos humanos e o financiamento do sistema de saúde americano.

Atualmente, os Estados Unidos possuem seus métodos específicos para mensurar as despesas com saúde. Em 2015, divulgaram uma Conta de Saúde experimental chamada *Health Care Satellite Account*²⁶ cujo objetivo é fornecer estatísticas para os gastos com saúde por doença para avaliar melhor o valor das despesas com saúde. Além disso, existem duas outras publicações sobre gastos com saúde nos Estados Unidos: a *Health Satellite Account*²⁷, publicada pelo *Bureau of Economic Analysis* (BEA) e a *National Health Expenditure Accounts* (NHEA)²⁸ produzida pelo *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS). A *Health Satellite Account* americana não é a mesma Conta Satélite publicada pelos países que seguem a metodologia do SNA (como é o caso do Brasil, desenvolvido no capítulo quatro). Os detalhes serão explicados na seção 2.2. A *National Health Expenditure Accounts* (NHEA) apresenta os gastos anuais com saúde nos EUA por tipo de bem ou serviço prestado, por fonte de financiamento e por setores institucionais. Além disso, calcula projeções com base nos gastos

²⁵ <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical>

²⁶ https://apps.bea.gov/scb/pdf/2015/01%20January/0115_bea_health_care_satellite_account.pdf. Embora o nome seja parecido com a conta proposta pelo SNA (Health Satellite Account – HSA), a *Health Care Satellite Account* possui suas próprias especificidades.

²⁷ <https://www.bea.gov/data/special-topics/health-care#readmore>

<https://www.bea.gov/resources/methodologies/nipa-handbook>

²⁸ Ver <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/index.html>

nacionais para a próxima década. Portanto, os Estados Unidos possuem sua própria metodologia para elaborar estatísticas de saúde.

Na França, o consumo de serviços de saúde começou a ser mensurado em 1950 com a publicação *Population, 10^e année, n^o2, 1955*²⁹ que disponibiliza informações sobre a economia, população, além de dados sobre doença, saúde mortalidade e natalidade. O Instituto Nacional de Estatística e o Ministério da Saúde franceses publicaram dados a partir de 1979. Os resultados têm sido utilizados no debate de políticas públicas para discutir com maior profundidade aspectos como o consumo de medicamentos e o custo por doença (RATHE et al, 2018). Na década de 1970, houve discussões sobre a elaboração de contas satélites seguindo o manual do SNA (POMMIER, 1981).

O Instituto de Estatísticas da Holanda publicou o primeiro relatório sobre custos e financiamento do setor saúde, em 1957, com dados referentes ao ano de 1953. Desde 1972, os gastos com saúde foram publicados anualmente. A partir de 2000, os relatórios passaram a incluir dados de gastos com saúde e gastos sociais visando atender às demandas do Ministério da Saúde, além de se aproximar da metodologia das Contas Nacionais.

No início da década de 1990, o Instituto de Estatística da Alemanha³⁰ começou a publicar informações sobre os gastos com saúde em um intervalo de cinco anos. Esses relatórios fornecem dados sobre financiamento da saúde, detalhando os prestadores de serviços de saúde e os insumos. O site oficial também mostra informações sobre o estado de saúde da população, estatísticas sobre acidentes, enfermidades, aborto, violência etc.

Em relação aos organismos internacionais, Abel-Smith (1963), através da OMS³¹ publicou um estudo³² com seis países com a finalidade de avaliar o financiamento do setor saúde e compreender a natureza dos provedores de serviços de saúde (quem fornece, quais serviços são ofertados e com quais insumos). Em seu trabalho, o autor procurou definir e classificar custos de saúde relacionando com a teoria das Contas Nacionais. Depois, aplicou essas definições em seis países (Ceilão – atual Sri Lanka, antiga Tchecoslováquia, Estados Unidos, Suíça, Israel e Chile) com sistemas de saúde distintos. Mostrando pela primeira vez, conceitos como gasto privado com saúde, gasto do governo, gasto com capital (o que seria hoje

²⁹ Ver http://www.persee.fr/issue/pop_0032-4663_1955_num_10_2

³⁰ <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/SocietyState/Health/Health.html>

³¹ Uma das resoluções da V Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1952, foi apoiar estudos conjuntos realizados com outras agências internacionais sobre as relações entre saúde pública, assistência médica e seguridade social.

³² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39726/1/WHO_PHP_17.pdf.

investimento em saúde) e despesa como proporção do PIB, o trabalho teve como objetivo propor uma metodologia para o estudo de custos de saúde. Em 1967, o autor publicou um novo estudo³³ com 14 países a partir de uma perspectiva mais sistêmica. A falta de um quadro geral homogêneo e a necessidade de maior comparabilidade eram evidentes (ABEL-SMITH, 1967).

Em 1977, a OCDE publicou a primeira comparação internacional baseada em conceitos contábeis nacionais de gastos com saúde durante um período de 10 anos (POULLIER, 1977). Em 1985, a segunda publicação incluiu dados de despesas, preço e volume, além de promover a ideia de monitoramento anual de séries históricas de indicadores de financiamento, produção e resultados para apoiar as políticas de saúde (GILLION et al, 1985). Desde 1991, este esforço foi consolidado com um relatório anual dos dados de saúde, disponível na internet (RATHE et al, 2018).

A OCDE começou a organizar reuniões anuais sobre dados e análises metodológicas, incluindo as Contas de Saúde na década de 1980. Os países assumiram progressivamente esse esforço para coletar dados sobre gastos com saúde. Em 1993, o Banco Mundial publicou um relatório discutindo a importância do monitoramento do gasto em saúde, estimulando o apoio às contas de saúde e incentivando alguns países a começar a discutir uma metodologia sobre mensuração dos gastos com saúde.

Visando flexibilizar as definições do Sistema de Contas Nacionais para aprofundar a análise setorial dentro da economia, o manual do SNA 93 introduz pela primeira vez o conceito de Contas Satélites³⁴. Ele foi o primeiro manual a fornecer as diretrizes para a elaboração de Contas Satélites, específicas de um setor, nos moldes das Contas Nacionais. O objetivo era complementar a estrutura central das Contas Nacionais para que ela não ficasse sobrecarregada com informações sobre políticas específicas de setores. Através da Conta Satélite é possível, por exemplo, analisar o setor saúde de forma integrada com as outras atividades econômicas. Exemplos de Contas Satélites incluem as de saúde, turismo, cultura, petróleo, meio ambiente e educação (NAKHIMOVSKY et al, 2014).

O manual propunha dois tipos de Conta Satélite: a funcional que seguia a estrutura central do SNA e a conta baseada em conceitos alternativos (fora do escopo central do SNA). O capítulo discute temas como a modificação das fronteiras dos ativos, reclassificação de transações (como por exemplo a mensuração dos hospitais universitários no setor saúde),

³³ Abel-Smith B. An international study of health expenditure and its relevance for health planning. Public Health Papers. Geneva: WHO; 1967. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62927/1/WHO_P

³⁴ As Contas Satélites estão ao redor do marco central do Sistema de Contas Nacionais (Cepal, 2014).

tratamento das transferências no financiamento das despesas, gastos com formação de capital e mensuração de dados não monetários (inclusão do trabalho voluntário não remunerado). Embora o capítulo não tratasse especificamente da conta de saúde, os exemplos abordados tinham aplicabilidade na elaboração de uma Conta de Saúde (DORIN, 2011)³⁵

Na América Latina, o México, em 1994, foi o primeiro país a desenvolver uma Conta de Saúde. As Contas de Saúde fizeram parte de um estudo para justificar, com evidências empíricas, a reforma no sistema de saúde. A análise procurou mensurar quem paga pelos serviços de saúde, as fontes de financiamento, os provedores e quais serviços são oferecidos. No Peru, as primeiras Contas de Saúde começaram em 1996 e foram fundamentais para sustentar as reformas do sistema de saúde do país (RATHE et al, 2018).

Em 1995, a OPAS, em parceria com técnicos do IBGE e do IPEA, publicou um estudo chamado **Economia Política da Saúde: uma perspectiva quantitativa** (ZAEYN et al, 1995) com o objetivo de traçar um panorama do setor saúde a partir da estrutura do Sistema de Contas Nacionais. A publicação é considerada um projeto piloto de uma Conta de Saúde brasileira, que reuniu dados econômicos do setor saúde seguindo metodologia do SCN.

Em 1996, a OPAS e a *Partners for Health Reform*, financiados pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), apoiaram oito países latino-americanos, na elaboração de Contas de Saúde: Bolívia, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México e Nicarágua (BERMAN, 1997). A ideia era que a América Latina se baseasse na experiência dos Estados Unidos, onde os sistemas de saúde são mais fragmentados e uma parcela maior dos gastos é privada. A proposta era baseada numa metodologia desenvolvida pela Escola de Saúde Pública de Harvard chamada *National Health Accounts* (NHA).

Segundo Nunes e Guimaraes (2001), a NHA havia surgido na década de 1960, a partir de estudos que buscavam estimar os gastos nacionais com saúde. A metodologia tinha como inspiração o *National Health Expenditure Accounts -NHEA*³⁶. Ademais, a USAID precisava de informações que possibilitassem expandir programas internacionais de financiamento³⁷ na área da saúde. Nos anos 1980 e 1990, essa metodologia passou a se expandir internacionalmente

³⁵ Sistema de Cuentas de Salud y Cuenta Satélite de Salud; Washington DC, 6-7 de outubro de 2011

Federico Dorin / CEPAL <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ECLAC-FDorin-SCS-OCDE.pdf>

³⁶ Citada anteriormente

³⁷ Era uma tentativa de facilitar o acompanhamento da destinação dada aos recursos doados para projetos de saúde pelos grandes doadores internacionais, grande parte deles dos EUA.

tendo em vista que a OCDE estava interessada em desenvolver estatísticas de saúde comparáveis para os países desenvolvidos ao mesmo tempo em que o Banco Mundial apoiava a produção de estatísticas de saúde que subsidiassem a formulação de políticas públicas nos países em desenvolvimento.

A NHA era uma abordagem mais detalhada que produzia uma matriz de "fontes e usos" mais desagregada. Segundo Berman (1997), as estimativas das Contas Nacionais de saúde (NHA) podem influenciar significativamente a política. Eles fornecem aos tomadores de decisão um quadro holístico do setor de saúde, mostrando a real ênfase dos gastos e os papéis dos diferentes pagadores. A conta apresenta uma estrutura consistente para propor reformas e monitorar os efeitos das mudanças no financiamento e na provisão. Além disso, o modelo é mais apropriado para países com financiamento público e privado, ou seja, sistemas de saúde mistos (Estados Unidos e América Latina, por exemplo). No entanto, Nunes e Guimarães (2001, p. 7) observam que “não havia uma padronização de conceitos, de classificações e de definições internacionalmente aceita para a elaboração da Conta Nacional de Saúde”, ou seja, não existia uma padronização metodológica, impossibilitando a comparabilidade internacional.

Conversando com os técnicos³⁸ do IBGE e da FIOCRUZ que participaram da elaboração da Conta Satélite de Saúde no Brasil, verificou-se que a conta NHA possuía uma metodologia muito simplificada, sendo ideal para países com pouca base de dados. Com a emergência do SHA como metodologia padrão, ela perdeu a relevância.

Em síntese, organismos internacionais (OPAS, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e a USAID) mediante a contratação de consultores, financiaram a elaboração de algumas Contas de Saúde na América Latina durante cinco anos. Em dois anos, a experiência da América Latina mostrava a necessidade de maior comparabilidade dos resultados de diferentes países. No resto do mundo, os trabalhos da USAID e da OMS visando orientar a produção de Contas de Saúde ajudaram a criar redes regionais na África, Ásia e Oriente Médio. Algumas dessas redes são institucionalizadas hoje (RATHE et al, 2018).

Em 2000, a OCDE em parceria com a *European Statistical Office (Eurostat)* e com comentários de Jean-Pierre Poullier, da OMS, e apoio financeiro dos Estados Unidos, elaborou um manual chamado SHA 1.0 (*System of Health Accounts*) com uma metodologia diferente da proposta pelo SNA 93. O SHA 1.0 tinha como objetivo fornecer aos países uma abordagem padronizada com classificações³⁹ detalhadas para a descrição do sistema de saúde. O foco do

³⁸ Ricardo Monte Moraes (IBGE) e Angélica Bastos (FIOCRUZ).

³⁹ International Classification for Health Accounts (ICHA)

SHA 1.0 era o consumo final de bens e serviços de saúde através de uma análise dos gastos de acordo com os serviços (funções), seus financiamentos e seus provedores. Embora tenha se baseado nos métodos aplicados nas Contas Nacionais, partiu de uma estrutura de fluxo de recursos financeiros, mapeando a origem e o destino deles de modo que fosse útil para os formuladores de políticas de sistemas de saúde. Era importante enfatizar as características e peculiaridades do setor da saúde em relação aos outros setores da economia (NAKHIMOVSKY et al, 2014). O SHA1.0 prioriza a análise dos gastos, do consumo e dos fluxos de financiamento, se distanciando da metodologia das Contas Nacionais. Tem como foco principal as funções de cuidado de saúde (finalidade dos gastos, tais como: prevenção e reabilitação) e não a análise por produto (produção, consumo, investimento e renda das Contas Nacionais).

Em 2003, a OMS, o Banco Mundial e a USAID publicaram um guia para a produção de Contas Nacionais de saúde com foco nas especificidades dos países em desenvolvimento⁴⁰. A publicação tinha como objetivo apresentar didaticamente um “passo a passo” para a elaboração das Contas de Saúde em países de média e baixa renda. Nesse guia, o conceito de despesas com saúde refere-se a todas as atividades cujo objetivo principal é promover, restaurar ou manter a saúde para a nação e para os indivíduos, ou seja, é uma definição mais ampla do que a utilizada na conta SHA.

The goal of this Guide to producing national health accounts is to provide the conceptual and practical information needed to set up and implement national health accounts (NHA) in a country. The Guide reflects developments in international standards and best practice experience gained from real-world efforts to draw up develop relevant and useful health accounts. It is designed for use by analysts who have to estimate the amount and characteristics of spending for health in their country, and for the senior health administrators or planners who supervise those analysts (WHO, 2003, p. 2).

A publicação procurava mostrar como definir e delimitar o conceito de gastos com saúde e a classificação de provedores de serviços de saúde e dos agentes de financiamento. Além disso, o guia discute as vantagens e desvantagens do uso de bases de dados e pesquisas na mensuração dos gastos com saúde, fornecendo sugestões para lidar com as deficiências e limitações desses dados (WHO, 2003).

Em 2005, a OPAS publicou e promoveu o manual de conta satélite, padronizando os conceitos e definições utilizados no SNA 93. O objetivo era estender a estrutura central das Contas Nacionais aplicada aos sistemas de saúde. O foco é na produção, consumo e geração de

⁴⁰ *Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle-income countries*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42711>

renda. Países como o Brasil, o Equador e Portugal desenvolveram séries completas de dados usando esse modelo. Chile e Paraguai desenvolveram publicações voltadas para o setor público. As Contas Satélites provaram ser complementares ao SHA, oferecendo aos formuladores de políticas visões diferentes, mas importantes, do sistema de saúde⁴¹ (RATHE et al, 2018).

Em 2008, o capítulo sobre Conta Satélite de Saúde (SNA 2008) passa a incluir como exemplo a Conta Satélite de Saúde. Além disso, oficinas foram realizadas na América Latina. Países como Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, México e Peru trabalharam em conjunto na elaboração da conta satélite de saúde. Inclusive, foram realizadas oficinas para a elaboração das Contas Satélites na América Latina: “*Primer Taller de Cuentas Satélites de la Salud en las Américas*”, no Rio de Janeiro, no auditório do IBGE, em 2005, “*Taller sobre Armonización de Cuentas de Salud y Protección Social – Sistema de Cuentas Nacionales*”, com os países do Mercosul e o Chile, em novembro de 2005, “*Segundo Taller de Cuentas Satélites de Salud en la Región de la Américas: Avances y Uso de Indicadores en el Diseño y Evaluación de Políticas Públicas de Salud*”, realizado na República Dominicana, em 2007 (DORIN et al, 2014).

A Conta Satélite de Saúde, embora inclua as especificidades do setor saúde, não diverge significativamente da estrutura de dados das Contas Nacionais. Ela complementa as Contas Nacionais, replicando a abordagem das Contas Nacionais para o setor saúde com o objetivo de fornecer mais detalhes sobre o uso de cuidados de saúde pela população do país. Países como França, Países Baixos e Estados Unidos utilizaram este tipo de abordagem para a contabilidade da saúde mesmo antes da publicação do manual do SNA em 1993 (NAKHIMOVSKY et al, 2014).

Na Alemanha, o Ministério da Economia e Tecnologia financiou um projeto de pesquisa para descrever todas as áreas da economia da saúde em uma Conta Satélite de Saúde (German Health Satellite Accounts - GHSA) conectada ao Sistema de Contas Nacionais. O projeto foi elaborado em parceria pelo departamento de Contas Nacionais e pelo departamento de Contas de Saúde do Serviço Federal de Estatística da Alemanha – DESTATIS⁴² (SCHNEIDER, 2010). As primeiras tentativas de mensurar os gastos com saúde na Alemanha, foram feitas na década de 1970. Geigant (1986) e Sarrazin / Statistisches Bundesamt (1992) tentaram ampliar a abordagem de uma conta de satélite.

⁴¹ System of Health Accounts (2011) and Health Satellite Accounts (2005): Comparison of Approaches

⁴² https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html Statistisches Bundesamt

Em 2009, o manual do SNA 2008 aprimorou as sugestões para a elaboração da Conta Satélite. O capítulo mostra dois tipos de conta satélite. O primeiro (conta satélite interna) introduz algumas diferenças em relação ao sistema central, mas não modifica os conceitos originais do Sistema de Contas Nacionais - SCN. A Conta Satélite de Saúde, por exemplo, faz parte da conta interna, embora se proponha a expandir as fronteiras de produção, incluindo as atividades auxiliares ligadas à saúde (medicina do trabalho) e o trabalho voluntário não remunerado de assistência domiciliar aos doentes.

Já o segundo tipo de análise (conta satélite externa) é baseado em conceitos alternativos aos do Sistema de Contas Nacionais. Isto implica, por exemplo, um limite de produção diferente, uma concepção expandida de consumo ou formação de capital ou uma ampliação do escopo da fronteira de ativos. O uso de conceitos alternativos pode resultar em agregados complementares parciais, cujo objetivo é complementar a estrutura central do sistema de contas (SNA, 2008).

Além disso, o SNA 2008 introduziu quadros e tabelas "complementares". O termo "complementar" é utilizado quando o SNA reconhece que há itens que podem ter relevância limitada em alguns países, ou que, embora sejam importantes para a análise macroeconômica, não é possível gerar tabelas com o mesmo nível de precisão do conjunto central das Contas Nacionais. O capítulo do SNA 2008 cita exemplos de Contas Satélites, incluindo a saúde, o turismo, o meio ambiente e a atividade doméstica não remunerada. Sua finalidade era explicar o conceito das Contas Satélites a partir de exemplos práticos. O capítulo destaca também que a conta de saúde "ainda está em forma versão preliminar", sujeito a uma revisão.

O novo manual da OCDE, SHA 2011, teve como propósito alcançar uma maior comparabilidade e avaliar o desempenho do sistema de saúde, independentemente da diversidade dos sistemas dos países. Além disso, procura aumentar a padronização, a consistência além de facilitar a geração contínua de Contas de Saúde e seu uso na tomada de decisões. O SHA 2011 especificou as funções de financiamento⁴³ de acordo com as classificações contábeis de modo a representar o financiamento do sistema de saúde de uma forma mais sólida. Nas palavras de Rathe et al (2018):

The most important changes from SHA 1.0 to SHA 2011 are a stronger link of financing functions (revenue collection, pooling and allocation/ purchase of services) with accounting classifications for a more sound representation of the health financing

⁴³ Revenue collection, pooling and allocation/ purchase of services.

system, a classification of fixed capital formation to better analyze current and capital spending, and minor refinements related to prevention, non-profit institutions, and external resources. (RATHE et al, 2018, p. 5).

Em comparação com o SHA 1.0, o SHA 2011 ampliou o escopo da classificação por função em áreas como prevenção e cuidados de longo prazo, além de fornecer um quadro mais conciso do universo dos prestadores de cuidados de saúde, com ligações mais estreitas às classificações da indústria. Ademais, substituiu a classificação antiga (por subconta) para rastrear gastos com doenças específicas por uma classificação mais abrangente - Global Burden of Disease (GBD) – baseada no Código Internacional de Doença (CID-10). A publicação também disponibiliza um capítulo sobre medidas de preço e de volume no setor da saúde, além de separar as despesas correntes com saúde dos gastos com investimento (despesa de capital).

O SHA 2011 desenvolve três interfaces analíticas - financiamento dos serviços de saúde, provisão e consumo - que permitem que os países se concentrem em áreas específicas de interesse da política nacional de saúde, além de ampliar a conta de saúde com uma análise mais abrangente.

A interface do financiamento dos cuidados de saúde permite uma avaliação sistemática de como os recursos financeiros são arrecadados, gerenciados e utilizados, incluindo os mecanismos de financiamento (esquemas de financiamento), as unidades institucionais (agentes financeiros) e os mecanismos de arrecadação (receitas de esquemas de financiamento). A interface da produção investiga as estruturas de custo da provisão de cuidados de saúde (fatores de provisão), além de separar as despesas totais com saúde em despesas correntes e de capital.

Por último, a interface do consumidor (beneficiários) permite análises mais detalhadas dos gastos em saúde de acordo com as características do beneficiário. Cruzando as despesas com saúde por beneficiários segundo idade, sexo e classe de renda, é possível elaborar políticas de saúde mais focadas nos grupos de interesse, conforme destacado pela OCDE (2017).

SHA 2011 introduces a number of changes and improvements compared with SHA 1.0. First and foremost, though, it reinforces the tri-axial relationship that is at the root of the System of Health Accounts and its description of health care and long-term care expenditure – that is, what is consumed has been provided and financed (OCDE, 2017, p. 21).

O Quadro 1 mostra as diferenças de classificação da conta SHA 1.0 e da SHA 2011:

Quadro 1: Diferença de classificação do SHA 1.0 e SHA 2011

SHA 1.0	SHA 2011
	Separação entre despesas correntes e despesas de capital
Projeto preliminar, conceitos ambíguos (o conceito de esquemas de financiamento por exemplo não estava claro)	As classificações de financiamento passaram a ser mais detalhadas: receita, esquema e agente
Consumo: <i>Health functions (HC)Beneficiaries</i>	Consumo: <i>Health functions (HC)Beneficiaries (HB)</i>
Provisão: <i>Providers (HP)Resource Costs (RC)</i>	Provisão: <i>Providers (HP)</i> Insumo para a provisão de serviços: <i>Factors of provision (FP)</i>
Financiamento: <i>Financing Agents (HF)Financing Sources (FS)</i>	Financiamento: <i>Financing schemes (HF), Revenues of financing schemes (FS), Financing Agents (FA)</i>

Fonte: Adaptação OCDE / OMS

O SHA 2011 faz uma distinção clara entre os regimes de financiamento e os agentes financiadores (instituições) que administram os regimes de financiamento. Por exemplo, um agente financeiro pode administrar mais de um esquema de financiamento (empresas de seguro privado podem oferecer seguro voluntário e administrar o seguro social). Diferentes agentes financeiros administram o mesmo esquema de financiamento (o esquema de seguro social compulsório pode ser administrado por uma agência de seguro social e por empresas de seguro privado).

O SHA 1.0 não caracteriza de forma precisa os esquemas de financiamento e as unidades institucionais, responsáveis pela administração dos esquemas de financiamento. As definições para a maioria das categorias do ICHA-HF (esquemas de financiamento) foram extraídas do SCN 93 (setores institucionais), deixando de fornecer uma interpretação adequada para o setor dos cuidados de saúde. Essa abordagem institucional não é capaz de refletir os arranjos cada vez mais complexos do financiamento da saúde. A título de exemplo, a formulação de políticas públicas, cujo objetivo é garantir o acesso dos bens e serviços de saúde para a população, pode ser alcançada a partir de diferentes arranjos institucionais (com uma combinação de financiamento público e privado, além do copagamento).

Além disso, uma classificação do financiamento da saúde baseada em configurações institucionais causa problemas crescentes para comparações internacionais. O SHA 1.0 não é capaz de distinguir entre o tipo de esquema de seguro e o tipo de seguradora. A divulgação de seguros privados obrigatórios em “Administração geral” ou em “Setor privado” não é adequada e distorce a comparação entre países com diferentes configurações institucionais.

Nakhimovsky et al (2014) enfatizam a necessidade de institucionalizar e regulamentar o SHA 2011: o método, os princípios, os dados e os registros. A institucionalização não é apenas sobre coleta de dados e produção regular, mas também sobre o uso de resultados em decisões políticas. Em 1980, cerca de 15 países, principalmente da OCDE, haviam produzido Contas de Saúde; em 2000, o número aumentou para 87; em 2010, para 130 países; e até 2017, para cerca de 160 países. Em 2017, um total de 72 países não membros da OCDE produziu pelo menos uma conta similar ao SHA 2011. Além disso, outros países produzem Contas de Saúde de maneira rotineira e institucionalizada.

Além de ser compatível com o SNA, o SHA 2011 permite o cálculo de indicadores que mostram a relação dos recursos financeiros com os avanços e problemas do sistema de saúde pública e com outras variáveis de interesse para os gestores de política.

2.2. ESTADO DA ARTE DAS CONTAS DE SAÚDE NO SÉCULO XXI

O Quadro 2 faz uma síntese do estado da arte das contas de saúde em alguns países. Países como Colômbia e Chile, que antes divulgavam a Conta Satélite de Saúde seguindo a metodologia do SNA, atualmente, estão aderindo à metodologia da conta SHA (OCDE). Canadá e Alemanha publicam contas de saúde com metodologias mais elaboradas. Como pode-se observar, não há uma convergência para um único tipo de Conta de Saúde. Entretanto, o padrão seguido pelo conjunto dos países reunidos no Quadro 2 é a predominância de duas contas de saúde na atualidade, conta SHA e HSA, com exceção do Canadá e dos Estados Unidos que utilizam outras metodologias.

Quadro 2: Síntese do estado da arte das Contas de Saúde no Mundo

CONTA SHA	CONTA SATÉLITE (SNA)
Países membros da OCDE	México (2008 – 2013)
Portugal, Espanha, Noruega, França	Equador (2007 – 2014)
Coreia do Sul, China, Hong Kong, Japão, Nova Zelândia, Austrália e demais países da região Ásia- Pacífico	Brasil 2005 – 2009 (SNA 93) Brasil 2010 – 2017 (SNA 2008)
Colômbia – a partir de 2013	Colômbia (década de 2000)
Chile – a partir de 2011	Chile (2003 – 2007)
OUTRAS METODOLOGIAS	
<p>CANADÁ</p> <p><i>Economic Burden of Illness in Canada</i> (EBIC) fornece estimativas sobre o custo da doença e do dano por doença, idade e sexo.</p> <p>National Health Expenditure Data base (NHEX) disponibiliza uma base de dados com todos os gastos com saúde no Canadá desde 1975 até 2019</p>	<p>ALEMANHA</p> <p><i>German Health Satellite Accounts</i> (GHSA) que segue o SNA.</p> <p>A conta satélite alemã faz análise mais elaborada do desempenho do setor saúde na economia da Alemanha, incluindo impactos do efeito multiplicador do setor saúde na economia.</p>
<p>ESTADOS UNIDOS</p> <p><i>O National Health Expenditure Accounts</i> (NHEA) divulga as despesas com bens e serviços de saúde sem deduzir os insumos.</p> <p>O BEA publica estimativas de gastos com saúde que fazem parte do PIB</p> <p>2015: <i>Health Care Satellite</i> (conta de saúde por custo de doença)</p> <p>2020: <i>A Satellite Account for Health in the United States</i>. O estudo buscou mensurar a produtividade dos tratamentos de saúde, especialmente na população idosa entre 1999 e 2012.</p>	

Fonte: Elaboração Própria

Países membros da OCDE como Chile, Coréia do Sul e os países europeus apresentam suas publicações sobre saúde seguindo a metodologia proposta pela OCDE. Brasil, México⁴⁴ e

⁴⁴ <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/> e <https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/#Publicaciones>

Equador⁴⁵, por exemplo, publicam suas contas de saúde com base nas definições do SNA 2008. Em 2007, o Equador passou a divulgar a Conta Satélite de Saúde, baseada no manual do SNA. Em 2017, o Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) publicou a Conta Satélite de Serviços de Saúde cobrindo o período de 2007 a 2014, com atualizações metodológicas (ano base 2007).

A Colômbia, que possui publicações da Conta Satélite de Saúde que seguem o manual do SNA, passou a publicar uma conta baseada na metodologia SHA⁴⁶ a partir do ano de 2013. A última publicação foi divulgada em outubro de 2020, abrangendo o período de 2016 a 2019⁴⁷.

O Ministério da Saúde do Chile publicou um estudo econômico da saúde com informações sobre gastos, produção, poupança líquida, investimento e financiamento no período 2008-2015. A publicação seguiu as metodologias do SHA e do SNA. O Chile possui uma publicação baseada no SNA referente ao período 2003 – 2007. No entanto, em 2011, com a entrada do Chile na OCDE⁴⁸, a conta de saúde teve que se ajustar às diretrizes metodológicas do SHA para informar os gastos com saúde. No site do Ministério da Saúde⁴⁹, ainda existem informações, até o ano de 2011, no formato da Conta Satélite de Saúde.

O *Economic Burden of Illness in Canada* - EBIC⁵⁰ fornece estimativas sobre o custo da doença e do dano por doença, idade e sexo. O principal objetivo é fornecer informações objetivas e comparáveis sobre a magnitude do ônus econômico (comprehensive cost-of-illness COI), ou custo da doença e lesões, no Canadá, com base em unidades e métodos padronizados. Ademais, o National Health Expenditure Database - NHEX disponibiliza uma base de dados com todos os gastos com saúde no Canadá desde 1975 até 2019⁵¹.

⁴⁵ <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-los-servicios-de-salud/>

⁴⁶ Disponível em <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/salud-y-seguridad-social/cuenta-satelite-de-salud-css>

⁴⁷ <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/salud-y-seguridad-social/cuenta-satelite-de-salud-css#historicos-cuenta-satelite-de-salud-css>

⁴⁸ <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/2015-semcn-s8-chile-apalacios.pdf>

⁴⁹ <http://ies.minsal.cl/gastos/sha2011/reporte1>

⁵⁰ <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-database-metadata>

⁵¹ <https://www.cihi.ca/en/health-spending>

A maioria dos países da Europa segue a metodologia da OCDE. Embora Portugal publique uma conta de saúde intitulado “Conta Satélite de Saúde”, a publicação⁵² segue a metodologia da Conta SHA (OCDE)⁵³. A Noruega produz uma conta de saúde baseada no SHA. Em 2005, seguindo o SHA 1.0, o país disponibilizou séries temporais a partir de 1997. A série baseada no SHA 2011 apresenta dados a partir do ano de 2011⁵⁴.

A Alemanha publica uma conta chamada *German Health Satellite Accounts* (GHSA) que segue os padrões do SNA (SCHNEIDER et al, 2010). O Ministério Federal da Economia e Tecnologia (BMWi) financiou um projeto de pesquisa para descrever todas as áreas da economia da saúde em uma conta satélite conectada ao Sistema de Contas Nacionais. Tanto as Contas Nacionais como o setor das Contas de Saúde do Departamento Federal Alemão de Estatísticas (Destatis) contribuíram para este trabalho. Segundo Henke e Ostwald (2012), a publicação permite uma análise qualitativa e quantitativa do setor de saúde alemão com base nas Contas Nacionais. Isso cria a possibilidade de quantificar e analisar a importância econômica da indústria de saúde alemã para o crescimento econômico e a geração de emprego e renda. Em Abril de 2015, o BMWi publicou um estudo mais abrangente chamado National Health Accounts (NHA) cujo objetivo era construir uma conta de saúde mais integrada, conectando as Contas de Saúde existentes e as contas econômicas, além de atualizar as estruturas a partir das metodologias mais recentes. A NHA incorpora a abordagem econômica do Destatis, incluindo as contas de despesa de saúde, as contas trabalhistas de saúde e as contas de custo de doenças⁵⁵ no Sistema de Contas Nacionais (BMWi, 2015). Além disso, artigos acadêmicos mostram que a metodologia da conta de saúde alemã serve de base para a elaboração de políticas de saúde que tenham como objetivo aumentar o investimento no setor saúde e conseqüentemente o bem estar da população (HENKE et al, 2019).

O Ministério da Saúde⁵⁶ espanhol divulga anualmente as despesas públicas com saúde (Estadística de Gasto Sanitario Público - EGSP). A publicação segue os princípios do Sistema

⁵²https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=314608243&DESTAQUESmodo=2

⁵³ A Conta Satélite da Saúde tem como referências metodológicas o manual *System of Health Accounts – 2011 Edition* (SHA 2011) e o Regulamento (UE) N.º 2015/359 da Comissão Europeia, de 4 de março de 2015. O manual SHA 2011 é consistente com os princípios, conceitos, definições e classificações presentes no Sistema Europeu de Contas 2010 (SEC 2010) e com o SCN 2008.

⁵⁴ <https://www.ssb.no/en/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar>

⁵⁵ Health Expenditure Accounts, The Health Labour Accounts e The Cost-of Illness Accounts

⁵⁶ Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Europeu de Contas Nacionais e Regionais (SEC-95) e do Sistema de Contas Nacionais. De acordo com o site, a publicação⁵⁷ serve de base para a elaboração da conta SHA. As estimativas dos gastos com saúde pública são feitas a partir da demanda final e da identificação dos agentes públicos (prestadores e financiadores).

A Conta de Saúde na França é publicada pelo Ministerio da Saúde⁵⁸ em parceria com o *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)*⁵⁹ é uma adaptação da metodologia SHA. O Instituto de estatísticas dos países baixos (*Statistics Netherlands - CBS*)⁶⁰ também fornece informações sobre gastos com saúde seguindo a metodologia da OCDE.

Conforme mencionado, as contas de saúde elaboradas pelos Estados Unidos possuem suas especificidades. A *National Health Expenditure Accounts (NHEA)* é um sistema matricial bidimensional que separa a despesa total com saúde de acordo com as fontes de financiamento e os serviços adquiridos com esses recursos. Ao contrário do Sistema de Contas Nacionais, que inclui uma matriz com os usos intermediários dos produtos, a NHEA analisa apenas o valor da despesa final com saúde de cada atividade, sem diminuir os insumos fornecidos por outras atividades (isso possibilitaria calcular o valor adicionado). Essa metodologia é publicada pelo Centro de Serviços Medicare e Medicaid (CMS).

O *Bureau of Economic Analysis (BEA)* também produz estimativas de gastos com saúde que fazem parte do PIB. A metodologia de cálculo do PIB nos Estados Unidos tem como base o NIPA⁶¹, que é um dos três principais elementos das contas econômicas nacionais dos EUA. O NIPA⁶² apresenta o valor e composição da produção nacional e os tipos de renda gerados a partir da produção. Os outros elementos da conta econômica americana são a conta

⁵⁷ <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

⁵⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-dependences-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019>

⁵⁹ Ramo da administração central dos Ministérios Sociais e da Saúde

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>

⁶⁰ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/84043eng/table?ts=1579793089626>

⁶¹ <https://www.bea.gov/resources/methodologies/nipa-handbook>

⁶² Pela metodologia do NIPA, as instituições econômicas também são agrupadas em setores institucionais, mas o esquema de classificação do setor é mais complicado que o do SNA. As instituições são agrupadas de formas distintas na hora de medir sua contribuição dentro do total da produção e na mensuração da renda, dos gastos e da poupança. Para medir a contribuição, ou o valor adicionado, de várias instituições para a produção, os produtores são agrupados em três setores institucionais: empresas, famílias e instituições sem fins lucrativos e governo. Em 2013, o BEA publicou uma revisão metodológica do NIPA com base nas mudanças do SNA 2008 (em relação à mensuração da formação bruta de capital fixo - FBCF e P&D).

de indústria (BEA) e a conta financeira (*U.S. Board of Governors of the Federal Reserve System*). Segundo o BEA⁶³, o manual do SNA 2008 não reflete com precisão a atividade econômica dos EUA. Em 2015, o BEA publicou um estudo mostrando as principais diferenças conceituais entre o NIPA e o SNA 2008⁶⁴.

Importante ressaltar que as duas estimativas (do NIPA e do NHEA) estão bem correlacionadas ao longo do tempo, e ambas medem um conjunto de despesas amplamente similar. No entanto, as estimativas de categorias específicas de gastos - tais como hospitais e planos de saúde - diferem acentuadamente, e estas discrepâncias podem ser especialmente confusas para os analistas (KORNFELD et al, 2010).

Segundo Kornfeld (2010) as medidas dos gastos com saúde do NHEA e do NIPA são consistentes com o SHA e com o SNA. As definições de gasto em saúde no NHEA são, na maior parte, consistentes com o SHA. Da mesma forma, o BEA trabalha dentro da estrutura geral do SNA para produzir estimativas internacionalmente comparáveis do PIB.

Em 2015, o BEA divulgou uma conta chamada *Health Care Satellite Account*⁶⁵. Ela pretende aprimorar a metodologia atual, que segue os preceitos do NIPA. Trata-se de uma conta de despesas por doença. Ela redefine a mercadoria fornecida aos pacientes pelo setor saúde, estimando a quantidade de tratamento de doenças (por exemplo, câncer ou diabetes) em vez dos tipos específicos de cuidados médicos que os indivíduos compram (consultas médicas ou compra de um medicamento, por exemplo), como é atualmente calculado. A série disponível cobre o período de 2000 a 2017⁶⁶.

A *Health Care Satellite Account* (HCSA) modifica a abordagem publicada pelo BEA analisando os gastos a partir dos tratamentos de doenças e construindo novos índices de preços baseados em doenças. A redefinição do produto do setor da saúde como tratamento da doença implica uma alocação diferente do gasto do consumidor para os serviços de saúde (através de doenças e não de bens e serviços) e também índices de preços diferentes do que os publicados no NIPA. A primeira versão do HCSA apresenta estimativas preliminares que podem ser usadas para compreender as tendências de gastos com saúde e seus efeitos na economia dos EUA.

⁶³ https://apps.bea.gov/scb/pdf/2015/06%20June/0615_nipas-sna.pdf

⁶⁴ https://apps.bea.gov/scb/pdf/2015/06%20June/0615_nipas-sna.pdf

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781119201533.app2>

⁶⁵ https://apps.bea.gov/scb/pdf/2015/01%20January/0115_bea_health_care_satellite_account.pdf

⁶⁶⁶⁶ <https://www.bea.gov/data/special-topics/health-care> e <https://www.bea.gov/news/blog/2018-06-04/bea-releases-first-time-detailed-data-more-200-medical-conditions>

Analisar os gastos por doença é um primeiro passo para o objetivo da BEA de desenvolver uma conta que permita uma melhor avaliação do valor dos gastos com saúde.

Em 2020, o BEA publicou um estudo⁶⁷ chamado *A Satellite Account for Health in the United States* que buscou mensurar a produtividade dos tratamentos de saúde, especialmente na população idosa entre 1999 e 2012. Os autores mediram a mudança nos gastos com doenças e as melhorias na saúde da população, analisando 80 tipos de doença. Segundo eles, a produtividade teve um desempenho heterogêneo dependendo do tipo de doença. Enquanto o tratamento de doenças cardiovasculares apresentaram uma produtividade elevada, as doenças mentais e muscoesléticas, por exemplo, possuíam um custo muito elevado e uma baixa produtividade.

Nos últimos anos, portanto, alguns países deixaram de produzir a Conta Satélite para migrar para a Conta de Saúde baseada no manual da OCDE (SHA 2011). Se por um lado, a conta SHA permite uma análise mais profunda do sistema de financiamento da saúde, a Conta Satélite permite uma análise macroeconômica mais elaborada e um melhor mapeamento do Complexo Industrial da Saúde.

⁶⁷ <https://www.nber.org/papers/w27848>

CAPÍTULO 3: METODOLOGIAS DAS PRINCIPAIS CONTAS DE SAÚDE

Neste capítulo será aprofundado e apresentado com maior detalhamento as metodologias das principais contas de saúde vigentes em 2020. De acordo com o Capítulo 2, as duas metodologias mais utilizadas para analisar o setor saúde do ponto de vista econômico são: o Sistema de Contas de Saúde (*System of Health Accounts - SHA*), desenvolvido pela OCDE, EUROSTAT e pela OMS e a Conta Satélite de Saúde (*Health Satellite Accounts - HSA*), baseada no manual do *System of National Accounts (SNA)*⁶⁸.

Como será demonstrado, tanto a conta SHA como a HSA podem ser aplicadas de maneira flexível através de diferentes níveis de agregação e agrupamento dos dados. As informações trazidas por cada tipo de conta são complementares. Ressaltando que quanto mais detalhado e próximo do padrão metodológico dos respectivos manuais, mais precisas são as comparações através dos países e do tempo.

Como será visto no capítulo 5, nem todos os usuários estão familiarizados com as diferenças entre as duas metodologias de contas de saúde. Portanto, o objetivo deste capítulo é apresentar as principais características das duas contas, enfatizando as diferenças e semelhanças entre elas. Para isso, ele está dividido em três seções: as estruturas da conta SHA e da HSA são detalhadas nas duas primeiras seções. Na terceira seção, realiza-se uma comparação entre as duas metodologias de Contas de Saúde, trazendo as vantagens e desvantagens de cada uma delas.

3.1. ESTRUTURA DO SISTEMA DE CONTAS DE SAÚDE (SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS – SHA)

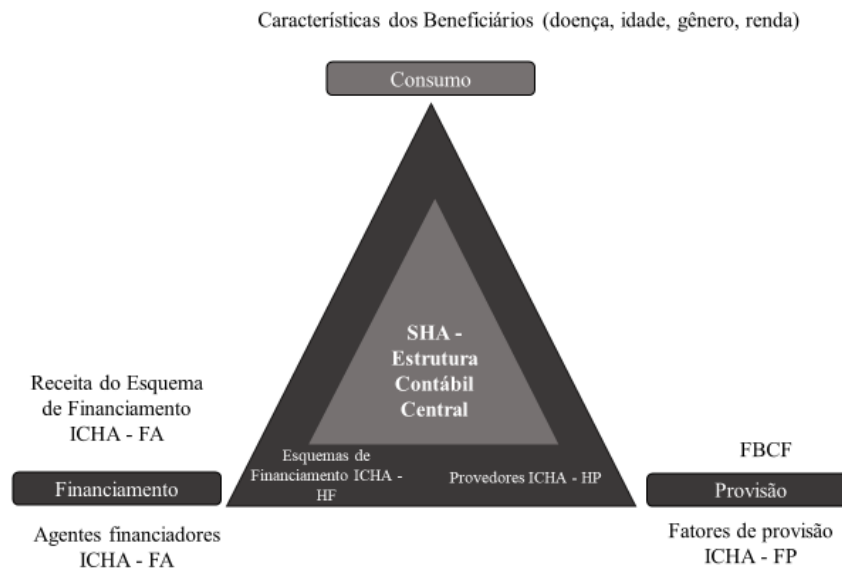
O SHA 2011 é o padrão internacional para descrever um sistema de saúde do ponto de vista da despesa, permitindo uma comparação dos gastos com saúde entre os países. Serve como uma ferramenta para produzir dados úteis para o monitoramento e análise do sistema de saúde. Seu principal objetivo é orientar a formulação de políticas públicas de saúde, permitindo a alocação de recursos de saúde em estreito alinhamento com as estratégias e objetivos do sistema de saúde (NAKHIMOVSKY et al, 2014).

⁶⁸ O SNA 2008 é a versão mais recente do manual internacional de estatísticas para as contas nacionais, sendo a Comissão de Estatística das Nações Unidas (UNSD) uma das coautoras. É mantido pelas Nações Unidas, pelo Fundo Monetário Internacional, pelo Banco Mundial, pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico e pelo Escritório de Estatística das Comunidades Europeias.

Para este fim, o SHA organiza os dados de uma forma que registra o fluxo de financiamento, da origem ao destino, para os bens e serviços de saúde que são consumidos pelos residentes de um país. O objetivo é compreender como se organizam os fluxos de financiamento do sistema de saúde, de onde vêm os recursos da saúde e quem é responsável pela gestão deles. A documentação desse fluxo permite que o SHA se concentre na interação entre o usuário (consumidor) e o sistema de saúde, além de mostrar a distribuição dos gastos com saúde de modo a subsidiar o trabalho dos gestores de saúde. Seus principais objetivos são informar a tomada de decisões no sistema de saúde, incluindo orçamentos e planejamento estratégico, além de propor um quadro comparativo internacional para dados sobre gastos com saúde (NAKHIMOVSKY et al, 2014).

A Figura 2 traz uma síntese das dimensões do SHA detalhando os agentes econômicos responsáveis pelas ações de financiamento, produção, consumo e as transações ocorridas nesses processos (o trajeto dos recursos desde sua origem até seu destino).

Figura 2: Estrutura do SHA



Fonte: OCDE, 2017

Os gastos com saúde são separados de acordo com a finalidade (provisão de bens e serviços, esquema de financiamento e consumo de bens e serviços de saúde). As despesas com saúde aparecem de acordo com o tipo de financiador e prestador enquanto o consumo de serviços de saúde corresponde à função de cuidados de saúde. A provisão diz respeito a quem

presta ou fornece os serviços de saúde. O intuito é mapear onde foi gasto o recurso destinado à saúde. O financiamento mostra como os bens e serviços consumidos são financiados. O consumo, através da função de cuidados de saúde, mostra em que foi gasto e quem foram os beneficiários do serviço. (COGSWELL et al, 2013). O conceito de função de cuidados de saúde refere-se às atividades de saúde cuja principal finalidade é prevenir a piora no estado de saúde de indivíduos bem como minimizar as consequências de problemas de saúde dessa população. Essas atividades de saúde incluem os seguintes procedimentos: diagnóstico, tratamento, cura e reabilitação de doenças; tratamento de doenças crônicas; reabilitação para pessoas portadoras de doenças que ocasionam alguma incapacidade física ou mental; paliativos para doenças sem perspectivas de recuperação; programas de saúde voltados para a comunidade como um todo; prevenção, promoção e governança do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). O Quadro 3 mostra as principais dimensões da conta SHA.

Quadro 3: Principais dimensões da conta SHA

Esquemas de financiamento	Definição: principais tipos de financiamento através dos quais as pessoas recebem cuidados de saúde
	Perguntas respondidas: “Como os recursos de saúde são gerenciados e organizados?” “Em que medida os recursos são agregados”
	Exemplos: programas do governo executados pelo Ministério da Saúde; seguro voluntário
Prestadores de cuidados de saúde	Definição: organizações e atores que prestam assistência médica
	Perguntas respondidas: “Qual é a estrutura organizacional que é característica da prestação de cuidados de saúde dentro de um país?” “Quem forneceu os bens e serviços aos consumidores?”
	Exemplos: Hospitais, clínicas, centros de saúde, farmácias
Funções de cuidados de saúde	Definição: Tipos de bens e serviços de saúde consumidos e atividades executadas
	Perguntas respondidas: “Que tipos de bens e serviços de saúde foram consumidos?”
	Exemplos: cuidados curativos, programas de prevenção, produtos farmacêuticos.

Fonte: Cogswell et al, 2013

O gasto total com saúde corresponde à soma das despesas correntes com saúde e da formação bruta de capital. Os dois agregados são calculados separadamente. As despesas

correntes se referem aos bens e serviços de saúde consumidos visando promover ou manter a saúde do indivíduo, além de atenuar as consequências dos problemas de saúde através da aplicação do conhecimento qualificado (profissionais de saúde, além de incluir a tecnologia e a medicina tradicional, complementar e alternativa). O manual do SHA exclui os serviços de educação em saúde, gastos com pesquisa e desenvolvimento (P&D), controle sanitário, administração e fornecimento de serviços sociais em espécies para pessoas doentes ou deficientes e administração e provisão de benefícios relacionado à saúde em espécie. Esses itens são classificados como itens diversos (CEPAL, 2011).

Já os gastos com formação bruta de capital estão relacionados “a ações que ampliem ou garantam a capacidade de ofertar bens e serviços de saúde e cuja utilização ocorrerá em momentos futuros. Incluem tanto a aquisição e reforma de imóveis e equipamentos para ampliar a capacidade instalada dos serviços de saúde, quanto pesquisa e desenvolvimento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.18).

O Quadro 4 define o que o manual do SHA entende por despesa corrente e formação bruta de capital fixo.

Quadro 4: Definições de despesa corrente e FBCF

Despesa corrente com cuidados de saúde = despesa de consumo final de unidades residentes em bens e serviços de cuidados de saúde, incluindo os bens e serviços de cuidados de saúde prestados diretamente aos indivíduos bem como serviços de cuidados de saúde coletivos.

A formação bruta de capital no sistema de saúde é medida pelo valor total dos ativos que os provedores de serviços de saúde adquiriram durante o período contábil (menos o valor das alienações de ativos do mesmo tipo) e que são usados por um período superior a um ano na prestação de serviços de saúde.

Fonte: OCDE, 2017

O SHA 2011 pode ser dividido em duas partes: um “quadro contábil central” que tem como foco o valor dos bens e serviços de saúde consumidos pela população; e a “estrutura contábil auxiliar” que oferece um quadro econômico mais completo do sistema de saúde. Essas informações podem ser agrupadas em dois grupos: a primeira inclui informações específicas de saúde (como gastos com saúde por doença, idade ou sexo ou produtos de saúde) e a segunda abrange informações que não são necessariamente específicas do sistema de saúde (por exemplo, insumos usados na produção de serviços hospitalares como água e eletricidade). No entanto, vale ressaltar que essas tabelas auxiliares não são tão completas quanto as tabelas do

manual do SNA, que enfatizam a geração de produção e renda das atividades econômicas da saúde.

As tabelas do SHA mostram as ações de financiamento, produção e de consumo executadas pelos agentes econômicos. Com base na *International Classification of Health Accounts* – ICHA, são propostas tabelas de classificação com os fluxos financeiros entre os agentes: *Classification of Health Care Functions ICHA-HC* (classificação de funções de cuidados de saúde); *Classification of Health Care Providers ICHA-HP* (classificação de prestadores/ produção de serviços de saúde) e *Classification of Health Care Financing Schemes ICHA – HF* (classificações de regimes de financiamento da saúde)⁶⁹.

Além disso, o SHA 2011 define dimensões adicionais em comparação com o SHA 1.0 que permitem a compilação de indicadores complementares do sistema de saúde, através das seguintes tabelas: *Classification of Revenues of Health Care Financing Schemes (ICHA-FS)*; *Classification of Financing Agents (ICHA-FA)*⁷⁰; e *Classification of Factors of Health Care Provision (ICHA-FP)*, que são fatores para provisão de cuidados de saúde, um detalhamento de salários e consumo intermediário (insumos utilizados na produção de bens e serviços de saúde)⁷¹.

O manual também disponibiliza uma classificação por beneficiários dos bens e serviços de saúde: idade, gênero, doença, característica socioeconômica ou região; classificação dos recursos humanos na área da saúde utilizando o *International Standard Classification of Occupations 2008* (ISCO 2008) e a definição do conceito de bens e serviços de saúde cujo objetivo é melhorar a comparação internacional dos bens e serviços de saúde, além de promover a harmonização dos vários tipos de estatísticas. Além disso, o manual disponibiliza tabelas com informações sobre investimento (HK), ou seja, os tipos de ativos que os provedores de saúde adquiriram durante o período contábil e que são utilizados em um período superior a um ano.

O Quadro 5 resume as tabelas do SHA 2011 e seus objetivos específicos enquanto o Quadro 6 mostra o escopo do SHA 2011, que inclui as definições, objetivos e as perguntas a serem respondidas.

⁶⁹ Todas as traduções, com exceção da tabela ICHA-FP que não consta da conta do SUS (2018), seguiram a tradução utilizada pela publicação do Ministério da Saúde.

⁷⁰ Unidades institucionais que gerenciam esquemas de financiamento da saúde

⁷¹ Todas as traduções, com exceção da tabela ICHA-FP que não consta da conta do SUS (2018), seguiram a tradução utilizada pela publicação do Ministério da Saúde.

Quadro 5: Tabelas da conta SHA 2011

Despesa de saúde por tipo de esquema de financiamento e por função (HC x HF)
Alocação dos recursos financeiros para os principais tipos de serviços de saúde, segundo os esquemas de financiamento.
Despesa de saúde por tipo de prestador e por função (HC x HP)
Gastos correntes com saúde por tipo de provedor e por função. Diz ao usuário “quem fornece o quê”.
Despesas de saúde por regime de financiamento e por tipo de prestador (HP x HF)
Estrutura das despesas correntes com saúde de acordo com os mecanismos de financiamento. Descreve como os fundos são distribuídos entre os diferentes tipos de provedores (“quem financia quem”). A tabela permite que o usuário identifique os provedores, onde os recursos estão concentrados e os fluxos de financiamento.
Tipos de receitas por receitas do esquema de financiamento (HF x FS)
Mostra o caminho do financiamento para financiar os vários esquemas de financiamento (“de onde vem o dinheiro”). Mostra os tipos de receita de cada esquema de financiamento.
Despesa de saúde por agente financiador e por esquema de financiamento (HF x FA)
Mostra cada esquema e quanto de seus gastos é gerenciado por cada agente. A estrutura do financiamento da saúde é possível analisar a relação entre os esquemas e os agentes (“quem gerencia qual esquema de pagamento”).
Fatores de provisão por tipo de provedor (HP x FP), por tipo de função (HC x FP) e por esquema de financiamento (HF x FP) -
Permite monitorar o desempenho geral do sistema, fornecendo uma base para a análise de eficiência da produção e do uso de recursos. Fatores de provisão (FP) podem ser cruzados com outras três classificações: HP, HC e HF. A tabela HP x FP mostra a alocação de fatores por provedor em diferentes tipos de recursos usados para produzir bens e serviços de saúde. Quais são os vários insumos usados no processo de provisão e por quais grupos de provedores específicos. A tabela HC x FP mostra a alocação de diferentes tipos de fatores entre os vários tipos de bens e serviços de saúde (agrupados por funções). Quais são os vários insumos usados para a provisão de bens e serviços específicos? A tabela HF x FP mostra como os diferentes fatores utilizados na prestação de cuidados de saúde são financiados. Quem paga pelos vários insumos usados na provisão?
Despesa por tipo de prestador e bens de capital (HK x HP)
Mostra o valor líquido dos bens de capital por tipo de ativo adquirido pelos diversos provedores.
Despesas do agente financiador e dos bens de capital (HK x FA)
Fornecer uma visão geral de como a aquisição dos bens de capital é financiada. Quem paga pelo investimento? Permite que o gestor tenha uma visão sobre a forma como os investimentos em saúde são financiados e se esta estrutura de financiamento pode ser sustentada.
Comércio de cuidados de saúde: exportações e importações (HC.X x HP e HC.M x HF)
A tabela mostra a quantidade de importação e exportação de bens e serviços de saúde por tipo de função de saúde assim como o pagamento desses serviços.

Fonte: Cogswell et al, 2013

Quadro 6: Escopo da conta SHA

Receitas de esquemas de financiamento	Definição: Tipos de receitas recebidas ou cobradas por regimes de financiamento
	Perguntas respondidas: “Quantas receitas são arrecadadas?” “De que forma foram coletadas?” “De quais unidades institucionais são as receitas arrecadadas para cada esquema de financiamento?”
	Exemplos: transferências financeiras externas diretas; pagamento antecipado voluntário de empregadores; transferências do ministério das finanças para outras agências governamentais
Agentes Financiadores	Definição: Unidades institucionais que gerenciam esquemas de financiamento da saúde
	Perguntas respondidas: “Quem gerencia os arranjos financeiros para aumentar a receita, reunir / administrar recursos e adquirir serviços?”
	Exemplos: Ministério da Saúde, companhias de seguros comerciais, organizações internacionais
Fatores de provisão	Definição: Tipos de insumos utilizados na produção de bens e serviços de saúde
	Perguntas respondidas: “Que mix de insumos de produção os provedores de bens e serviços de saúde usam?”
	Exemplos: salários, serviços públicos, aluguel, materiais e serviços usados
Características do beneficiário (idade, sexo, grupo sócio-econômico)	Definição: Características de quem recebe os bens e serviços de saúde ou se beneficia dessas atividades
	Perguntas respondidas: “Qual é o valor dos bens e serviços de saúde consumidos por vários grupos populacionais?”
	Exemplos: idade, gênero, grupo socioeconômico
Características do beneficiário: (doença)	Definição: Características de quem recebe os bens e 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 o HIV?” “Quem forneceu serviços de prevenção da malária?”
	Exemplos: Doença por classificações da CID-10
Despesas com investimento	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, maquinário e equipamentos (formação de capital); treinamento formal, pesquisa e desenvolvimento (itens relacionados)

Fonte: Cogswell et al, 2013

3.2. ESTRUTURA DA CONTA SATÉLITE DE SAÚDE (HEALTH SATELLITE ACCOUNTS – HSA)

Enquanto o SHA 2011, como visto na seção anterior, é o padrão internacional para descrever um sistema de saúde do ponto de vista da despesa, permitindo uma comparação dos gastos com saúde entre os países, a Conta Satélite de Saúde (HSA) tem como foco a produção dos bens e serviços de saúde, replicando o conteúdo das Contas Nacionais para a área da saúde, o que inclui o valor adicionado da produção de bens e serviços de saúde, o número de empregos e renda, e a interação dos fluxos de recursos de saúde com o resto da economia (NAKHIMOVSKY et al, 2014), permitindo melhor entender o papel do setor saúde na economia dos países.

As Contas Nacionais são o padrão internacional para analisar as informações econômicas de um país já que disponibilizam um panorama dos setores econômicos e institucionais (governo, famílias, empresas e instituições sem fins lucrativos). Os indicadores macroeconômicos produzidos pelas Contas Nacionais (PIB, valor adicionado, exportação, importação, consumo, investimento, produção, renda e empregos), quando combinados com a produção do setor saúde, podem produzir outros indicadores macroeconômicos importantes, como os gastos com saúde como porcentagem do PIB (NAKHIMOVSKY et al, 2014).

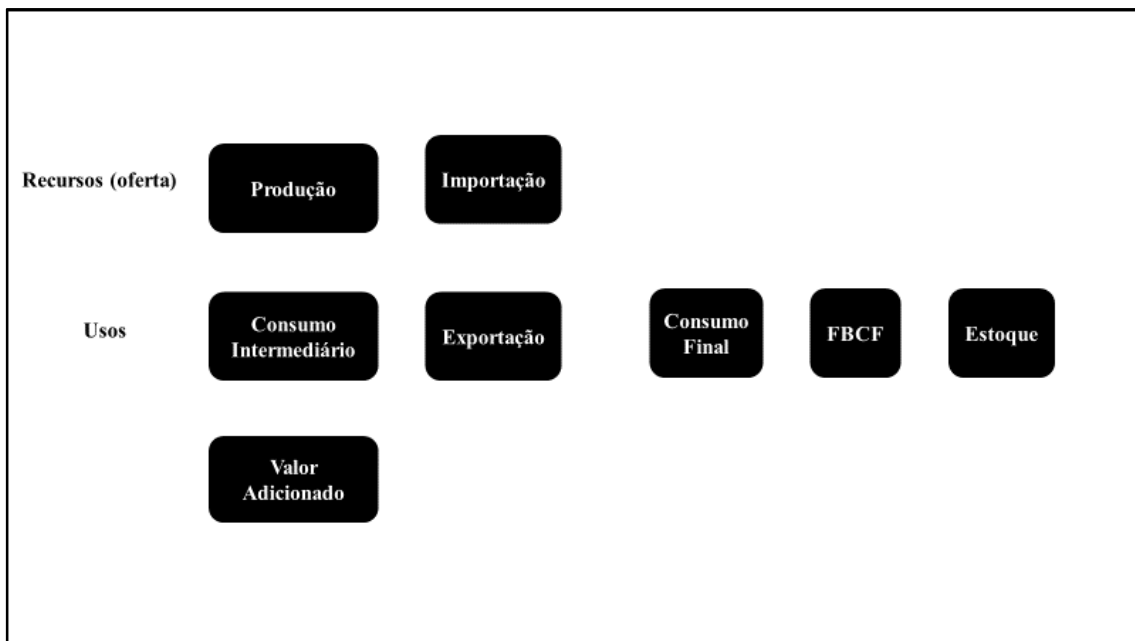
Assim como no Sistema de Contas Nacionais (SCN), a Conta Satélite é composta pelas Tabelas de Recursos e Usos (TRUs) e pela Conta Econômica Integrada (CEI)⁷². As TRUs descrevem o processo de produção, através das unidades locais de empresas ou famílias produtoras, mais as importações (recursos) e o uso de bens e serviços (consumo final, exportação e formação bruta de capital fixo – FBCF). As atividades econômicas são analisadas através da produção; da renda (salários pagos, excedentes operacionais e outros impostos sobre a produção, não incluindo impostos sobre produtos) e da despesa (consumo final ou intermediário, estoque, investimento e exportação). Por outro lado, a CEI fornece informações sobre como a renda é gerada, distribuída e utilizada (consumo final ou poupança), bem como o

⁷² No SCN referência 2010, a Conta Satélite de Saúde no Brasil deixou de publicar a CEI. Na época, os usuários não costumavam utilizar a CEI da Conta Satélite.

processo de acumulação de ativos financeiros e não financeiros, de acordo com os setores institucionais (governo, empresas, famílias e instituições sem fins lucrativos)⁷³.

As Contas Nacionais utilizam diversas fontes de dados que incluem pesquisas, dados administrativos e censitários além de registros oficiais. As informações são estruturadas em uma sequência de componentes de contas que incluem contas correntes (contas de produção, receita e despesa), contas de capital, contas financeiras e balanços patrimoniais. Cada conta possui um item de saldo, que é obtido subtraindo o valor total dos usos ou ativos do valor total dos recursos ou passivos. Isso garante que as contas forneçam informações como valor adicionado (renda gerada), excedente operacional bruto, renda disponível, poupança, capacidade / necessidade líquida de financiamento e patrimônio líquido (OCDE, 2017). As Figuras 3, 4 e 5 mostram a estrutura da Conta Satélite de Saúde, que segue a estrutura do SCN (SNA - *System of National Accounts* 2008).

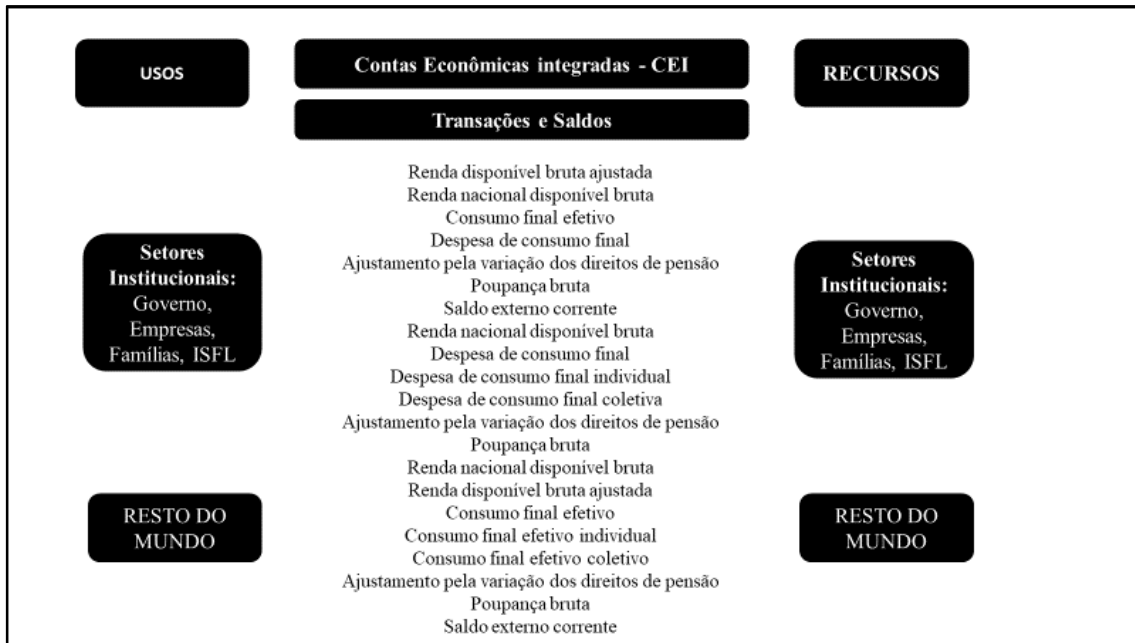
Figura 3: Estrutura das Tabelas de Recursos e Usos (TRU)



Fonte: Elaboração Própria

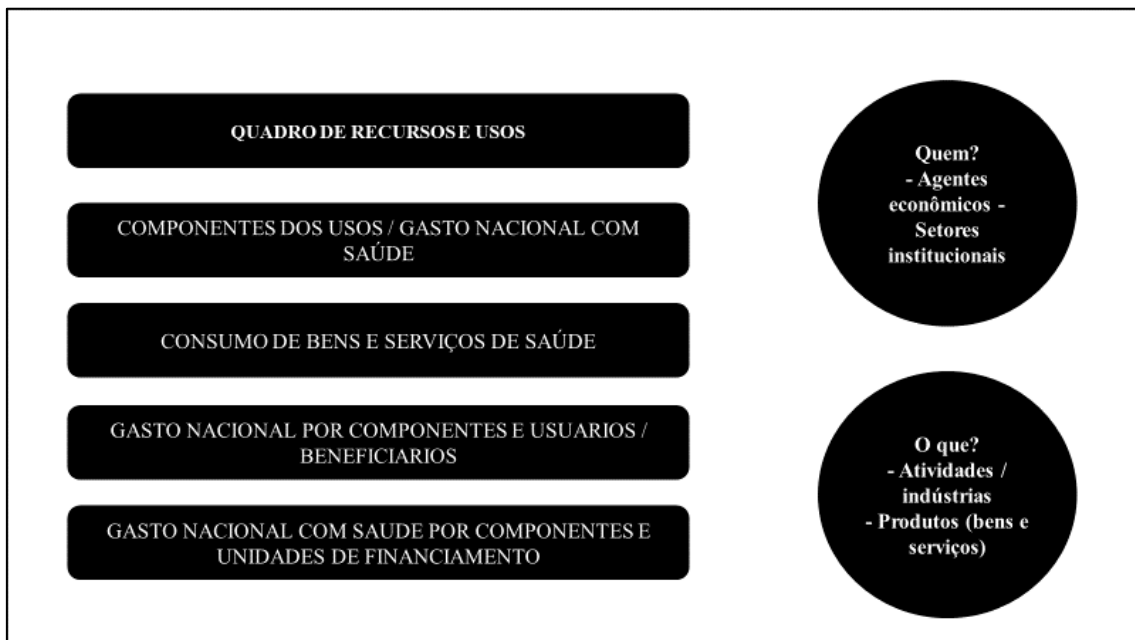
⁷³ Nas primeiras publicações, havia uma CEI para a Saúde que mostrava os dados até a conta de geração de renda. Com a nova base 2010, a produção da CEI acabou sendo interrompida. Talvez seja o caso de retomar as discussões na nova mudança de base.

Figura 4: Contas Econômicas Integradas (CEI)



Fonte: Elaboração Própria

Figura 5: Escopo da Conta Satélite de Saúde



Fonte: Elaboração Própria.

O manual do SNA 2008 define o gasto total com saúde como sendo o consumo de bens e serviços de saúde pelas unidades residentes mais a formação bruta de capital em instalações de prestadores de serviços de saúde. O total das despesas correntes em saúde corresponde aos

serviços de cuidados pessoais de saúde, produtos médicos fornecidos aos pacientes no ambulatório, total de despesas pessoais com saúde, medidas de prevenção e serviços de saúde pública além das despesas com seguros de saúde. A despesa total com saúde é a soma da formação bruta de capital no setor da saúde mais as despesas correntes com saúde.

De acordo com o manual, as despesas com saúde incluem gastos com bens e serviços de saúde individuais, serviços coletivos de saúde e funções relacionadas com atenção à saúde.

Personal health care distinguishes services of curative care, services of rehabilitative care, services of long-term nursing care, ancillary services to health care and medical goods dispensed to outpatients. Collective health care services are divided between preventive and public health services on the one hand and health administration and health insurance on the other. Health-related functions include capital formation of health care provider institutions, education and training of health personnel, research and development in health, food, hygiene and drinking water control, environmental health, administration and provision of social services in kind to assist those living with disease and impairment, and administration and provision of health-related cash benefits (SNA 2008, p.539).

A Conta Satélite de Saúde inclui os serviços de educação em saúde (hospitais universitários) e gastos com P&D (ativos não financeiros) como despesas com saúde. Além disso, pode incluir como extensão os seguintes itens: medicina ocupacional / atividades auxiliares; cuidados de saúde na residência e serviços voluntários não remunerados (SNA, 2008).

Se, por um lado, a Conta Satélite de Saúde permite uma análise macroeconômica, por outro, a publicação é mais rígida em relação à estrutura, sendo mais inflexível para medir e descrever os gastos em saúde de uma maneira mais útil para os formuladores de políticas públicas. Conforme mencionado, a versão do SNA 93 disponibilizou, pela primeira vez, um capítulo propondo uma metodologia para as Contas Satélites. A ideia era estudar um setor como a saúde ou o turismo dentro da estrutura das contas nacionais, considerando as especificidades de cada setor. Em 2008, o novo manual do SNA também publicou um capítulo com as propostas para a elaboração das contas satélites, citando exemplos na área da saúde, meio ambiente e turismo.

As Contas Satélites podem ser classificadas como interna e externa. A conta interna tem como objetivo dar mais visibilidade a um campo específico de estudo (setor saúde, turismo ou petróleo, por exemplo) que faz parte do quadro central das Contas Nacionais. As informações, referentes ao setor saúde, nas Contas Nacionais, por exemplo, são mais agregadas. Na Conta Satélite, a participação do setor saúde na economia aparece de forma mais detalhada. Embora os conceitos fundamentais não sejam alterados, ocorrem algumas mudanças nas classificações

de algumas atividades do Sistema de Contas Nacionais (SCN). Um exemplo, no caso da Conta Satélite de Saúde brasileira é a separação dos gastos com os hospitais universitários do total de gastos com educação, contabilizando essa produção dentro dos serviços de saúde.

As contas externas utilizam conceitos alternativos àqueles estabelecidos no quadro central do SNA. A conta de meio ambiente, por exemplo, é um caso de conta satélite externa. No caso da Conta de Saúde, a elaboração de uma conta externa implica a inclusão de trabalho voluntário não remunerado das famílias, a fim de fornecer o serviço de assistência aos doentes dentro da moradia (CEPAL, 2014). A conta externa permite alterar os conceitos de produção, consumo ou formação bruta de capital fixo por exemplo.

Enfim, a Conta Satélite de Saúde tem como objetivo informar as políticas públicas e a tomada de decisão sobre programas e projetos relacionados ao setor saúde, vinculando-o ao crescimento e desenvolvimento da economia. A partir de uma abordagem macroeconômica, utilizando a estrutura das Contas Nacionais, é possível analisar a produção e o consumo de bens e serviços de saúde durante um período, bem como a geração de renda e emprego no setor saúde. Informa também sobre a interação entre o setor saúde e o resto da economia, além de ampliar a compreensão dos formuladores de políticas sobre a contribuição do sistema de saúde para o desenvolvimento nacional.

3.3. COMPARAÇÃO ENTRE AS DUAS METODOLOGIAS: VANTAGENS E DESVANTAGENS

A conta SHA possibilita descrever de forma sistemática os fluxos de financiamento de atenção à saúde, ou seja, apresenta o sistema de saúde dos países a partir de uma abordagem financeira. Além disso, mostra a relação entre financiamento e consumo final de bens e serviços de saúde, valorizando “o uso de recursos financeiros pelos diferentes agentes envolvidos no consumo e produção em saúde e nas várias atividades desenvolvidas no setor” (Ministério da Saúde, 2018, p. 10). Ao contrário da Conta Satélite de Saúde, a publicação do SHA não elabora uma conta de produção nos moldes do Sistema de Contas Nacionais (SCN). A metodologia tem como foco os usos finais (consumo final e formação bruta de capital, quando possível). No caso dos medicamentos, por exemplo, a conta SHA mostra os produtos farmacêuticos que são consumidos na farmácia ou no posto de saúde. Não há informação sobre fábricas ou separação entre margem de comércio e compra de mercadorias para revenda nas farmácias.

SHA and national accounts differ in their primary perspective of the economic activity of a society. While SHA concerns itself with the consumption, provision and financing of health care goods and services only, national accounts refer to the supply of all goods and services, the use of those goods and services, and the generation and distribution of income in the whole economy (OCDE, 2017, p. 47)

Embora tenha havido um esforço por parte do SHA 2011 para incluir informações sobre a produção de bens de saúde, a conta de produção desenvolvida pela Conta Satélite é mais completa a partir do momento em que segue o manual das Contas Nacionais, excluindo os insumos (consumo intermediário) utilizados durante o processo de produção para evitar dupla contagem, além de contabilizar os produtores de bens de saúde. Segundo o manual do SHA: “The expenditure of production units on providing occupational health services for their employees is recorded as intermediate consumption of the respective units under SNA, while it is recorded as output of the respective units in SHA” (OECD, 2017, p. 47).

Além disso, a Conta Satélite de Saúde fornece informações sobre volume e preço da produção, exportação e importação de produtos de saúde, além do consumo de bens e serviços de saúde. Ela calcula a variação, em termos reais, deduzindo o aumento dos preços. Dessa forma, é possível dimensionar o crescimento real da atividade econômica ou do consumo de bens e serviços.

Se, por um lado, a Conta Satélite permite analisar os gastos (ou consumo final) com saúde a partir dos setores institucionais: governo (ótica pública) e famílias, instituições sem fins de lucro (ótica privada), a conta SHA discute a estrutura do financiamento da saúde a partir dos regimes de financiamento (HF)⁷⁴. Através dele é possível mapear a origem do recurso (nacional ou internacional), a participação dos beneficiários (compulsória/automática ou voluntária); as regras gerais de acesso ao sistema de saúde por parte do beneficiário (regimes contributivos, não contributivos ou discricionários) e o método de arrecadação das receitas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Quadro 7 sintetiza as diferenças entre as duas Contas de Saúde.

⁷⁴ Embora a Conta Satélite de Saúde brasileira não publique a CEI, é importante ressaltar que as tabelas da CEI no SNA também permitem analisar os fluxos financeiros, inclusive com o resto do mundo.

Quadro 7: Comparação entre a HSA e a conta SHA

Conta Satélite de Saúde (HSA)	Sistema de Contas de Saúde (SHA)
Setores Institucionais: famílias, ISFL, governo, empresas.	Agentes Financiadores: governo, famílias, operadores de planos de saúde.
Atividades do setor saúde: saúde pública, saúde privada, fabricação de produtos farmacêuticos etc.	Prestadores dos bens e serviços de saúde: hospitais, ambulatórios, farmácias etc.
Produtos: medicamentos, aparelhos médicos etc.	Gastos com saúde por Funções: atenção curativa, reabilitação, cuidados de longo prazo etc.
Abordagem na produção: visão macroeconômica do setor saúde, analisando a oferta (produção + importação) e os seus usos (consumo final, FBCF, consumo intermediário e exportação).	Abordagem financeira: relação entre o financiamento e o consumo de bens e serviços de saúde
Foco: produção (valor adicionado, importação, exportação, usos finais e intermediários)	Foco: usos finais (consumo e FBCF quando possível)

Fonte: Adaptado da Cepal, 2014

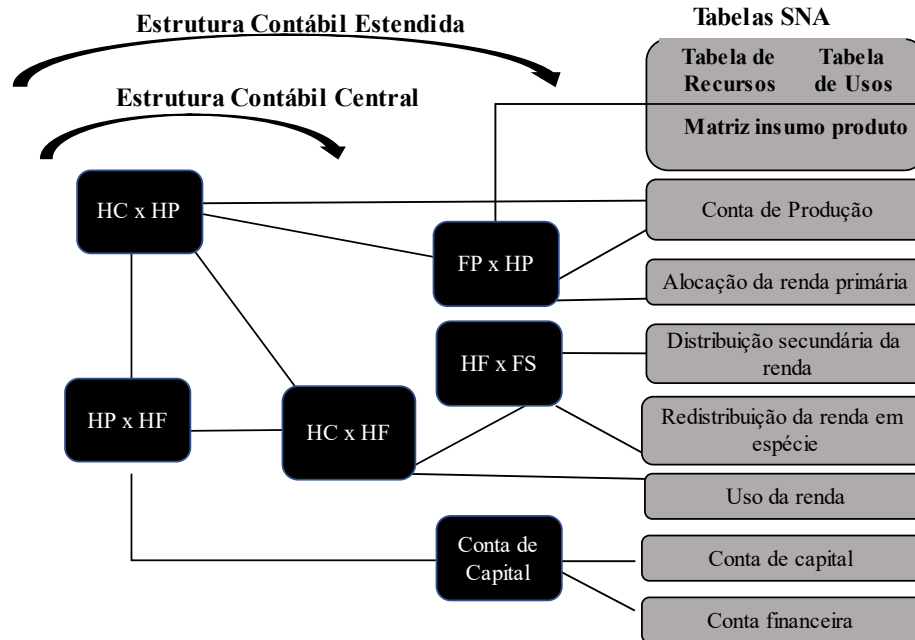
A Figura 6 mostra as ligações entre as tabelas do SNA (conta satélite) e as tabelas de classificação da conta SHA. As despesas correntes com saúde, que correspondem à soma dos bens e serviços de saúde para o consumo final das unidades residentes, podem ser identificadas a partir da produção de serviços de saúde pelos prestadores (tabela HC x HP⁷⁵). Essa informação, no SNA, aparece na conta de produção (tabelas de recursos e usos). O consumo intermediário, na conta SHA, é registrado nas tabelas HC x FP⁷⁶. A remuneração dos

⁷⁵ HC: Classification of Health Care Functions (ICHA-HC) e HP: Classification of Health Care Providers (ICHA-HP)

⁷⁶ HC: Classification of Health Care Functions (ICHA-HC) e FP: Classification of Factors of Health Care Provision (ICHA-FP), ou seja, insumos utilizados na produção de bens e serviços de saúde

empregados do setor saúde é informada na tabela HP x FP⁷⁷. No SNA, ela é classificada na conta de distribuição primária da renda.

Figura 6: Relação entre a conta SHA e o SNA



Fonte: Elaboração própria com base em OCDE, 2017 e SHA 2011

No SHA 2011, a tabela HF x FS⁷⁸ mostra as receitas dos regimes de financiamento. No SNA, cada mecanismo de contribuição para a saúde é incluído em diferentes transações e registrado em diferentes estágios. Um imposto, por exemplo, aparece na conta de alocação primária da renda que mostra quanto do valor adicionado é gerado pelo trabalho e quanto do valor da produção é pago ao governo na forma de impostos sobre a produção (menos subsídios). A conta SHA, foca apenas na última etapa, ou seja, apenas os recursos dos esquemas de

⁷⁷ HP: Classification of Health Care Providers (ICHA-HP) e FP: Classification of Factors of Health Care Provision (ICHA-FP)

⁷⁸ HF: Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF) e FS: Classification of Revenues of Health Care Financing Schemes (ICHA-FS)

financiamento (que pagam os provedores de saúde) são registrados na tabela HF x FS⁷⁹, enquanto o SNA reporta todas as transações (OCDE, 2017).

A compra de bens de saúde por parte dos prestadores de serviços de saúde realizada pelos órgãos do governo responsáveis pelo gerenciamento dos fundos ou pelas famílias (como despesas não reembolsáveis) é registrada no SHA na tabela HP x HF⁸⁰. No SNA, essas despesas são registradas na conta de uso da renda disponível e na conta de produção (no consumo intermediário).

Em relação à conta de capital, no SNA, ela registra o valor dos ativos não financeiros que são adquiridos ou alienados e as transferências de capital. A informação sobre as aquisições (menos alienações) pode ser combinada com a poupança e com as transferências de capital para calcular a variação no patrimônio líquido. No manual do SHA, existe um capítulo sobre conta de capital que propõe incluir as mudanças relevantes nos ativos financeiros. No SNA, essas alterações são registradas nas contas financeiras.

...all aggregates included in SHA to account for the health activities of production, collection of funds, pooling of funds, purchase of health goods and services and accumulation are in principle also recorded in SNA. Therefore, a set of empty SNA-type tables could be populated by using the information collected in the SHA extended accounting framework (OCDE, 2017, p. 419).

Apesar do SHA adotar definições e conceitos derivados do SNA, existem algumas diferenças importantes ao comparar os dois sistemas. Destacam-se a ampliação das fronteiras de produção no SHA, a inclusão de alguns serviços auxiliares no consumo final, o tratamento de bens adquiridos e revendidos pelos varejistas e a mensuração dos gastos com P&D (ativo não financeiro no SNA). Ele inclui uma parte da produção doméstica de serviços de saúde para o uso final próprio. O consumo final dos serviços de saúde no SHA também inclui os serviços de “saúde ocupacional”⁸¹ (por exemplo, vigilância da saúde e cuidados terapêuticos dos empregados dentro ou fora das instalações comerciais), que são considerados como uma atividade auxiliar no quadro central do Sistema de Contas Nacionais (classificados como consumo intermédio).

⁷⁹ HF: Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF) e FS: Classification of Revenues of Health Care Financing Schemes (ICHA-FS)

⁸⁰ HP: Classification of Health Care Providers (ICHA-HP) e HF: Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF)

⁸¹ Os serviços de saúde prestados por empresas de fora do setor saúde (médico de academia, enfermeira em escola e outros) fazem parte do escopo do SHA, mas não entram no cálculo da Conta Satélite.

“SHA considers the goods purchased and resold by retailers as their intermediate consumption, whereas SNA excludes them, as only minimal processing such as grading, cleaning, packaging, etc. are performed. Two consequences derive from the different approaches: 1) producers of health goods are excluded from the provider classification, and 2) retailers’ output is measured in SHA by the sum of the total value of the goods they purchase for resale plus the trade margins realized, while in SNA only the latter component is considered” (OCDE, 2017, p.419).

Ao contrário da Conta Satélite, que mostra a produção de bens e serviços de saúde por atividades específicas do setor saúde⁸², a conta SHA tem como foco os serviços de saúde. Sendo assim, produtos médicos como medicamentos fazem parte dos serviços de saúde seja como insumos necessários para produzirem um serviço (consumo intermediário) ou como fornecimento de medicamentos ao consumidor em atendimento a uma prescrição médica ou não (dispensação de medicamentos). A Conta Satélite fornece essa informação de maneira detalhada (produção, consumo intermediário e valor adicionado, além do destino – uso final – do produto).

Embora as duas abordagens tenham como objetivo analisar as despesas com saúde, o foco é diferente, ou seja, as duas publicações organizam informações sobre o financiamento, a produção e o uso de bens e serviços de saúde de maneira distinta e em níveis variados de detalhes. A Conta Satélite de Saúde (HSA) prioriza o conjunto de agregados macroeconômicos dos quais a despesa (consumo final) é apenas um dos itens analisados. Nesse sentido, a Conta Satélite é uma conta macroeconômica que mostra informações sobre geração de emprego e renda, por exemplo, enquanto a conta de saúde com base na metodologia SHA tem um foco meso-econômico (entre o macro e o micro) enfatizando, em sua análise, o financiamento do setor saúde.

Na Conta Satélite, por exemplo, a tabela do financiamento da despesa nacional de saúde não faz distinção entre as fontes finais dos fundos de saúde e a gestão desses fundos. Ela contém informações sobre o fluxo de financiamento para bens e serviços de saúde que os residentes de um país consomem. Por outro lado, a tabela do SHA mostra uma apresentação mais detalhada dos fluxos de financiamento que fornecem os bens e serviços de saúde consumidos - importante em uma época em que os sistemas de financiamento da saúde estão se tornando cada vez mais complexos (NAKHIMOVSKY et al, 2014).

⁸² A Conta Satélite de Saúde por exemplo mostra o consumo de bens e serviços de saúde de acordo com as seguintes atividades: medicamento para uso humano, preparações farmacêuticas, aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico, outros materiais médico/odonto/óticos e saúde privada

Em relação à produção de bens e serviços de saúde, a Conta Satélite de Saúde disponibiliza informações mais detalhadas sobre os insumos utilizados para produzir os bens e serviços de saúde que são consumidos no país (ou no exterior) ou investidos. As contas de produção e renda são mais detalhadas. A Conta Satélite de Saúde mostra, por exemplo, a abertura da renda das atividades de saúde em salários, contribuições sociais e excedente operacional bruto - EOB. No caso dos planos de saúde financiados pelas empresas, o cálculo entra como remuneração das famílias, ou seja, é como se as famílias recebessem o dinheiro das empresas e comprassem o serviço dos planos de saúde.

O SHA se concentra na compilação e análise dos tipos de bens e serviços utilizados pela população e grupos beneficiados. Esses grupos podem ser definidos de acordo com características demográficas, geográficas, socioeconômicas e epidemiológicas. Por exemplo, o SHA pode fornecer informações sobre quanto foi gasto com saúde para mulheres em oposição aos homens ou fazer uma análise do gasto por faixa de renda.

Tanto a Conta Satélite de Saúde como a conta SHA são ferramentas de políticas públicas que apoiam o sistema de saúde documentando os gastos com saúde, mas diferem em relação à abordagem e ao foco. Sendo assim, possuem uma estrutura de dados diferentes uma da outra, além de terem diferentes aplicações em termos de política pública.

Do ponto de vista metodológico da apuração das despesas com saúde, os dois manuais adotam o regime de competência. Segundo esse regime:

“as despesas são atribuídas para o período durante o qual o valor econômico foi criado, em vez do método de caixa, em que as despesas são registradas quando os desembolsos reais aconteceram. Este mesmo tratamento deve ser dado às exportações e importações, cujos valores são registrados quando um serviço é prestado ou, no caso das mercadorias, quando a mudança de propriedade de ativos ocorre” (PIOLA e VIEIRA, 2016, p.48).

Na área de administração pública do Brasil, o regime de competência corresponde ao estágio da liquidação da despesa, onde a administração pública é responsável pela apuração do objeto entregue e reconhece o direito do fornecedor ao pagamento.

O Quadro 8 mostra as principais diferenças entre as duas metodologias no que se refere ao conteúdo, objetivo, escopo e fontes de dados.

Quadro 8: Diferenças entre o SHA e a HSA

	SHA	HSA
Proposta e Conteúdo	O SHA concentra-se nos fluxos de recursos envolvidos no financiamento e fornecimento de bens e serviços de saúde consumidos pela população. As informações do SHA oferecem mais detalhes sobre os fluxos de financiamento da saúde. As informações da SHA têm uma ligação direta com o processo de planejamento e orçamento dos gestores de saúde.	A HSA examina os gastos no setor de saúde através das lentes de produção como forma de informar políticas públicas e tomada de decisão sobre programas e projetos relacionados ao setor de saúde. Com essa abordagem, a HSA cobre aspectos do processo de produção não cobertos pelo SHA. Esta informação adicional permite analisar o valor acrescentado da produção de bens e serviços de cuidados de saúde e as ligações entre o setor da saúde e o crescimento e desenvolvimento macroeconómico.
Escopo	O SHA tem sua origem no sistema de Contas Nacionais possibilitando análises e uma padronização internacional; o SHA se concentra no financiamento de bens e serviços de saúde consumidos de uma forma relevante para a política.	A conta satélite é derivada do sistema de Contas Nacionais. Também permite análises e padronização internacional. Na verdade, a conta satélite é uma réplica das Contas Nacionais para o campo da saúde.
Dados	Sistemas sólidos para coleta de dados primários do setor privado ou informações de verificação cruzada para fontes de dados variáveis permitem que países com sistemas de pesquisa e informações ainda incipientes concluam a estimativa.	A estimativa de uma conta satélite completa cobrindo os gastos públicos e privados (incluindo a Tabela de Recursos e Uso) requer uma Conta Nacional consolidada com técnicos qualificados e com um trabalho contínuo seguindo os manuais internacionais.

Fonte: Nakhimovsky et al, 2014

O Quadro 9 analisa pontos em comuns e as diferenças entre as duas metodologias no que se refere aos indicadores financeiros e econômicos.

Quadro 9: Questões respondidas pelo SHA e pela HSA

Indicadores Financeiros	
<p>Quanto é o gasto em saúde? Como esse gasto se relaciona com o resto da economia?</p>	<p>As 2 abordagens estimam os gastos correntes totais em saúde. Os limites para as estimativas são definidos de forma semelhante, uma vez que ambas as abordagens incluem despesas com saúde cujo destino é o consumo final</p> <p>As 2 abordagens calculam o gasto total em saúde como percentual do PIB já que as duas têm como base as Contas Nacionais. Este cálculo permite que ambas as abordagens coloquem os gastos com saúde numa perspectiva macroeconômica.</p>
<p>Qual é o orçamento (receita) da saúde? As receitas para cada esquema de financiamento se originam de quais setores institucionais? Através de que tipos de arranjos financeiros as pessoas têm acesso aos bens e serviços de saúde?</p>	<p>A metodologia do SHA enfatiza a origem e o destino do financiamento, com ênfase no financiamento dos serviços que são consumidos. O SHA gera indicadores a partir de três classificações (funções de saúde, provedores e esquemas de financiamento) para produzir uma representação estatística complexa do financiamento da saúde. A HSA também contém os dados necessários para responder a essas perguntas. No entanto, a conta satélite mostra o financiamento de um jeito menos explícito, pois tem como ênfase a lógica da produção. O financiador seria o setor institucional (governo, empresas, famílias e instituições sem fins lucrativos)</p>
Indicadores Econômicos	
<p>Como a indústria do setor da saúde é organizada?</p>	<p>As 2 abordagens geram indicadores sobre os prestadores de serviços de saúde de um país através do detalhamento dos gastos com saúde. No caso da HSA, a informação aparece por atividades do setor saúde. Algumas questões relacionadas à estimativa de gastos privados, no entanto, podem limitar a extensão em que as informações sobre o setor privado são incluídas na análise. Não é possível saber quanto dos serviços de saúde foi pago via plano (de acordo com a definição das Contas Nacionais, o plano de saúde é só o serviço de intermediação financeira, não o serviço pago via planos). No entanto, é possível saber quanto dos serviços foi pago via planos através das despesas assistenciais dos planos de saúde (site da ANS).</p>
<p>Qual o papel das importações e exportações no setor da saúde e na economia?</p>	<p>As duas publicações disponibilizam informações sobre importações e exportações de serviços de saúde. A HSA oferece uma perspectiva mais macroeconômica e geralmente dá mais peso a essa questão. Ele pode responder perguntas como: Qual é o percentual de todas as importações de bens e serviços relacionados à saúde? Qual o percentual da importação de produtos do setor saúde? Qual o percentual de todas as exportações para bens e serviços relacionados à saúde?</p> <p>A versão do SHA 2011 fornece uma estrutura mais abrangente para rastrear importações e exportações do que a versão anterior (SHA 1.0). Em países de baixa e média renda, o rastreamento de importações é mais prioritário do que as exportações, dado que as importações são incluídas na estimativa, mas as exportações, exceto em alguns contextos específicos, são periféricas à análise principal. Países de baixa e média renda costumam importar um percentual elevado de produtos de saúde. Portanto,</p>

Fonte: Nakhimovsky et al, 2014

Quadro 9 (Continuação)

Indicadores Econômicos	
Qual é a composição do mercado de trabalho de saúde?	Os indicadores do mercado de trabalho são apenas parte do HSA. Quantos novos empregos o sistema de saúde criou? Qual percentual de empregos no setor saúde em relação à economia total? Quantos empregos formais, autônomos e não registrados existem no setor de saúde? O SHA responde a essa questão, fornecendo o valor dos salários e outras remunerações dos prestadores de serviços de saúde. No entanto, somente a HSA mostra a abertura da renda das atividades de saúde em salários, contribuições sociais e excedente operacional bruto - EOB.
Quem consome bens e serviços de saúde?	Ambas as abordagens respondem essa pergunta. O SHA tem um pouco mais de detalhe do que o HSA, dada a maior especificidade de sua classificação padrão.
Quão eficiente é a produção de bens e Serviços? Quão eficiente é o financiamento e a gestão global do sistema de saúde?	O HSA analisa de forma mais detalhada a eficiência da produção. A representação do fluxo de recursos através do processo de produção é mais completa. O SHA possui os fatores de classificação de provisão, que fornece o valor dos insumos para os bens e serviços que foram utilizados para a produção de bens e serviços de saúde consumidos pelos residentes. No entanto, não analisa de onde vieram esses insumos nem o valor adicionado gerado durante o processo de produção. Isso é feito apenas no HSA, mas não impossível no SHA.
Qual o valor adicionado das atividades relacionadas à saúde? Por exemplo, quanto do valor agregado é gerado pelo indústria farmacêutica? Pelos medicamentos? Pelos planos de saúde?	Somente a HSA fornece respostas para essas perguntas
Quão eficaz é gastar no sistema de saúde?	Os dados das 2 publicações podem ser usados em uma análise sobre a eficácia das intervenções e do sistema de saúde. Por exemplo, a comparação dos gastos com saúde com os resultados obtidos ao longo do tempo pode fornecer alguma indicação sobre se as intervenções atingiram as metas.

Fonte: Nakhimovsky et al, 2014

Em síntese, as duas metodologias são complementares com suas vantagens e desvantagens. A maior vantagem do SHA é mapear a origem e o destino dos fluxos de financiamento e dos bens e serviços de saúde. Além disso, a abordagem matricial impõe consistência no uso de diferentes fontes de dados e ajuda a identificar lacunas e necessidades de informação (OCDE, 2017). Por outro lado, as transações econômicas que permitem

identificar o superávit ou déficit e a capacidade/necessidade líquida de financiamento dos atores de saúde não aparecem na publicação do SHA.

Essas informações estão bem detalhadas na Conta Satélite (HSA) através das contas de produção e geração e uso da renda (transações econômicas bem detalhadas). Elas mostram, por exemplo, se os fundos foram coletados por meio de impostos, contribuições (pagas pelos empregadores ou empregados), doações ou transferências do resto do mundo; como eles são redistribuídos entre os setores institucionais que compram bens e serviços de saúde; ou se a compra é para uso final próprio ou como pagamentos de terceiros. Além disso, a sequência das contas fornece estimativas dos superávits ou déficits por setor institucional. Essa análise é necessária para abordar a questão da sustentabilidade financeira do sistema de saúde. Uma desvantagem da sequência de contas é que não é possível identificar a origem e o destino das transações (“de quem para quem”).

Outro ponto positivo é a análise pelo lado da oferta do sistema de saúde, ou seja, é possível examinar a estrutura da produção dos prestadores de serviços de saúde, o consumo intermediário e o valor adicionado (a renda gerada pela atividade econômica) e a integração do sistema de saúde no resto da economia.

CAPÍTULO 4: PANORAMA DAS CONTAS DE SAÚDE NO BRASIL: EVOLUÇÕES E TENDÊNCIAS

Neste capítulo, será exposta a história da construção do atual formato das Contas de Saúde no Brasil em perspectiva com as tendências apontadas no mundo do Capítulo 2. O capítulo tem duas seções: evolução e tendências e estado da arte atual.

4.1. EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS

Antes da institucionalização da Conta Satélite de Saúde no Brasil, as estimativas de gastos com saúde no Brasil eram feitas a partir de linhas de pesquisas. O IPEA, na década de 1980, trabalhava com gasto social consolidado no nível federal (gastos do Ministério da Saúde + gasto da Assistência Social e da Previdência Social), além de estimar os gastos privados através da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A ANS foi criada somente em 1998, sendo assim, os dados sobre saúde suplementar também eram escassos. Ademais, a criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)⁸³, em 2000, permitiu apurar os gastos com saúde dos Estados e Municípios.

Sem um sistema de Contas de Saúde institucionalizado, não havia uma consistência temporal que permitisse uma periodicidade das publicações sobre gastos com saúde e o uso de um sistema de base de dados mais abrangente. Não havia uma apuração sistemática de Contas de Saúde no Brasil. Além disso, sem adotar uma metodologia de padrão internacional, ficava difícil a comparação dos gastos com saúde com os outros países.

As discussões sobre a necessidade de adotar uma metodologia para Contas de Saúde no Brasil começaram no início da década de 2000 com o intuito de melhorar a qualidade dos gastos de saúde no Brasil (público e privado), padronizando e dando mais consistência a eles. O Ministério da Saúde organizou um seminário internacional, em 2000, “com o intuito de discutir metodologias para elaboração das Contas Nacionais de saúde para o Brasil” (SERVO e PAIVA, 2009, p.3).

Em 2000, foi assinado o Acordo MERCOSUL/RMS/Acordo nº07/00 que aprovou o “Plano de Trabalho Ad Hoc de Contas Nacionais de Saúde do MERCOSUL e Associados.” e

⁸³ O SIOPS foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163, de 11 de outubro de 2000. Em 2004, ela foi retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446, de 16 de março de 2004. Atualmente, o SIOPS é coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

produzido um estudo chamado Balanço das Abordagens Metodológicas sobre Contas Nacionais em Saúde em que se discutiam as três principais metodologias de Contas de Saúde na época: o SHA, desenvolvido pela OCDE, a HSA, elaborada pelo Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO) com base no manual do SNA e a NHA, concebida pela Escola de Saúde Pública de Harvard e conhecida como Metodologia da Escola de Harvard, como visto no capítulo 2.

No início da década de 2000, a OPAS procurou o IBGE para propor a metodologia de Conta Saúde baseada no modelo proposto pela Escola de Harvard. A partir daí, começaram as discussões sobre uma Conta de Saúde elaborada pelo IBGE em parceria com outros órgãos: Ministério da Saúde, FIOCRUZ, IPEA e ANS.⁸⁴

Em paralelo a isso, o Ministério da Saúde e o IPEA gerenciaram um acordo de cooperação técnica entre o Brasil e o Reino Unido⁸⁵, chamado Economia da Saúde cujo objetivo era “difundir a economia da saúde no Brasil e o seu uso na gestão dos sistemas de saúde dos três níveis de governo” (SERVO e PAIVA, 2009, p.3). Um dos produtos desse acordo de cooperação foi a elaboração do documento **Contas de Saúde do Brasil: Relatório Final do Projeto**, publicado em março de 2004, que contou com a participação de duas consultoras Ana Cecilia Faveret e MARIA Angélica Basto dos Santos. O estudo fez uma análise das principais metodologias utilizadas na mensuração dos gastos com saúde: HSA (ONU / SNA 93) e SHA /OCDE. Além disso, adaptou as duas metodologias ao caso brasileiro, criando tabelas que facilitassem a compreensão do setor de saúde no país e as comparações internacionais. Analisou também as fontes de dados que alimentam as tabelas das Contas de Saúde.

Em 2003, o IBGE⁸⁶ passou a fazer parte das discussões que estavam sendo realizadas por organismos internacionais (OPAS) e pelo Ministério da Saúde sobre uma metodologia para elaboração de uma Conta de Saúde no Brasil. Em maio de 2005, a OPAS apoiou a realização de um seminário internacional no IBGE⁸⁷ com o objetivo de discutir e apresentar as propostas e os avanços na elaboração da Conta Satélite de Saúde em alguns países da América Latina. Em setembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde, em parceria com o IPEA, realizou uma

84 Informação obtida a partir de entrevistas com técnicos do IBGE e de outros órgãos envolvidos nas discussões iniciais sobre a elaboração de uma Conta de Saúde no Brasil. O assunto será abordado com maior profundidade no capítulo 3.

85 . UK Department for International Development (DFID)

86 Na época, o Instituto discutia as mudanças para a nova base de Contas Nacionais (ano 2000).

87 Primer “Taller sobre las Cuentas Satélites de la Salud en las Américas”

Oficina de Trabalho sobre Contas de Saúde que apresentou o estado da arte da elaboração da Conta Satélite no Brasil.

Em 2006, já com o apoio da ANS e da FIOCRUZ, foi publicada uma Portaria Interministerial n. 437, de 1º de março de 2006, assinada pelos ministros da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão. A portaria instituiu um Comitê Gestor e um Grupo Executivo com o intuito de acompanhar e tornar viável a implementação e manutenção das Contas de Saúde no Brasil.

A institucionalização do projeto da Conta Satélite, através da criação do Comitê Gestor e do Grupo Executivo, foi fundamental para a continuidade do projeto ao longo desses anos. Uma das vantagens de ter o IBGE a frente do projeto é o fato da publicação seguir a metodologia das Contas Nacionais, contribuindo para a consistência e qualidade dos dados e o corpo técnico do IBGE formado por servidores concursados e especialistas em Contas Nacionais. Além disso, as discussões periódicas com os especialistas dos demais órgãos é fundamental para manter a qualidade e atualização da publicação

O IBGE seria o responsável pela publicação. Com isso, a metodologia adotada seria baseada no SNA 93. Conforme mencionado, a Conta Satélite é uma extensão do Sistema de Contas Nacionais, com o objetivo de ampliar a análise econômica de diversos setores. Com o objetivo de proporcionar uma maior consistência nos utilizados na elaboração da Conta de Saúde brasileira, era importante adotar uma metodologia baseada no manual do Sistema de Contas Nacionais (SNA), ou seja, o modelo de Conta Satélite de Saúde.

Conforme mencionado na introdução, a primeira publicação, divulgada em 2008, não chegou a ser uma Conta Satélite, mas sim um compilado de informações sobre o setor saúde do ponto de vista econômico. As duas primeiras Contas Satélites de Saúde, seguindo a metodologia da Base 2000 do SCN, eram referentes ao período de 2005 a 2009. A partir de 2010, com a mudança do ano de referência em 2010, não foi possível comparar as publicações referentes ao período de 2005 – 2009 com o período de 2010 – 2017. Porém, junto com a última publicação, divulgada em dezembro de 2019, o IBGE disponibilizou uma série retropolada com os dados sobre consumo final de saúde, sendo possível comparar todo o período da série⁸⁸. Desde 2016, as publicações do IBGE passaram a ser divulgadas em duas partes: a primeira parte destaca os principais resultados da pesquisa enquanto a segunda disponibiliza as notas técnicas e

⁸⁸ É possível comparar as despesas com consumo final durante o período de 2000 a 2015 devido à série retropolada divulgada em 2017. No entanto, não é possível comparar as publicações de 2005 a 2009 com a publicação de 2010 a 2005 por serem bases de trabalho distintas.

metodológicas. Portanto, última publicação foi divulgada no formato informativo, tornando mais acessível ao público da área da saúde⁸⁹.

Com a mudança da base metodológica do Sistema de Contas Nacionais, prevista para 2021, novas questões serão discutidas visando melhorar as lacunas da publicação.

4.2. ESTADO DA ARTE ATUAL

4.2.1. Conta Satélite de Saúde

O Brasil segue a metodologia do Sistema de Contas Nacionais (SNA 2008), como citado na introdução do trabalho. Em dezembro de 2019, o IBGE publicou a última edição da Conta Satélite de Saúde com a série revisada de 2010 a 2017. Os valores do consumo intermediário da Educação e da Defesa foram revistos a partir dos dados do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Os dados desta última passaram a ser incorporados na última edição. Além disso, as tabelas de recursos e usos (TRUs) da Conta Satélite de Saúde no período 2010 a 2015 foram revistas de acordo com a atualização do Sistema de Contas Nacionais - SCN.

A Conta Satélite de Saúde do IBGE disponibiliza tabelas sinóticas com informações sobre consumo de bens e serviços de saúde, produção, consumo intermediário, valor adicionado, postos de trabalho e variação de volume e preço. As TRUs descrevem a economia a partir de três perspectivas: 1) recursos ou oferta (valor produzido, importado e pago em impostos sobre produtos, além das margens de comércio e de transporte); 2) usos ou demanda (consumo final das famílias, instituições sem fins de lucro - ISFL e governo, exportação, formação bruta de capital fixo - FBCF e variação de estoque) e 3) renda (salários pagos, excedente operacional e outros impostos sobre a produção).

A Conta-Satélite de Saúde (HSA), por questões metodológicas, não inclui como despesa as transferências governamentais para instituições sem fins lucrativos, excluindo tudo o que é registrado nessa rubrica nos registros administrativos. No entanto, a produção das instituições sem fins lucrativos é captada pelo imposto de renda de pessoa jurídica, logo, seu valor de produção faz parte da conta satélite (como produção privada de serviços de saúde).

⁸⁹ <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html?=&t=o-que-e>

As principais bases de dados utilizadas na elaboração da Conta Satélite são: SIAFI e a base Finanças do Brasil - FINBRA, organizados pela Secretaria do Tesouro Nacional, além dos dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SOPS) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde. A última publicação utilizou dados EBSEH para complementar as informações sobre os Hospitais Universitários. Também fazem parte da base de dados os balanços orçamentários de estados e municípios, bem como dados da Secretaria de Comércio Exterior (SECEX), do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, e do Balanço de pagamentos, do Banco Central do Brasil, além da antiga Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ), atual Escrituração Contábil Fiscal (ECF), da Secretaria da Receita Federal. Ao lado desses registros, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), a Pesquisa Industrial Anual (PIA) e a Pesquisa Anual de Comércio (PAC), realizadas pelo IBGE, também fornecem dados para o Sistema de Contas Nacionais (IBGE, 2017).

O Quadro 10 sintetiza as atividades econômicas e os produtos do setor saúde, segundo a classificação da CNAE 2.0, utilizadas para delimitar o escopo das atividades de saúde na conta satélite.

Quadro 10: Atividades e Produtos de Saúde

Atividades	Produtos característicos	Produção secundária
Fabricação de produtos farmacêuticos	Produtos farmoquímicos	
	Medicamentos para uso humano	
	Preparações farmacêuticas	
Fabricação de instrumentos e material médico, odontológico e óptico	Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico	
	Outros materiais para uso médico, odontológico e óptico, inclusive prótese	
Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos	Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos	
Saúde privada	Saúde privada	
Saúde pública	Saúde pública	Medicamentos para uso humano
		Saúde privada
Saúde pública - Educação e Defesa	Saúde pública	

Fonte: Contas Nacionais IBGE

A atividade **Fabricação de produtos farmacêuticos** inclui a produção de farmoquímicos (substâncias químicas ativas usadas como insumos na preparação de medicamentos), medicamentos para uso humano e preparações farmacêuticas (kits para

diagnóstico, curativos, bandagens, gazes, hastes com extremidades envoltas em algodão, água oxigenada e outros materiais). Os medicamentos para uso veterinário (vacinas veterinárias e antiparasitários) não fazem mais parte dessa atividade.

A atividade **Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos** abrange os instrumentos e utensílios para usos cirúrgicos, odontológicos e de laboratórios, além da fabricação de mobiliários médicos e odontológicos, aparelhos e calçados ortopédicos, aparelhos auditivos e muletas. A manutenção e a reparação desses aparelhos e utensílios faz parte de uma outra atividade fora do escopo da Conta Satélite de Saúde (manutenção e reparação de equipamentos e produtos não especificados).

A atividade **Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria, médico e odontológicos** compreende os comércios atacadista e varejista de medicamentos para usos humano e veterinário. Ela inclui também as farmácias de manipulação e o comércio de artigos médicos e ortopédicos (próteses, muletas, cadeiras de rodas, aparelhos auditivos etc.). Além disso, fazem parte os materiais médico-cirúrgico-hospitalares e laboratoriais (estetoscópios, medidores de pressão, bisturis, pinças, tubos de ensaio).

A atividade **saúde privada** engloba os planos e seguros⁹⁰ de saúde, os serviços sociais privados, os serviços hospitalares, ambulatoriais (consultas e tratamentos médicos e odontológicos) e de apoio diagnóstico privados (exames, radiologia, quimioterapia e outros). A atividade inclui “os serviços de hospitalização prestados a pacientes internos, realizados em hospitais gerais e especializados, sanatórios, centros de medicina preventiva e em outras instituições de saúde com internação” (IBGE, p.17). Os serviços de pronto atendimento, urgência e emergência também fazem parte dessa atividade.

Até 2014, a principal fonte de dados para a atividade saúde privada era a Declaração de Rendimentos da Pessoa Jurídica - DIPJ⁹¹. Sendo que as empresas classificadas como imunes ou isentas de Imposto de Renda eram obrigadas a preencher suas declarações. A partir de 2015, a ECF substituiu o DIPJ.

⁹⁰ NA base 2000, a Conta Satélite separava os gastos com planos de saúde da atividade saúde privada. Devido a atrasos no envio dos dados do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica, os dados ficaram limitados e na base 2010, passaram a ser agregados.

⁹¹ Para os anos de 2014 a 2017, os dados da DIPJ e da ECF não foram disponibilizados a tempo para fazer parte da publicação. O valor da produção foi estimado através de índices de volume e preço, a partir de dados do ano anterior.

Nas Contas Nacionais, a produção dos planos e seguros de saúde se refere somente a prestação de serviços de administração, ou seja, é o custo da intermediação da prestação de serviço (mensalidades pagas pelos beneficiários). O valor da produção dessa atividade é igual ao valor que os planos e seguros recebem em mensalidades de seus beneficiários mais o rendimento das aplicações de suas reservas técnicas menos o que pagam para cobrir as despesas assistenciais (IBGE, 2019).

No caso dos postos de trabalho formais, os dados vêm da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho. A fonte de dados para os empregos autônomos e sem carteira assinada é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE.

A fonte para os dados de variação de volume da produção de internações e atendimentos ambulatoriais privados é a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Para os serviços sociais privados, não há informações diretas sobre o volume da produção. O cálculo é feito através da variação do pessoal ocupado como referência para a variação de volume da produção (IBGE, 2019).

O valor corrente da produção dos planos de saúde é calculado a partir dos dados disponíveis nas Demonstrações Contábeis no site da ANS⁹² com o algoritmo conforme o manual do SNA 2008. Já a variação de volume foi calculada por deflação a partir do índice de preços ao consumidor específico desse produto⁹³.

A atividade Saúde pública inclui, principalmente, as ações de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro e financiadas pelos órgãos públicos de saúde. Nas Contas nacionais essa atividade não inclui a produção de hospitais universitários e militares, que têm seus orçamentos subordinados aos Ministérios da Educação e da Defesa e às Secretarias de Educação e de Segurança Pública. O único hospital que faz parte do cálculo é o hospital universitário de São Paulo, classificado nos balanços estaduais como integrante da Função Saúde. Os outros hospitais universitários são classificados na atividade Educação pública e, portanto, não compõem o âmbito da atividade Saúde pública. A Conta Satélite passou a incluir essas informações (hospitais universitários e militares) como atividade Saúde pública – Educação e Defesa⁹⁴. Na última publicação, as informações sobre os hospitais universitários

⁹² <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>

⁹³ IPCA plano de saúde 6.2.03

⁹⁴ Ainda não estão incluídas na Conta Satélite de Saúde informações sobre os serviços de saúde de hospitais universitários públicos estaduais e municipais, nem sobre os serviços de órgãos vinculados às Secretarias de Segurança Pública e Defesa Civil (como as redes do sistema penitenciário, de órgãos de defesa civil e de órgãos policiais civis e militares).

foram revisadas a partir dos dados disponibilizados pela EBSEH e pelos dados extraídos do SIAFI.

Por serem gratuitos, os serviços de Saúde pública não possuem valor de mercado para sua produção. Nesse caso, o valor da produção é estimado através dos custos. Ele será igual à soma das remunerações pagas nessa atividade, de seu consumo intermediário e de uma estimativa da depreciação dos ativos fixos usados na produção.

Nas Contas Nacionais, a produção de saúde pública é considerada despesa de consumo final do governo. O consumo final é visto pela perspectiva de quem paga por ele (governo) e não pelo beneficiário (famílias). Os serviços de saúde privados contratados pelo governo para atender a pacientes do SUS são classificados como despesa de consumo final mercantil do governo.

Os dados das remunerações e do consumo intermediário da atividade saúde pública são extraídos do SIAFI. Os dados dos estados e municípios vêm do SIOPS, da base FINBRA⁹⁵ e dos balanços estaduais e municipais.

No caso dos serviços de saúde públicos e privados, o índice de volume das Contas Nacionais é o mesmo utilizado no PIB trimestral. O índice de volume da produção é calculado a partir de uma ponderação entre o número de internações em hospitais públicos (por diagnóstico) e universitários públicos e o número de procedimentos ambulatoriais em estabelecimentos públicos (por tipo de procedimento). A fonte de informações sobre o número de internações e de atendimentos é o DATASUS. A base de dados é disponibilizada pelo DATASUS⁹⁶, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA)⁹⁷ e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)⁹⁸, que reúnem informações sobre os procedimentos ambulatoriais e hospitalares por mês e ano. As informações se referem aos procedimentos públicos e privados (pagos pelo SUS).

⁹⁵ Siconfi - Finbra - Demonstrativos de Contas Anuais

⁹⁶ <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>

⁹⁷ O SIA/SUS foi implantado em 1995 e tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial.

⁹⁸ A finalidade do AIH (Sistema SIH - SUS) é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde.

O índice de volume dos Hospitais Universitários é calculado a partir da atividade saúde pública. No caso dos hospitais militares, calcula-se a variação no número de atendimentos e internações e pondera pelo valor médio da internação (dado extraído do DATASUS).

Os valores correntes dos medicamentos dos laboratórios oficiais são deflacionados pelo IPCA de medicamentos.

O Quadro 11 mostra as fontes utilizadas no cálculo dos índices de volume dos produtos de saúde.

Quadro 11: Fontes de Dados da Conta de Saúde no Brasil

Produtos na Conta Satélite	Índice de volume	Valor Corrente
Produtos farmoquímicos	PIM-PF (IBGE)	PIA - IBGE
Medicamentos para uso humano	PIM-PF (IBGE)	PIA - IBGE
Preparações farmacêuticas	PIM-PF (IBGE)	PIA - IBGE
Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico	PIM-PF (IBGE)	PIA - IBGE
Outros materiais para uso médico, odontológico e óptico, inclusive prótese	PIM-PF (IBGE)	PIA - IBGE
Comércio de produtos farmacêuticos, perfumaria e médico-odontológicos	PMC - IBGE	PAC - IBGE
Saúde privada - inclui os planos de saúde	ANS / PO - RAIS	Escrituração Contábil Fiscal (ECF),
Saúde pública (inclui a produção de medicamentos pelos laboratórios do governo)	DATASUS	SIAFI (esfera federal) e SIOPS (municípios e estados)
Saúde pública - educação e defesa	DATASUS	SIAFI e Ministério da Defesa

Fonte: IBGE – elaboração própria

4.2.2. Conta SHA

Em 2018, o Ministério da Saúde publicou a primeira conta no formato SHA com as estimativas de despesas com saúde para o SUS baseada na metodologia SHA adaptada para o Brasil, ou seja, trata apenas de informações sobre a saúde pública (sem incluir as informações sobre a saúde privada no país) no formato SHA.

No caso do Brasil, os conceitos do SHA permitem responder questões que a Conta Satélite de Saúde não abrange como, por exemplo, “a repartição de responsabilidades entre as três esferas de governo em relação ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde para além do total de recursos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.10). É possível

compreender melhor o financiamento da atenção primária, os custos dos hospitais de alta e média complexidade e como são distribuídos os gastos públicos pela rede de serviços públicos ou privados, que prestam serviços ao SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A publicação mostrou as estimativas para despesas em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no período compreendido entre 2010 e 2014. Importante ressaltar que o conceito (ou escopo) de saúde pública da publicação é diferente do trabalhado na Conta Satélite de Saúde. “São consideradas exclusivamente as despesas relacionadas ao SUS com base nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que englobam transferências para hospitais universitários e instituições sem fins lucrativos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p.10).

Para elaborar uma conta de saúde no formato SHA, é necessário fazer as adaptações ao sistema de saúde do país, considerando suas especificidades. No caso do Brasil, o sistema de saúde é segmentado, composto por três subsistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o Sistema de Saúde Suplementar (SSS), que compreende os planos e seguros de saúde e o Sistema de Desembolso Direto (SDD), que se caracteriza pelos bens e serviços de saúde privados adquiridos através dos gastos diretos das famílias.

Conforme apresentado no Quadro 12, a atenção à saúde no Brasil possui um regime de financiamento (HF) complexo. É financiada por recursos públicos das esferas federal, estadual e municipal (regimes baseados em financiamento dos governos - HF 1.1) e através de recursos das famílias (planos e seguros privados de saúde - HF 2.1. ou desembolso direto - HF 3.1). A receita do governo vem basicamente de impostos e taxas gerais⁹⁹. Os planos privados são financiados por recursos das famílias, empresas e governos enquanto os gastos com desembolso diretos dependem da renda das famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).¹⁰⁰

⁹⁹ Antes de 1988, o principal sistema de financiamento era através das contribuições sociais obrigatórias (antigo INAMPS).

¹⁰⁰ Conforme mencionado, o Ministério da Saúde publicou uma conta do SUS no formato SHA com as adaptações necessárias ao regime de financiamento da saúde no Brasil.

Quadro 12: Classificações de regimes de financiamento da saúde

HF.1	Regimes baseados em financiamento governamental e/ou contribuições compulsórias
HF.1.1	Regimes governamentais
HF.1.1.1 + HF.1.1.2	Sistema Único de Saúde (SUS)
HF.1.1.3	Regimes para empregados civis e militares do governo
HF.1.1.3.1	Regimes para empregados do governo federal
HF.1.1.3.2	Regimes para empregados de governos estaduais ou municipais
HF.2.	Planos, seguros e benefícios de saúde voluntários
HF.2.1	Planos e seguros voluntários
HF.2.1.1	Planos e seguros de saúde duplicados ou suplementares
HF.2.1.1.1	Planos e seguros coletivos empresariais
HF.2.1.1.3	Outras coberturas
HF.2.1.1.3.1	Planos coletivos por adesão
HF.2.1.1.3.2	Planos e seguros familiares/individuais
HF.2.2	Regimes mantidos por instituições sem fins lucrativos (ISLF)
HF.2.3	Regimes mantidos por empresas não saúde
HF.3	Desembolso direto das famílias
HF.3.1	Desembolso direto excluídos copagamentos
HF.3.2	Copagamentos a terceiros
HF.3.2.1	Copagamentos em regimes governamentais e seguros de saúde compulsórios
HF.3.2.2	Copagamentos em regimes de planos e seguros voluntários
HF.4	Programas financiados pelo resto do mundo

Fonte: Ministério da Saúde, 2018

O conceito de agentes financiadores (FA) refere-se ao agente que fornece recursos ou às unidades institucionais responsáveis pela gestão dos regimes de financiamento e pela compra de serviços de saúde. Devido às características do SUS, o conceito adotado pelo Ministério da Saúde, na elaboração da conta SHA, se aproximou da primeira definição, isto é, o agente financiador é a esfera de governo que aloca recursos próprios para o financiamento de bens e serviços de saúde (ver Quadro 13).

Quadro 13: Esferas de governo

A.F.1.1	Governo Federal
A.F.1.1.1	Ministério da Saúde
A.F.1.1.2	Outros órgãos do governo federal
A.F.1.2	Governos Locais
A.F.1.2.1	Estados
A.F.1.2.2	Municípios

Fonte: Ministério da Saúde, 2018

Em 2021, o Ministério da Saúde publicará uma conta SHA 2015-2018¹⁰¹ pelo Ministério da Saúde incluindo os dados da saúde privada (despesas com desembolso direto e com saúde suplementar).

Em termos de comparabilidade internacional, a elaboração da conta pública SHA no Brasil foi um avanço. A partir de uma perspectiva micro, a publicação é uma ferramenta muito importante para auxiliar os gestores da área da saúde, além de ter uma linguagem mais acessível aos profissionais da área de saúde. No entanto, é importante continuar o aprimoramento da Conta Satélite de Saúde do IBGE devido às informações macroeconômicas do setor saúde disponibilizadas por ela. Conforme mencionado, a conta SHA não fornece informações de preço e volume, o que permite analisar o crescimento real das atividades econômicas do setor saúde. A Conta Satélite tem uma perspectiva macro que nenhuma conta SHA alcança.

¹⁰¹ A publicação foi divulgada em 2022 cobrindo o período de 2015 a 2019.

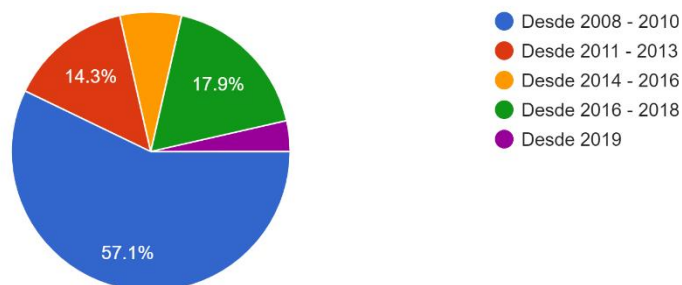
CAPÍTULO 5: CONTAS DE SAÚDE NO BRASIL: VISÃO DOS USUÁRIOS E ESPECIALISTAS

O capítulo discute os resultados da consulta e das entrevistas, respectivamente, aplicadas aos usuários e especialistas de Contas de Saúde no Brasil, conforme já explicitado na metodologia. O objetivo é identificar os problemas da Conta Satélite de Saúde brasileira de forma ampla. O capítulo está dividido em três seções. As duas primeiras trazem a visão dos usuários e dos especialistas e a terceira destaca as principais limitações apontadas.

5.1. A VISÃO DOS USUÁRIOS

Conforme mencionado, 27 usuários responderam ao questionário. A maioria dos usuários conhece a Conta Satélite de Saúde desde a primeira publicação (57,1%) em 2008, sendo que 17,9% dos usuários conheceram a publicação entre 2016 e 2018, o que demonstra um interesse pela publicação e que esse interesse tem se ampliado mais recentemente.

Desde quando você conhece as Contas de Saúde?
28 responses

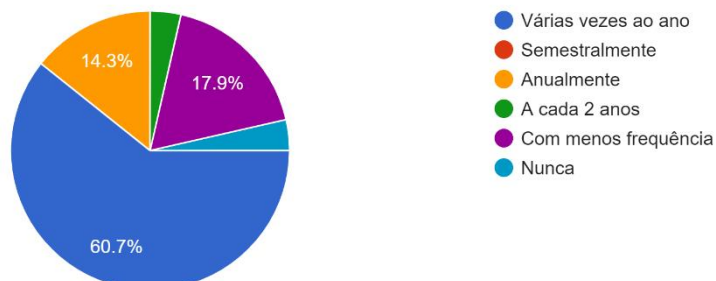


Em relação à frequência com que o usuário utiliza os dados da publicação, cerca de 60,7% utilizam a publicação várias vezes ao ano, o que vem confirmar o interesse pela

publicação.

2. Com que frequência você utiliza os dados das Contas de Saúde?

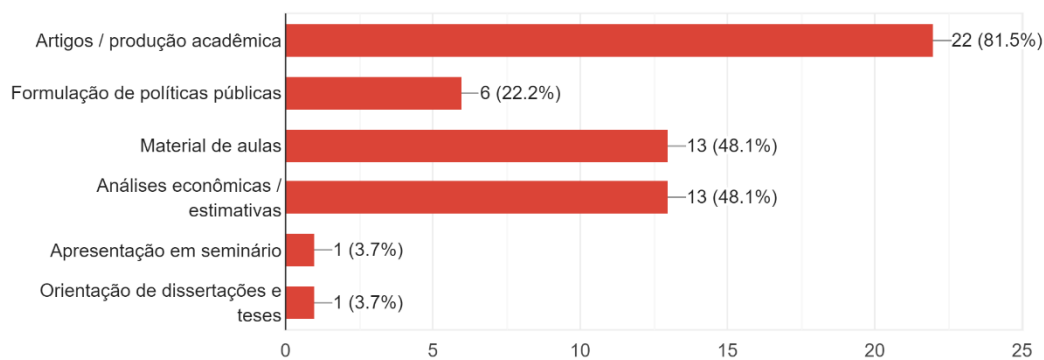
28 responses



Boa parte dos usuários utiliza a publicação para fins acadêmicos (artigos e pesquisas) e para estimativas e análises econômicas, o que demonstra a relevância das publicações do IBGE no campo acadêmico.

3. Com qual finalidade (pular, caso a resposta na 2 tenha sido Nunca)?

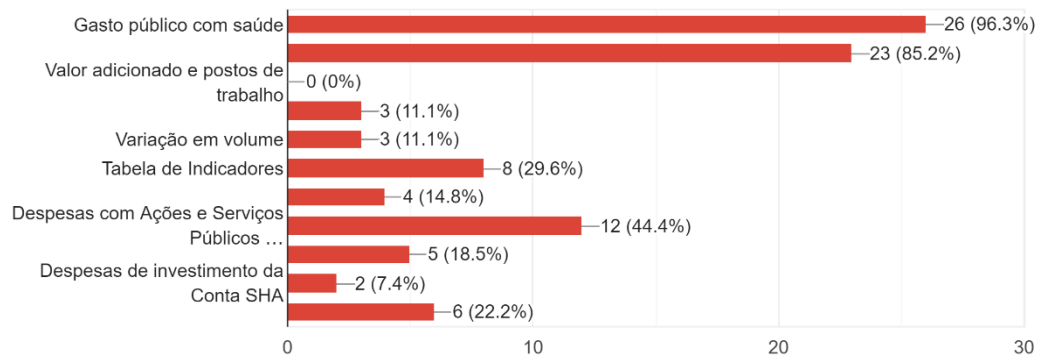
27 responses



As informações mais procuradas da Conta Satélite são os gastos públicos e privados com saúde, além do valor adicionado e dos postos de trabalho.

3.2. Quais informações das Contas de Saúde você utilizou? (a pergunta aceita múltipla marcação)

27 responses



Em relação aos objetivos do usuário, as principais respostas foram:

- Correlação com dados de empresas
- Escrever capítulo de livro sobre gastos e saúde
- Contextualizar o tema
- Comparações entre os efeitos dos gastos públicos e privados em saúde, considerando os saldos na balança comercial
- Preparação de material didático para Curso à Distância em ES
- Projeção de gastos
- Calcular gastos públicos e privados, estimar e atualizar
- Dimensionar o mercado brasileiro de medicamentos
- Aula sobre financiamento setorial
- Apresentar as participações pública e a privada nos gastos com saúde.
- Palestra
- Formulação de políticas públicas
- Acompanhamento da política social
- Projeção de gastos em saúde
- Situar a questão dos medicamentos. Há NT do grupo de contas que, desde 2010-2012, mantêm que o gasto público com medicamentos é de apenas 10 (a 15%) do consumo das famílias)
- Analisar o perfil do gasto e junto com o SIOPS avaliar os fluxos de financiamento dos gastos públicos em especial
- Análise de trajetória e de decomposição dos gastos em saúde

- Discussão para aprimoramento do financiamento em saúde
- Estudos para processo de seleção de mestrado
- Produção acadêmica e análise do setor saúde
- Monitoramento do mercado de medicamentos e fármacos
- Preparar aulas
- Publicação de artigo
- Análise do setor
- Promover comparação e discussão sobre acesso a medicamentos
- Pesquisa e orientações
- Na escrita de produção técnica/acadêmica

Quando perguntados sobre as informações adicionais que gostariam de ter na Conta Satélite de Saúde, as principais respostas foram:

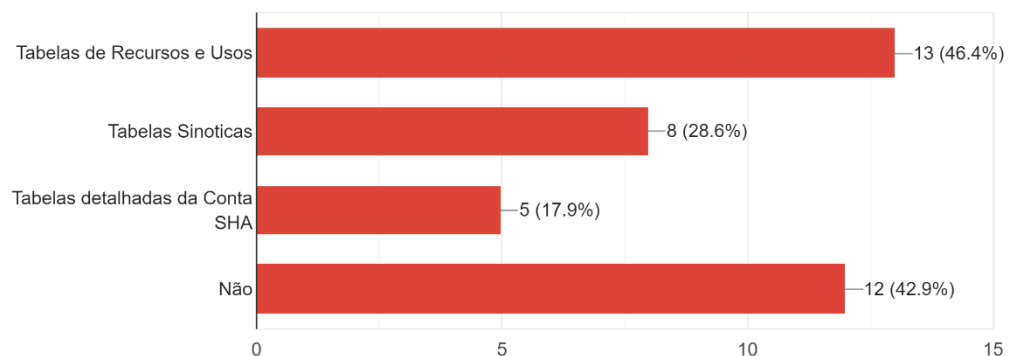
- Estatísticas de empresas existentes no CEMPRE
- Variação em preço e volume diretamente calculadas
- A combinação com a POF, considerando os efeitos na distribuição de renda
- Maiores detalhes sobre o gasto privado na metodologia SHA
- Nada me vem à cabeça
- Gostaria de participar porque considero super difícil entender as informações
- O gasto indireto de medicamentos, feito pelos hospitais públicos e privados
- Entradas por fonte e saídas público e privado
- A separação entre despesas diretas (*out-of-pocket*) e via planos de saúde para os serviços privados de saúde
- Comparar com outros países
- Dados de investimento público e privado em serviços de saúde
- Detalhamento do gasto público dos três entes (federal, estadual, municipal)
- Gasto privado no formato SHA, (2) gastos públicos e privados para cada município
- Gastos com medicamentos
- Análises mais aprofundadas do segmento das entidades sem fins lucrativos, bem como do gasto tributário
- Valores relativos aos investimentos apresentados de forma segmentada das despesas correntes, para o setor público e privado
- Dados atualizados e de fácil acesso

- Formação Bruta de Capital Fixo da Saúde
- Como tenho interesse na produção e gastos do governo com Laboratórios Oficiais, gostaria que fosse possível calcular o gasto do governo com medicamentos produzidos por esses laboratórios, entretanto, soros, vacinas e imunobiológicos são contabilizados em consumo intermediário
- Outra informação que gostaria de ter seria as despesas de secretarias municipais e estaduais com compra de medicamentos produzidos por Laboratórios Oficiais.
- Maior detalhamento das despesas de Gastos Diretos (medicamentos e outros), regionalização (por UF) do conjunto dos dados de gastos disponibilizados
- Gastos específicos no comércio varejista farmacêutico
- Dados privados mais amplos. A pesquisa em Saúde Suplementar necessita de dados adicionais
- Dados de gastos por medicamentos ou classes terapêuticas

As tabelas de recursos e usos (TRUs) são utilizadas por 46,4% dos usuários. Poucos pesquisadores utilizam as tabelas sinóticas e as tabelas detalhadas da conta SHA. Uma hipótese para o baixo uso seria o nível de dificuldade das tabelas para os usuários.

4. Você utiliza as informações dos Anexos das Contas de Saúde e da Conta SHA? (a pergunta aceita múltipla marcação)

28 responses



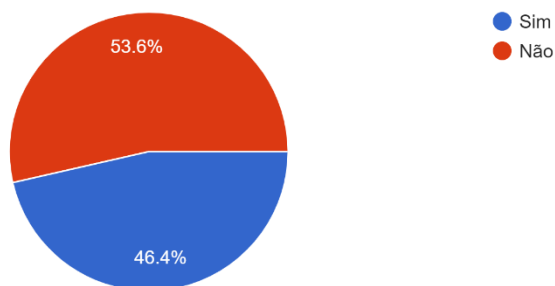
Quando o usuário fazia uso das tabelas, foi perguntado de que forma essas tabelas poderiam ser aprimoradas. As respostas foram as seguintes:

- Sem ser especialista, não dá para saber a diferença entre as perguntas 1,2,3,4... obs. usei a retroposição 2000-2015

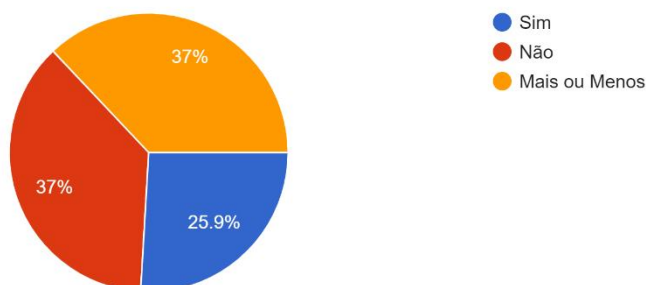
- A estrutura é boa. Acho que deveriam fornecer um tabulador de dados para podermos fazer cruzamentos de informações.
- Acho que são praticamente incompreensíveis por exemplo o que importamos e o que é consumido
- Divulgação de dados mais granulares (e.g. por município)
- Permitir o acesso via sistema de elaboração de tabela ... A SHA só está em formato PDF
- Valores relativos aos investimentos apresentados de forma segmentada das despesas correntes, para o setor público e privado
- Simplificação do relatório para permitir melhor compreensão entre os 'não economistas'
- Forma de apresentação em séries históricas das variáveis principais

Das 27 pessoas que responderam ao questionário, mais da metade não conhece a conta SHA. Além disso, muitos desconhecem as diferenças entre as duas publicações.

6. O Brasil tem dois sistemas de Contas de Saúde - a Conta Satélite (publicada pelo IBGE) e a Conta SHA (System of Health Accounts), publicad... Saúde. Voce esta familiarizado com a conta SHA?
28 responses



7. Percebe a diferença entre as duas metodologias?
27 responses



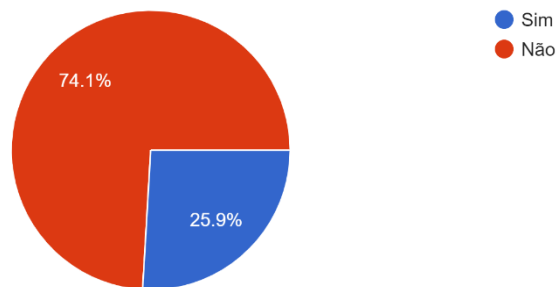
Conforme as respostas abaixo, as diferenças entre as duas Contas de Saúde não estão muito claras para os usuários.

- Para mim, a grande diferença é que com a SHA podemos identificar onde foi realizado o gasto, determinando assim os destinos dos gastos em saúde
- Resumidamente: A Conta Satélite é uma abordagem mais focada na ótica da produção, macroeconômica. A SHA é mais adequada às necessidades setoriais de conhecer a origem e os principais fluxos de recursos do setor
- A Conta SHA dá destaque ao financiamento, sem apresentar variações de volume e dados sobre renda e emprego nas atividades de saúde. A Conta-Satélite tem variações de volume e dados de geração de renda, mas não destaca explicitamente os fluxos de financiamento
- Não entendo muito bem, porém sei que a SHA divulga gastos em contas de saúde padronizadas
- O consumo do governo é tratado de forma distinta, bem como o consumo intermediário e de medicamentos
- A do IBGE segue a metodologia de Contas Nacionais
- A CCS adota a perspectiva das Contas Nacionais, ou seja, dos fluxos de valor adicionado e consumo final por setor institucional (governo, família, ISF) enquanto a SHA tem como foco a finalidade do gasto
- Uma deriva do SNA/ONU a outra não. Metodologias diferentes fornecem dados complementares e, em princípio, não excludentes
- A do IBGE me parece abranger o setor privado

Poucos usuários estão familiarizados com publicações de outros países.

9. Conhece Contas de Saúde produzidas por outros países?

27 responses



- Manual OECD – informações compiladas nas publicações *Health at a glance*, *Government at a glance*.
- Eu utilizo os dados publicados pelo Banco Mundial e OCDE que buscam as informações nas publicações de vários países
- Não conheço em detalhe, mas conheço e utilizo os resultados para estudos comparativos
- Não em detalhe
- Cabo Verde
- Membros da OECD

Foi solicitado também que os usuários fizessem comentários gerais ou sugestões acerca das Contas de Saúde no Brasil.

- Criar uma série histórica com aproximações das atividades/categorias conforme as mudanças nas metodologias
- O trabalho do IBGE e outros órgãos associados exemplifica que o trabalho entre agências, apesar de pouco comum em nosso país, pode dar excelentes resultados
- A Conta-Satélite é hoje a referência para gasto total com saúde. Tenho visto várias pessoas usarem: de autores de artigos de jornal a secretários de saúde em apresentações na Fundação Getúlio Vargas
- Esse trabalho é importante para aperfeiçoar a mensuração do setor saúde na economia
- Os sistemas poderiam ser unificados produzindo um conjunto de informações conceitualmente consolidado e abrangente sobre o gasto público e privado em saúde no país

- Trabalho com uma pessoa que desenvolve as Contas. Ela é entusiasta e sabe muito disso. Confesso que apenas uso a informação (e aquela que consigo compreender)
- O aperfeiçoamento dos relatórios contribuiria para maior compreensão do financiamento e custos do setor saúde
- Entendo que a metodologia das Contas Nacionais e da Conta Satélite considerem que os planos de saúde não produzem assistência, figurando apenas como intermediários. Porém, penso que seria interessante evidenciar dentro da conta satélite, a parcela dos gastos em saúde que é intermediada por esses agentes, porque eles têm um papel crucial no sistema nacional de saúde. Seria uma informação a mais. Hoje, fazemos esse cálculo por diferença, porém se o próprio IBGE apresentasse o indicador seria muito melhor. De resto, parabéns pelo importante esforço
- Esse tema merece um debate pois ele qualifica a política de saúde em um momento de forte ajuste fiscal e de persistência de um quadro recessivo

5.2. A VISÃO DOS ESPECIALISTAS

Os resultados das entrevistas, conforme informado na metodologia, foram divididos por temas. Na primeira parte, foram apresentadas a participação e o trabalho dos especialistas nas Contas de Saúde no Brasil. Posteriormente, a trajetória e os debates sobre a construção da Conta de Saúde brasileira foram analisados. Os avanços, as limitações e as lacunas da Conta Satélite de Saúde foram discutidas, assim como as vantagens e desvantagens da metodologia brasileira em relação à metodologia da OCDE (conta SHA). Por fim, as sugestões de melhorias dos especialistas foram elencadas.

- **Histórico da contribuição e participação dos entrevistados na elaboração do projeto da Conta de Saúde Brasileira**

O objetivo desse primeiro tema era conhecer mais a trajetória da implementação da Conta Satélite de Saúde no Brasil, além de mapear os avanços e as limitações da metodologia desde a primeira publicação até hoje por meio dos principais atores que participaram desse processo. A seguir serão expostas estas contribuições e participações por entrevistado.

André Cezar Medici, aposentado pelo IBGE, trabalhou alguns anos na Fundação do Desenvolvimento Administrativo FUNDAP – SP, posteriormente no BIRD e no Banco Mundial, atualmente, é economista do Banco Mundial. Junto com o técnico do IPEA, **Sérgio**

Francisco Piola, trabalhou com a consolidação dos gastos sociais no Brasil na década de 1980 e 1990.

Sérgio Piola, conhecido por suas contribuições no campo da Economia da Saúde, participou das primeiras reuniões sobre Contas de Saúde no Brasil. De 1999 a 2002, foi coordenador da área de saúde da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA e entre 2003 e 2007, foi Diretor Adjunto da Diretoria de Estudos Sociais da instituição.

“Na verdade, eu participei das conversas iniciais para sua implantação. No ano 2000, eu estava no IPEA coordenando um projeto de cooperação técnica com o Reino Unido e um dos assuntos que a gente achou interessante tratar foi a questão de Contas. A Ana Cecília Faveret e a Maria Angélica Santos fizeram um primeiro trabalho para esse projeto comparando as metodologias de contas existentes, para ver por onde se deveria começar. Olharam as diferenças entre uma Conta Satélite, a conta tipo SHA e, se não estou enganado, de outro tipo desenhado inicialmente por pesquisadores da Universidade de Harvard para o Banco Mundial e USAID, que se chamava NHA. Esse foi um dos primeiros trabalhos feitos com a intenção de explorar mais a viabilidade de se implantar as contas de saúde”.

Andrea Bastos da Silva Guimarães, economista do IBGE, trabalhou na Coordenação de Contas Nacionais como gerente da APU (Administração Pública). Durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, foi procurada pelo Ministério da Saúde e pela OPAS para discutir uma metodologia de Contas de Saúde. Nas palavras dela: “Eu era gerente da Conta da Administração Pública – APU, das Contas Nacionais e eles pediram nossa ajuda devido a nossa expertise em coletar dados da administração pública municipal, estadual e federal”.

A técnica do IBGE fez muitas apresentações sobre a metodologia das Contas Nacionais e da Conta Satélite de Saúde com o intuito de convencer os gestores sobre a importância da metodologia da Conta Satélite de Saúde. Afinal, os gestores da área de saúde seriam os maiores interessados nas informações sobre gastos com saúde. Segundo ela:

“Os maiores interessados são as pessoas que trabalham com saúde pública, com a saúde privada, com o planejamento da saúde. Se eles não tiverem interesse em fazer uma conta satélite, não tem por que o IBGE... o IBGE só parte para fazer uma conta satélite porque os atores necessitam dessas informações”.

Andrea Guimarães foi a primeira representante técnica do IBGE¹⁰² a participar das negociações no processo de implementação da Conta de Saúde no Brasil. Durante os debates, ela indicou pessoas de outros órgãos (ANS, IPEA, Fiocruz) para fazer parte da equipe do projeto e dar um suporte para o IBGE avançar na construção da Conta Satélite de Saúde.

¹⁰² Ela saiu de licença para o Doutorado sendo substituída pelo gerente Ricardo Moraes.

Ana Cecília de Sá Campello Faveret, que atualmente é especialista em Regulação de Saúde Suplementar, foi consultora do projeto financiado pelo *Department for International Development (DFID)* para mapear as metodologias existentes na época sobre Contas de Saúde e montar um arcabouço para as Contas de Saúde no Brasil, ou seja, elaborar uma proposta de implementação de Contas de Saúde.

“O nosso produto foi uma proposta de implementação das Contas de Saúde no Brasil. A gente começou a tentar fazer um mapeamento das fontes de informação, das formas de alocar a informação que você tivesse sobre recursos naquelas linhas, nos produtos e subprodutos. Começamos a pensar um DE: PARA das Contas Nacionais, das Contas Públicas para o arcabouço da Conta Satélite”.

Ana Cecilia Faveret também menciona uma publicação do IPEA, de 2009, chamada **Prontuário de Base de Dados**¹⁰³, informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil. O documento reunia informações sobre as bases de dados existentes no Brasil, tais como o Cadastro de Estabelecimentos e os Sistemas de Informação em Saúde, além dos Registros Administrativos a serem potencialmente utilizados para a elaboração da Conta Satélite de Saúde.

A médica e pesquisadora **Maria Angélica Borges dos Santos**¹⁰⁴ começou a ter contato com o projeto em 2003 quando estava fazendo Mestrado na Fiocruz. Ela tinha muito interesse em entender melhor os gastos com saúde e dinâmica do setor saúde. Passou a entender mais de Contas Nacionais durante o processo de mudança de base metodológica do IBGE.

“Aproveitamos a mudança de base para 2000, sendo que essa mudança de base foi muito importante. Ela mudou a matriz de informações básicas de produção do Censo Econômico decenal para as pesquisas estruturais anuais. Ela mudou muita fonte de dado, incorporou o SIOPS, incorporou muitas fontes de informação que não existiam antes. Na verdade, foi uma virada do ponto de vista metodológico para o SCN. Aproveitando isso a gente fez uma Conta Satélite.”

Na coordenação de Contas Nacionais do IBGE, foram entrevistados a coordenadora **Rebeca de La Roque Palis** e o antigo gerente **Ricardo Montes de Moraes**. **Rebeca Palis** relembra que **Angélica dos Santos e Ana Cecilia Faveret** procuraram o IBGE depois de entregar o produto sobre metodologia de Contas de Saúde financiado pelo Reino Unido (DEFID). Na época, foram realizados vários treinamentos e reuniões para que os participantes das Contas de Saúde se familiarizassem com os conceitos de Contas Nacionais. “A gente fez várias reuniões, treinamentos.... eles precisavam entender Contas Nacionais e a gente tinha que

¹⁰³ https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Livro_prontuarios_BasesDados.pdf

¹⁰⁴ Também foi contratada como consultora do projeto financiado pelo DFID

entender o processo da Conta Satélite, entender os mecanismos da saúde (pública e privada), como funciona no Brasil, entender a base de dados também”.

Ricardo Montes de Moraes, economista do IBGE, participou do projeto das Contas de Saúde desde 2007, quando começou a trabalhar com as atividades de saúde. Ricardo era o principal responsável pela publicação até 2018, ano em que saiu de licença para o Doutorado.

A gestora especialista em Políticas Públicas, **Fabíola Sulpino Vieira** conheceu o projeto, em 2007, quando foi trabalhar no Departamento de Economia da Saúde (DES) do Ministério da Saúde. Na época, técnicos do DES integravam o grupo executivo de Contas de Saúde. Ela é a responsável pelas informações sobre assistência farmacêutica que alimentam as Contas Nacionais e conseqüentemente a Conta Satélite de Saúde. “... Eu comecei a acompanhar o grupo e comecei a participar mais especificamente da discussão de consumo final de medicamentos”.

Em 2002, a economista **Luciana Mendes Santos Servo**, pesquisadora do IPEA, começou a se familiarizar com o tema ao fazer um curso de especialização em York em Economia da Saúde. O trabalho dela avaliava as metodologias na época existentes.

“Na época, nas universidades, ainda era muito forte a discussão sobre a metodologia NHA, a conta satélite ainda era menos internalizada nas universidades. Eu fiz o meu trabalho final sobre a discussão das metodologias”. Quando ela voltou do curso, ela passou a participar das reuniões e debates sobre o projeto.

- **Mensuração dos gastos com saúde no Brasil antes da década de 2000**

O segundo tema enfatizado por vários entrevistados foi a importância da mensuração dos gastos com saúde no Brasil e a deficiência de nossas estatísticas para esse fim específico. Antes da implementação da Conta Satélite de Saúde, na década de 1980 e 1990, não havia uma metodologia para mensurar os gastos com saúde no Brasil. Nas palavras de **Sérgio Piola**:

“Antes disso, o IPEA nos anos 80, mais precisamente em 1986, começou a levantar a chamada Conta Social Consolidada, que nada mais era que uma agregação do gasto social do Governo Federal em áreas sociais. Nessa Conta, para a área da saúde, a gente consolidava o gasto do Ministério da Saúde com o gasto da assistência médica da Previdência Social (o gasto do antigo Inamps).

O pesquisador também chegou a participar de alguns projetos de consolidação do gasto público (ou seja, um levantamento dos gastos sociais nas três esferas de governo) com **André**

Medici, que na época, em 1992, estava na Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP¹⁰⁵.

“Em relação aos municípios e estados, se tinha muita pouca informação, os dados só começaram a ser consolidados com os trabalhos da FUNDAP. Os dados dos estados e municípios, naquela época, eram provenientes do DECNA/IBGE. Para estimar o gasto das famílias, se trabalhava com a POF/IBGE. Também eram consolidadas informações da área de saúde suplementar. Naquela época a gente tinha pouca informação sobre a saúde suplementar, a ANS a tinha sido criada recentemente. Tinha uma instituição da medicina suplementar, uma associação que congregava as instituições de medicina de grupo, (ABRAMGE¹⁰⁶) que produzia as estimativas dos recursos que circulavam na área de medicina suplementar. Juntando estas três fontes de informação se chegava a uma estimativa, ainda que um tanto grosseira, do gasto total com saúde. Não havia uma metodologia específica, era mais um tratamento de gastos federais, estaduais e municipais, evitando-se a dupla contagem de transferências e agregando-se o que tinha de gastos das famílias, menos o gasto com planos e seguros de saúde, para os quais se considerava as informações da ABRAMGE.”

André Medici conta que havia uma linha de pesquisa sobre Federalismo e Gastos Sociais no Brasil que permitiu apurar, pela primeira vez, os gastos públicos nas áreas sociais (educação, saúde e outros) entre 1980 e 1988.

“No caso específico da saúde, o que nós fazíamos em termo de apropriação do gasto privado em saúde era fazer um acesso especificamente às associações de medicina de grupo e basicamente as de seguro de saúde, e às empresas que produziam seus próprios sistemas de saúde. Fazíamos uma compatibilização disso. Os gastos das famílias nós tirávamos através da POF. Era um pouco esse tipo de informação que a gente usava para compatibilizar os dados. Não era uma informação muito segura na época e não tinha nenhum critério de conta. Não era uma metodologia de Contas Nacionais, mas a nossa apropriação era essa”.

Sendo assim, era importante discutir e adotar uma metodologia para mensurar os gastos públicos e privados com saúde no Brasil, tornando os dados mais consistentes e ao mesmo tempo facilitar a comparabilidade com outros países e com os dados publicados pela OPAS e OMS.

Alguns trabalhos produzidos pela FUNDAP não estão disponíveis em formato PDF ou na internet. No entanto, o IPEA disponibilizou na internet um Texto para Discussão nº 598¹⁰⁷, publicado em 1998, com Gasto Social das Três Esferas de Governo em 1995.

¹⁰⁵ Fundação do setor público especializada em capacitação, pesquisa e consultoria da gestão pública.

¹⁰⁶ Associação Brasileira de Planos de Saúde

¹⁰⁷ http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0598.pdf

Conforme exposto no Capítulo 2, em 1995, a OPAS publicou um estudo chamado **Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa**, cujo objetivo era mensurar o setor saúde a partir da metodologia do Sistema de Contas Nacionais.

- **Início dos debates sobre Conta Satélite no Brasil**

Outro tema que aparece com frequência na fala dos entrevistados é sobre o início dos debates sobre a Conta Satélite brasileira. No final da década de 1990, já existiam três Sistemas de Contas de Saúde no mundo. Segundo **André Medici**, a Conta Satélite era um projeto embrionário das Nações Unidas. Havia também a Conta de Saúde desenvolvida pelo Escola de Saúde Pública de Harvard (NHA) “que era muito utilizado nos Estados Unidos, ela era basicamente uma conta, um balancete de gastos em saúde a nível mais geral, não era uma conta, era simplesmente umas tabelas que te davam esse tipo de informação”. Por fim, o sistema da OCDE que deu origem à conta SHA (utilizada também pela OMS).

André Medici conta que a Organização Pan Americana da Saúde, liderada pelo economista Ruben Suarez¹⁰⁸, se aproximou do Ministério da Saúde para discutir a implementação de uma Conta de Saúde.

Segundo **Andrea Guimarães**, ainda no governo Fernando Henrique Cardoso, já havia uma pressão internacional da OPAS para que o Ministério da Saúde tivesse dados mais consistentes sobre os gastos com saúde no Brasil. A economista do IBGE relembra algumas dificuldades que tiveram com a mudança de governo em 2003.

“Eu trabalhei nesse processo de construção junto com o IPEA, com a Luciana, Piola. Na época, quem era o secretário de saúde, era o Biazoto, foi na gestão do Serra no Ministério da Saúde que se deu a importância para essas questões. Com a mudança de governo, algumas pessoas no Ministério da Saúde mudaram e outras continuaram. Ai a gente teve que recomeçar o trabalho de convencimento porque algumas pessoas que vieram com a nova gestão no Ministério perguntavam: para que eles precisavam de uma Conta Satélite de Saúde? Se todo ano eles pegavam o orçamento e botavam um percentual de inflação em cima daquele orçamento..., mas a gente conseguiu, porque como teve uma continuidade, poucos meses depois houve uma mudança e o novo secretário executivo era da gestão passada, uma pessoa de carreira que via a importância de se ter uma Conta Satélite de Saúde, aí acabou saindo a plataforma institucional. O professor Elias¹⁰⁹, no Ministério da Saúde também defendia a Conta Satélite, mas nem todo mundo dentro do Ministério tinha essa visão.”

¹⁰⁸ Economista da OPAS (assessor). Foi um dos responsáveis pela implantação da conta de saúde no formato da conta satélite, com base no SNA.

¹⁰⁹ O professor Elias Jorge, da UFMG, foi coordenador-adjunto da Comissão de Financiamento e Orçamento do Conselho Nacional de Saúde entre 1997 e 2003 e coordenador do Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde de 2003 a 2010. Foi um dos responsáveis pela articulação institucional da Conta Satélite de Saúde no Brasil. Faleceu em maio de 2018.

Em 2000, **Sérgio Piola** era coordenador de um projeto de cooperação técnica com o Reino Unido¹¹⁰. Um dos assuntos discutidos no projeto era a necessidade de implementar uma Conta de Saúde no Brasil e discutir as possíveis metodologias.

“Lembro que foi feito um seminário no IBGE com o pessoal da OPAS. O pessoal da OPAS que mais tinham interesse na questão eram o César Vieira e outra pessoa lá da OPAS que trabalhava com isso era um economista chamado Rubén Suarez. Ele trabalhava com a OPAS e com o Banco Mundial tentando desenvolver a conta de saúde nos países da América Latina. Como eu era um dos coordenadores da parte técnica do projeto de cooperação técnica com o Reino Unido (o chamado Projeto DFID) participei junto com o Elias Jorge, que coordenava a área de economia da saúde do Ministério da Saúde das reuniões iniciais com a equipe do IBGE, principalmente o Roberto Olinto¹¹¹ e a Andrea Guimarães do IBGE”.

O seminário internacional, realizado em 2005 no Brasil, contou com o apoio da OPAS que na época tinha interesse em defender a metodologia da Conta Satélite. Nas palavras de **Angélica dos Santos**:

“Como o Brasil tinha uma Conta Satélite de Saúde recém-terminada, fomos escolhidos para ser o país sede do primeiro evento de Conta de Satélite na América Latina. A OPAS contratou 3 consultores para elaborarem um manual de Contas Satélites de Saúde, competindo com o SHA. Esse manual foi lançado nesse evento. A gente apresentou nossa conta e tivemos um grande evento para firmar um posicionamento regional em relação à conta satélite na América Latina”.

Houve também um seminário interno, realizado em Brasília, com o objetivo de integrar as equipes dos órgãos¹¹² envolvidos no projeto da Conta de Saúde no Brasil e consolidar o projeto. Segundo **Angélica dos Santos**:

“O seminário em Brasília teve a função de integrar as equipes das instituições que comporiam a plataforma de Contas de Saúde. O Ministério da Saúde fez a apresentação do SIOPS, nós da Fiocruz e o IPEA apresentamos o sistema de saúde brasileiro e o IBGE apresentou o sistema de contas... foi um seminário de integração e de troca de conhecimentos.

Na opinião da pesquisadora, a equipe conseguiu criar uma plataforma importante na construção e manutenção da Conta Satélite de Saúde:

“Por isso sempre digo que a gente tem uma plataforma muito legal que é baseada nas pessoas interagirem, não é uma coisa informal nem formal demais. Foi um processo muito bem conduzido principalmente pelo Elias, mas também muito pelo Roberto

¹¹⁰Acordo de cooperação técnica entre Brasil e Reino Unido para fortalecer a área de Economia da Saúde no Brasil. O projeto envolvia o Ministério da Saúde (DES/SCTIE/MS), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o *Department for International Development* (DFID).

¹¹¹ Roberto Olinto, engenheiro, aposentado pelo IBGE. Foi Presidente (2017-2019), Diretor de Pesquisas (2014-2017) e Coordenador de Contas Nacionais (2005-2015) do IBGE.

¹¹² IPEA, ANS, FIOCRUZ, Ministério da Saúde e IBGE

Olinto. Junto com isso, houve outras pessoas tipo a Ceres Albuquerque, que estava na ANS, esposa do Noronha, que sempre deram muita força. E óbvio Piola, Luciana...”

- **Justificativa para a escolha ser Conta Satélite e o papel do IBGE no projeto**

A gerente da APU, **Andréa Guimarães** afirma que, no caso do Brasil, para fazer uma Conta de Saúde era importante adotar a metodologia da Conta Satélite que seguiria o arcabouço das Contas Nacionais. Dessa forma, seria possível comparar os gastos com saúde com o PIB, tornando os dados mais consistentes.

Houve também uma boa receptividade e um interesse por parte do IBGE, segundo **Sérgio Piola**. Além disso, a OPAS incentivava o uso da metodologia das Contas Nacionais em outros países da América Latina. “Na época, participamos de reuniões com a OPAS, com o IBGE. Desde o início o MS, o IPEA, a FIOCRUZ e, mais tarde a ANS, estiveram juntos como IBGE para trabalhar esse assunto”.

Luciana Servo menciona também a necessidade de institucionalizar o projeto de Conta Satélite com o IBGE à frente, o que permitiria que o trabalho fosse realizado por servidores de carreira do IBGE e não por consultores de organismos internacionais.

“Nessa discussão, a gente chegou à conclusão de que se quiséssemos implementar uma coisa sustentável o ideal seria a Conta Satélite, por mais que já tivesse um trabalho que o Daniel Aran¹¹³ estivesse fazendo para a OPAS. Trabalhar com consultor não ia funcionar, tinha que ser algo mais institucional. Formalizamos o contato com o IBGE e falamos: vamos começar a pensar. Três anos depois, criaram o grupo executivo e o conselho consultivo de contas”.

Além disso, um consultor internacional conhece a metodologia, mas não entende muito sobre a realidade do país e elaborar uma Conta de Saúde dependendo de financiamento externo poderia colocar em risco à continuidade do projeto.

Angélica dos Santos relembra o quanto ela estudou e aprendeu sobre Contas Nacionais através das reuniões com os técnicos do IBGE (Rebeca Palis, Roberto Olinto e Ricardo Moraes). Ela foi a principal responsável no Rio de Janeiro por intermediar o processo de discussão da Conta Satélite de Saúde junto com o IBGE.

“Além de trabalhar com contas, acabava ajudando o pessoal em quase tudo o que tinha relação com saúde. Com as classificações de saúde da CONCLA¹¹⁴, por exemplo. Comecei a participar de um monte de coisas aqui no IBGE. Era tipo assim: dá uma

¹¹³ Economista uruguaio. Foi consultor da OPAS na época das discussões sobre a implementação das contas de saúde no Brasil.

¹¹⁴ A Comissão Nacional de Classificação é o organismo responsável pelas classificações estatísticas do Brasil utilizadas no sistema estatístico e nos cadastros administrativos do país.

olhada nesse dado para ver se está legal. Era tipo uma assessoria setorial informal. Isso foi muito importante porque consolidou o processo de produção da Conta Satélite de Saúde no Brasil”

Além dos seminários realizados no Brasil, ela e os técnicos do IBGE participaram de reuniões no Uruguai, no Chile e em outros países. “Essas reuniões faziam a “cruzada’ latina a favor Conta Satélite com o outro mundo que estava indo para o SHA”.

- **Institucionalização da Conta de Saúde no Brasil**

Outro ponto levantado pelos entrevistados foi a necessidade de institucionalizar o projeto da Conta Satélite de Saúde. As discussões institucionais para implementar o projeto de Conta Satélite começaram por volta de 2000, 2001, segundo **Sérgio Piola**.

O IBGE, desde o início, enfatizou a importância de montar uma estrutura institucional com os demais órgãos (IPEA, FIOCRUZ, Ministério da Saúde e ANS). Nas palavras de **Andrea Guimarães**:

“Era importante ter uma organização institucional que você tivesse um nível mais de gestão, um nível técnico com representantes para que você pudesse ter uma troca de informações e realização do trabalho. Isso foi construído, teve a primeira portaria que estruturou os participantes dos órgãos em um nível gerencial e em um nível mais técnico da gestão”.

Além disso, poucos países publicavam Conta de Saúde no formato proposto pelo grupo. Segundo **Luciana Servo**: “Tinham poucas experiências internacionais com o formato que a gente estava propondo: servidores públicos trabalhando num prazo maior e ao mesmo tempo, o IBGE declarou que tinha interesse na Conta Satélite, mas que era uma coisa muito nova na Instituição”.

Além do Ministério da Saúde, era importante buscar o apoio do Ministério do Planejamento e da Fazenda pois o projeto envolvia também as discussões sobre o Sistema de Contas Nacionais. Eles participariam como uma espécie de conselho consultivo. Nas palavras de **Luciana Servo**:

“Uma vez que você oficializa um número de quanto o Brasil gasta, tínhamos estimativas preliminares para a OMS etc., esse conselho consultivo garantiria duas coisas: uma que quando os resultados saíssem, que isso não “abalasse” o projeto, que eles fizessem essa articulação política e fossem atrás de financiamento, estrutura, recursos, garantia de tempo das pessoas”.

Se por um lado o Ministério da Saúde e o IPEA tinham mais facilidade para articular as discussões e a interação entre os órgãos, os técnicos do IBGE tinham o conhecimento sólido da base metodológica das Contas Nacionais. Era preciso estudar, entender e discutir a metodologia das Contas Nacionais para aplicar no setor saúde.

A institucionalização do projeto foi essencial para que o projeto ganhasse consistência e continuidade. Ainda segundo **Luciana Servo**:

“Quando institucionalizou no IBGE, a gente deu o salto porque a gente começou a aportar coisas para o IBGE. A Angélica estava próxima de vocês no Rio. A gente aqui mais próximo do governo federal tentando articular os dados que faltavam para isso, tentando fazer discussões metodológicas e vocês garantindo que tivesse um programa de trabalho no IBGE. Foi nesse momento que a gente viu que era possível fazer”.

Embora tenha havido mudanças no corpo técnico do IBGE com a saída da **Andrea Guimarães** e a entrada do novo coordenador Roberto Olinto e dos técnicos Rebeca e Ricardo, as discussões com o IBGE foram retomadas depois de um período curto de interrupção.

O IBGE é composto majoritariamente por funcionários de carreira, o que contribuiu para a continuidade do trabalho. No Ministério da Saúde, por exemplo, existe uma rotatividade alta de funcionários, o que prejudica a continuidade de alguns projetos.

Ainda segundo **Luciana Servo**:

“As outras instituições ainda hoje têm idas e vindas. No Ministério da Saúde e aqui mesmo a gente ficou um tempo com redução grande de produção e continuidade, com a mudança de área da Andrea Barreto e eu envolvida com muitos projetos. Mas quando a Fabiola entrou e agora o Rodrigo, a gente conseguiu retomar a participação no projeto. Mas acho que essa coisa da institucionalidade no programa de trabalho é algo fundamental e é uma coisa que vai e volta. O fato do programa de trabalho do IBGE ser do jeito que é, ajuda muito”.

Embora a Conta SHA fosse atendida melhor as necessidades do gestor da saúde, devido ao nível de detalhes e ao foco no financiamento e nas despesas, **Sérgio Piola** destaca que a participação do IBGE no projeto trazia uma segurança no andamento do projeto e na implementação da Conta. Consequentemente, era preciso pensar em uma Conta Satélite, seguindo a metodologia das Contas Nacionais. Nas palavras dele:

“Por outro lado, já que havia interesse do IBGE em trabalhar essa questão, uma conta satélite setorial seria o caminho para isso. Mas independente de qual metodologia fosse escolhida, a participação do IBGE seria essencial. A gente que trabalhava há mais tempo na área da saúde tinha essa convicção. A gente conhecia os dois tipos de metodologia, existia, ainda, um terceiro tipo que também que era usado inicialmente pelo BIRD e pela USAID, parecido com o SHA, mas a gente tinha essa consciência de que a conta SHA era mais interessante para os gestores do setor, embora a Conta Satélite também trouxesse informações relevantes. Mas naquele momento era essencial investir na Conta Satélite até por uma questão de segurança de que se chegaria a uma implantação efetiva e, sobretudo, continuidade no esforço, pois nessa metodologia poderíamos contar com o IBGE”.

Em síntese, a institucionalização¹¹⁵ da Conta Satélite de Saúde no Brasil permitiu uma continuidade da publicação assim como uma consistência das informações. Em alguns países, consultores da OPAS eram responsáveis pela elaboração das Contas de Saúde. No entanto, para garantir uma periodicidade, era importante institucionalizar o projeto entre os órgãos brasileiros responsáveis pela publicação de informações. A institucionalização do projeto foi fundamental para que a coleta de dados e a publicação ganhassem um formato consistente, permitindo a construção de uma série ao longo dos anos. O Ministério da Saúde apoiava financeiramente enquanto o corpo técnico do IBGE era o responsável pela coleta e análise de dados (de maneira rotineira e sistemática), além de elaborar a publicação, com base no manual do SNA. O IPEA, ANS e FIOCRUZ davam apoio ao projeto, participando das reuniões e discussões.

- **Importância do Ministério da Saúde**

Outro ponto destacado pelos especialistas foi o papel do Ministério da Saúde durante as discussões sobre as metodologias das Contas de Saúde no Brasil e o apoio institucional e financeiro ao projeto.

Segundo a pesquisadora do IPEA **Fabíola Vieira**, o Departamento de Economia da Saúde do Ministério desempenhou um papel fundamental no projeto de implementação e na continuidade da Conta de Saúde no Brasil.

“...o Ministério da Saúde sempre destinou recursos para apoiar o trabalho das contas de saúde, seja satélite, seja a conta mais recente que está sendo desenvolvida, a conta SHA. Sempre alocou recursos para isso. No termo de cooperação que o Ministério tinha e mantém com a OPAS sempre é reservado recurso para o trabalho de contas de saúde”.

Se, por um lado, havia uma limitação em relação ao corpo técnico do Ministério devido à alta rotatividade de servidores, por outro, “o apoio institucional e financeiro ao projeto sempre foi garantido pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Economia da Saúde”.

De acordo com a pesquisadora **Angélica dos Santos**, o Ministério financiou as discussões, seminários e algumas pesquisas do IBGE como a Pesquisa de Atenção Médico Sanitária (AMS) por exemplo. Além disso, ela destaca a participação e empenho do ex-diretor do Departamento de Economia da Saúde, o professor Elias Jorge que:

¹¹⁵ É um processo contínuo em que as atividades, estruturas e valores da Conta de Saúde se tornam parte integrante e sustentável das operações do Governo (PHRPLUS, 2003).

“estava na articulação política para criar uma plataforma institucional de produção de Contas de Saúde mais permanente no Brasil. Essa institucionalização passava pela Portaria Interministerial que criou o Grupo de Contas. A Portaria foi redigida e assinada por três ministros (Saúde, Planejamento e Fazenda)”.

Sérgio Piola ressalta que havia um interesse do Ministério em melhorar a qualidade dos dados sobre gastos com saúde público e privado. Antes da implementação da Conta de Saúde no Brasil, não havia uma metodologia para mensurar os gastos com saúde. A OMS divulgou um relatório sobre os gastos com saúde dos países e:

“e os números do Brasil foram muito inesperados. O ministro José Serra, na época, ficou sem entender, apareciam uns gastos privados muito altos e nós que acompanhávamos a área de financiamento e gasto não tínhamos elementos para dizer se estavam corretos ou não”.

- **Papel do SIOPS**

A criação do SIOPS, no início da década de 2000, facilitou a consolidação do gasto público com saúde pelas três esferas do governo. Segundo **Sérgio Piola**:

“Do ponto de vista da aferição do gasto público total, como disse anteriormente, isso era um problema. A gente tinha o gasto público federal até bem documentado, mas tinha dificuldade no levantamento do gasto público dos estados e municípios e o SIOPS facilitou muito”.

Inclusive, o IBGE prestou uma assessoria para o Ministério da Saúde durante a implementação do Sistema. Segundo **Andrea Guimarães** era um “trabalho institucional, ou seja, com a aprovação da Coordenação de Contas Nacionais e da Diretoria de Pesquisa do IBGE”. Antigamente, o IBGE levantava os gastos sociais do governo, sistematizando os dados da contabilidade pública usando como base a metodologia do Sistema de Contas Nacionais.

- **Primeira Publicação “Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005”**

Em 2008, a primeira publicação seguindo a metodologia das Contas Nacionais não chegou a ser considerada uma Conta Satélite. Segundo **Rebeca Palis**, “na verdade foi só uma leitura de contas com a visão da saúde, mas sem entrar em muitos detalhes. Não pegava os dados da defesa etc. a gente pegou as atividades que estavam diretamente ligadas à saúde”.

O gerente **Ricardo Moraes** enfatiza *que* “a primeira publicação Economia da Saúde (2000 – 2005) não tinha nenhuma informação produzida especialmente para Conta. Ela era um apanhado do que já existia nas bases do IBGE e em outras publicações: a gente colocou tudo em uma publicação só”. Em 2009, saiu a primeira Conta Satélite de Saúde (2005 - 2007) que

trazia informações sobre os medicamentos consumidos pelo governo (no caso, a produção dos laboratórios oficiais) e dados sobre os Hospitais Universitários federais e sobre os hospitais do Ministério da Defesa. Ou seja, havia uma mudança de escopo do setor saúde. Nas Contas Nacionais, esses dados aparecem na atividade Educação e Administração Pública.

Nas palavras de **Fabiola Vieira**:

“a primeira publicação tinha sido uma aproximação da metodologia, se não me engano o título era: Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica. Foi uma primeira tentativa, uma aproximação da metodologia da Conta Satélite...”

Luciana Servo destaca que a primeira publicação, embora não seja considerada uma Conta Satélite, foi bem interessante pois pela primeira vez se falou do setor saúde do ponto de vista econômico. Ainda ressalta que, para as pessoas, especialmente os não economistas, a publicação foi de difícil compreensão.

“Parecia que as pessoas estavam lendo grego, elas não entendiam. O próprio grupo tinha dificuldade de entender aquilo. Na medida que as pessoas vão se apropriando, entendendo o que é Conta Satélite, elas conseguem introduzir junto com vocês uma redação que vai ficando cada vez mais amigável para o setor saúde, para as pessoas e até a forma de comunicação vai melhorando”.

Por outro lado, a pesquisadora **Angélica dos Santos** acredita que a primeira publicação não foi chamada de Conta Satélite por um preciosismo do IBGE, sendo considerada um projeto piloto. Nas palavras dela, a publicação “foi muito bem absorvida porque ela tinha outras informações, além da discussão macroeconômica. A discussão dos indicadores macroeconômicos é mais difícil de absorver. Essa primeira publicação mais ampla acabou sendo mais palatável para as pessoas da saúde”.

- **Mudanças na Conta Satélite ao longo do tempo**

Ricardo Moraes chama atenção para duas Contas Satélites: a primeira, publicada em 2009, abrangendo o período de 2005 a 2007 e a Conta Satélite de 2010 a 2013, que incorporava as mudanças da nova base 2010. “A gente adotou as definições da revisão 2008 do manual de Contas Nacionais, estimou uma estrutura de consumo intermediário atualizada para as atividades de saúde e ajustou as séries de consumo final das Contas Satélites anteriores para ficarem compatíveis com a nova base”.

Fabiola Vieira acredita que a Conta Satélite vem sendo aperfeiçoada ao longo do tempo. Cita como exemplo a publicação de 2019 que apresentou um formato mais informativo e direcionado ao público da área da saúde. “Esse novo formato é muito mais palatável para o

público externo, que é um público que lê as informações mais direcionadas e isso facilita que a publicação seja mais utilizada”.

Ela destaca ainda que o conceito de consumo final, adotado pelas Contas Nacionais, costuma ser muito incompreendido pelos profissionais da área da saúde. Na área de assistência farmacêutica, por exemplo, as pessoas não entendiam o gasto de consumo final apresentado por setores institucionais (governo, famílias e instituições sem fins de lucro).

“As pessoas não entendem exatamente do que se trata. Tanto é que uma das dificuldades que tinha lá no Ministério da Saúde com a área de assistência farmacêutica era justamente isso. A gente apresentava na Conta Satélite o consumo final de medicamentos e aí eles diziam: mas o gasto do ministério da saúde com medicamentos é muito maior porque não tinha uma compreensão do que é consumo final, consumo intermediário”.

Na última publicação, foi apresentado um gráfico detalhando as despesas de medicamentos de acordo com o destino (consumo final ou intermediário¹¹⁶) e setor.

Luciana Servo destaca o formato mais comunicativo da última publicação e acredita que pessoas de fora do projeto possam se interessar mais pelo assunto.

“Quando você pega uma publicação dessas, dentro do departamento já facilita para as outras pessoas. Governo se aproxima da academia, começa a se apropriar da conta para usar métodos de projeção, estudos, não fica só na questão do gasto, da repartição pública ou privada. Isso também é interessante”.

Por outro lado, **Angélica dos Santos** critica a agregação da atividade saúde privada, que passou a incorporar as despesas de planos de saúde. Ademais, durante a discussão de mudança de base em 2010, a ideia era desagregar mais as despesas hospitalares, ambulatoriais e de diagnóstico.

“Na verdade, não... acho que a gente teve problemas, a gente fechou a saúde privada por motivos metodológicos e de informação. A gente estava caminhando no sentido oposto, a gente queria abrir a saúde privada em hospitais e outros, como era antigamente... abrir ainda mais esse Outros. De início tínhamos serviços hospitalares e outros serviços de saúde. A gente queria abrir em serviços hospitalares, ambulatoriais e diagnósticos, é uma boa abertura para começar. O nosso planejamento antes da mudança de base era ter aberto mais os produtos da Conta Satélite”.

Ela ressalta também que o nível de abertura da Conta SHA facilita o entendimento do gestor de saúde.

“Qual é a grande frustração da Conta Satélite em relação à conta SHA? A conta SHA tem uma descrição de produtos maravilhosa e fácil de entender para um gestor da saúde em comparação a conta satélite, que fica na Classification of Functions of Government (COFOG), Classification of Individual Consumption by Purpose (COICOP) etc. e fica fechadíssima em termos de produtos”.

¹¹⁶ Quando o medicamento é usado como insumo para a prestação de serviços de saúde públicos ou privados.

No caso da Conta Satélite, nem sempre é possível fazer a abertura das atividades de saúde devido à qualidade das informações ou a limitações nas próprias pesquisas. A Pesquisa de Orçamento Familiar por exemplo não foi a campo em 2013 e os dados do Imposto de Renda nem sempre chegam a tempo.

Ela acredita que houve avanço apenas na forma de apresentar a publicação, destacando também os indicadores de saúde que foram incorporados nas últimas publicações.

- **Outras metodologias das Contas de Saúde e Metodologia da Escola de Saúde Pública de Harvard**

Sérgio Piola relembra também a metodologia de Harvard que, durante a década de 1990, tentou ser aplicada em alguns países em desenvolvimento.

“... houve um tempo em que instituições internacionais faziam empréstimos ou doações, principalmente para o controle da AIDS e eles começaram a estudar uma metodologia de gastos com saúde nos países. Acho que era até mais parecida com o SHA do que com a Satélite, mas depois a da OCDE ganhou preponderância. Essa terceira metodologia era chamada de Nacional Health Accounts (NHA) e era, como disse, parecida com a SHA, pois também se preocupava mais com a origem e os fluxos dos recursos do setor. Era uma conta das despesas setoriais”.

Na opinião dele, a conta caiu em desuso a partir do momento em que a conta SHA, da OCDE, ganhou mais espaço.

Luciana Servo recorda que, no início dos debates, a OPAS pensou em propor essa metodologia do NHA.

“A OPAS queria apropriar essa NHA (Berman), que é uma metodologia mais flexível, quase a precursora do SHA, era uma metodologia “meio frouxa” que o Peter Berman usava. “Meio frouxa” porque o escopo e as delimitações eram menos claros. Até onde entendo, os Estados Unidos, colocarem muito dinheiro de consultoria para fazer contas na América Latina. Por isso que a conta NHA vai dominando alguns países com consultor”.

André Medici ressalta que os Estados Unidos ainda utilizam a metodologia desenvolvida pela Escola de Harvard.

“Eles continuam evoluindo, melhorando o sistema deles, mas não abandonaram. Eu não vejo, por exemplo, nos Estados Unidos, uma conta SHA, nunca vi uma conta SHA americana. É muito mais a tradição europeia e depois sendo generalizada para outros países, na Ásia você tem, você tem vários países que estão utilizando, mas a ideia é esses sistemas, ainda que sejam paralelos, ainda que possam ter diferenças de estimação, as pessoas que criaram os sistemas não têm interesse em desmontá-los. Cada um defende a sua corrente e as coisas vão andando nessa linha”.

- **Conta SHA (OCDE)**

André Medici passou a trabalhar com a Conta SHA no início da década de 2000.

“No início dos anos 2000, eu comecei a ter um contato maior com todos esses sistemas pelo lado do SHA porque sempre me consultavam... eu fiz várias contas inclusive contas específicas, subcontas setoriais para a WTO naquela época. Fizemos por exemplo a conta de saúde reprodutiva, tem várias subcontas que eu trabalhei um pouco nessa época ajudando no processo”.

Nessa mesma época, a OPAS se aproximou do Ministério da Saúde com o objetivo de discutir um projeto de Conta Satélite de Saúde. Esse processo foi liderado pelo economista Ruben Suarez.

Posteriormente, tanto a OPAS como o Banco Mundial se aproximaram mais da metodologia SHA, desenvolvida pela OCDE. Segundo **André Medici**, é uma metodologia mais completa podendo chegar a um nível de detalhe maior.

“Isso depende da profundidade do Sistema de Informação que você tem em cada país, mas ela pode chegar a um nível de profundidade muito maior se você tem bons sistemas de registros estatísticos a nível das instituições de saúde porque aí você pega essas informações todas e passa a ter um grau de desagregação muito grande que você não consegue chegar no caso das Contas Satélites”.

Embora o IBGE não tenha como objetivo fazer uma Conta SHA, incorporar alguns pontos mais compatíveis entre as duas contas parece ser um caminho interessante, na opinião dos técnicos do IBGE. A Conta Satélite referente ao período 2010 – 2015 mostrou informações baseadas na Conta SHA. Segundo **Ricardo Moraes**:

“A gente tentou, nas publicações mais novas da Conta, ter pelo menos um gráfico ou tabela que usasse a definição de despesa da conta SHA – para ter uma comparação internacional mais precisa. A Conta Satélite não é uma Conta SHA, ela é feita de maneira diferente. Ela olha para coisas diferentes, mas a gente teve, ao longo do tempo, cuidado para não ficar completamente separado”.

A coordenadora das Contas Nacionais, **Rebeca Palis**, ressalta que a Conta SHA é mais baseada nos gastos e no financiamento da saúde, sendo mais voltada para os gestores da saúde. No entanto, ela acredita que as duas Contas possam dialogar mais.

“Isso, eu acho que o ganho da gente era fazer aquela ideia de DE / PARA para que o gestor consiga entender mais e que possa usar mais a conta satélite. Até porque ela tem mais informação disponível que a conta SHA. Embora a conta SHA seja mais fácil deles compreenderem”.

A conta SHA tem como foco o fluxo de financiamento (mostrando quem paga o quê) e o consumo com bens e serviços de saúde. As Contas Nacionais mostram o consumo por setor institucional (famílias, ISFL e governo). Segundo **Ricardo Moraes**:

“A parte dos financiadores é mais próxima da definição de setor institucional das Contas Nacionais”. Sendo que a conta SHA entra em um nível mais detalhado dos financiadores. “Além de separar os financiadores, ele tem fluxos para os diferentes tipos de prestador de serviço e esses fluxos são tabulados por função (produto). Imagina que o governo (financiador) pagou a uma clínica privada (prestador) para fazer consultas de emergência (função); um plano de saúde repassou recursos para um hospital para pagar uma cirurgia... No fim do ano, tabulando todos os gastos e transferências, quem pagou quanto para quem? Para fazer o quê? Os fluxos de financiamento são uma parte da explicação sobre como funciona o sistema de saúde”.

Para **Ana Cecilia Faveret**, a Conta SHA é mais acessível para o público da saúde.

“A conta SHA que eu conheço foi exatamente no momento que a gente fez esse trabalho. A gente fez um levantamento das diversas metodologias, a gente teve esse primeiro contato. Mais para frente, a gente fez um curso, acho que na Fiocruz, a Angélica deu uma parte do curso, eu dei outra parte e aí foi ... mais recente foi o meu contato com o projeto, mas isso tem um tempo já. A conta SHA é uma conta mais palatável para o público externo, especialmente para o pessoal da saúde. Ela tem um aspecto interessante das formas como ela faz as classificações e tal. Eu conheci o manual e tal. Enfim..., mas não posso dizer que conheço tão bem”.

A Conta Satélite de Saúde mantém as consistências com os dados das Contas Nacionais, como relembra **Fabiola Vieira**. “... na conta satélite você tem toda uma metodologia desenvolvida e você mantém uma consistência entre a satélite e a conta central. Você faz uma série de checagens, você acaba fazendo esse tipo de consonância entre as duas coisas”.

Já a Conta SHA utiliza os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que fornecem dados sobre internação, procedimentos ambulatoriais etc. Segundo a entrevistada,

“O grande desafio é o de manter a consistência dos dados, pois esses sistemas não foram pensados para produzir as contas em saúde ou para registro orçamentário-contábil. São alimentados por diversas unidades em todo o país, nos quais se registram a produção dos estabelecimentos de saúde. O desafio é manter a consistência entre os dados de despesas organizados de forma macro e os dados oriundos dos sistemas que registram a produção e que mostram as despesas no nível micro.”

Na opinião da pesquisadora, as informações da Conta Satélite permitem a garantia da consistência entre os dados levantados do SIS e dos registros administrativos (ambos utilizados na conta SHA).

“A gente tem Conta Satélite que garante essa consistência entre a satélite e a conta SHA para não sair com números completamente distintos. Se você não fizer esse tipo de análise, você pode sair com um número na Conta SHA e outro na conta satélite. No caso dos medicamentos, por exemplo, a gente parte dos dados de medicamentos da conta satélite para produzir as aberturas necessárias na SHA. É uma vantagem de se trabalhar inicialmente com a satélite no Brasil para depois implementar a SHA”.

Luciana Servo também acredita que a conta SHA ganha qualidade a partir do momento que se tem uma Conta Satélite de Saúde.

“Eu acho que a nossa SHA só ganha qualidade porque você tem uma Conta Satélite de backup, para fazer análises de consistência. Do contrário, a gente estaria fazendo uma conta de financiamento. A conta de produção da SHA que traz informações depois para a conta satélite, na hora que a gente vai olhar o número, a gente fala: olha

isso é consistente porque é próximo ao da conta satélite. Ainda mais agora que vai sair a conta pública e privada, é importante que as consistências sejam garantidas”.

Afirma ainda que como existem muitas diferenças entre as duas contas, é importante manter as discussões metodológicas no Grupo Executivo.

“O fato de ter uma Conta Satélite com uma metodologia mínima, para ter uma SHA com uma mínima padronização... é algo que não pode se perder. Na última reunião da OCDE, eu falei isso para a Angélica... parece que as pessoas querem abrir tudo e cada um faz de um jeito, aí você começa a comparar coisas diferentes, números que não são comparáveis. O papel da OCDE é importante: garantir a consistência metodológica”.

- **Limitações da Conta Satélite / ou vantagens em relação ao SHA**

Em relação às limitações da Conta Satélite de Saúde, **Andrea Guimarães** acredita que as atividades de saúde deveriam ser mais desagregadas.

“Você tem grandes agregados e ali dentro está tudo, você não sabe exatamente o que está ali. Se você tivesse condições de abrir os remédios, os vários tipos de produtos e serviços consumidos, você daria mais riqueza a quem vai analisar essa conta. O que eu gasto ali dentro? Um pouco mais aberto, é uma informação importante para o analista”.

Entre as vantagens, **Ricardo Moraes** destaca as informações macroeconômicas da Conta Satélite que não estão presentes na Conta SHA.

“São justamente esses: a parte da atividade econômica, quem está produzindo, quanto gerou de empregos, quanto foi gerado de renda para pagar salários, qual foi o excedente e como isso cresceu ao longo do tempo. Essas informações, o SHA não tem e a conta brasileira tem”.

Fabiola Vieira destaca que os dados sobre valor adicionado, empregos e geração de renda corroboram para a afirmação de que o setor saúde tem um peso importante na economia do país.

“A satélite traz argumentos que são fundamentais, com os dados que ela tem, ela nos permite reforçar alguns argumentos. ela traz o dado de VA da saúde, esse dado é importante para a discussão de que a saúde contribui para a economia. Você tem uma questão de geração de renda, ocupações, o setor saúde é importante. Isso para uma discussão mais ampla na defesa da saúde pública, na defesa do SUS, ela é fundamental. A saúde tem uma participação importante na economia e isso é considerado no mundo inteiro e inclusive no Brasil. A gente só consegue afirmar isso porque a gente tem uma conta satélite, e fora as outras aberturas”.

Outra informação importante é o consumo final de bens e serviços de saúde. A participação das famílias no consumo final de bens e serviços de saúde é muito grande, embora a Constituição Federal de 1988 defina o SUS como um direito universal. No caso do consumo das famílias, por exemplo, prossegue **Fabiola Vieira**:

“Ela também é fundamental para a gente discutir as desigualdades no Brasil porque você tem um sistema único de saúde, um direito universal previsto na CF 88117, mas ainda tem uma participação muito grande das famílias bancando as despesas de consumo final de serviços de saúde e em medicamentos a coisa é brutal, que mostra uma diferença gigantesca e isso também aparece em outras pesquisas que o IBGE publica, como na POF. Você acaba vendo uma participação enorme das famílias no financiamento dessas despesas de consumo final de medicamentos e serviço de saúde. A conta satélite traz informações fundamentais para uma discussão macroeconômica e situa a saúde nesse contexto. Sem ela, nós não conseguiríamos fazer isso”.

Ana Cecilia Faveret chama atenção para a linguagem da publicação, nem sempre acessível ao público leigo.

“Mas sempre achei as publicações muito herméticas, muito tecnicamente acertadas, rígidas, mas com pouca possibilidade de quem não conhece profundamente aquela linguagem efetivamente compreender. Acho que precisa ter uma tradução daquilo para a sociedade. Quando você fala em gasto da família, fica o tempo todo o gasto privado, o gasto público... o gasto privado versus o gasto da família. Enfim, essas coisas que a gente sabe que são de difíceis... não dá para interpretar literalmente o que está escrito nos jornais. Até porque eles também não entendem”.

Rebeca Palis concorda que os conceitos de Contas Nacionais nem sempre são termos de fácil entendimento para os gestores da área saúde, mas por outro lado, o peso do setor saúde na economia é calculado seguindo os parâmetros das Contas Nacionais.

“Mas para um leigo é complicado mesmo, o pessoal da área de saúde não tem familiaridade com os conceitos que a gente usa em Contas Nacionais, mas a vantagem por outro lado é que você não faz uma estimativa do peso da economia da saúde dissociado de contas nacionais. Eu acho que o trabalho da gente é tentar fazer uma linguagem mais simples, mas continuar associando às Contas Nacionais”.

Uma das limitações, segundo **Luciana Servo**, é o tratamento das Organizações Sociais na metodologia da Contas Nacionais. Na Conta Satélite ela é contabilizada como transferências às Instituições sem fins de lucro (ISFL) e não como produção. “A questão das OS porque, até como o André falou, o peso delas na produção está cada vez maior, mas a gente trata parte delas não como produção”. Na conta SUS (SHA) os dados do SIOPS são extraídos por subfunções e não por elemento de despesa (metodologia das Contas Nacionais).

Em relação aos dados da Educação e da Defesa, ainda existem lacunas:

“A questão dos hospitais dos servidores públicos, é outra lacuna. Só os militares que aparecem na Conta Satélite, mas tem outras unidades militares produzindo serviços, por exemplo, bombeiros. Tem os serviços militares nas fronteiras que produzem serviços de saúde e não sei se estamos captando isso bem. Tem as unidades universitárias de saúde estaduais e municipais (hospitais universitários e outras unidades que produzem serviços de saúde), que, em São Paulo, por exemplo, tem um peso na produção de saúde”.

¹¹⁷ Um dos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988 é a saúde. Ver artigo 6 da CF88.

Ela acredita que os avanços na conta SHA no Brasil, especialmente na parte privada, podem vir a subsidiar a Conta Satélite, e vice-versa. O objetivo não é transformar a Conta Satélite em uma conta SHA, mas sim garantir a consistência e o rigor metodológico das duas publicações.

“À medida que avançamos na Conta SHA privada, ela vai subsidiando a satélite e vice-versa... não transformar a Conta Satélite em uma conta SHA. Tem sempre que garantir a consistência e rigor metodológico de ambas. É uma coisa que a gente está aprimorando cada vez mais”.

Quanto mais desagregados os dados, mais fáceis de serem usados. **Angélica dos Santos** acredita ser possível desagregar mais as atividades de saúde na Conta Satélite para tornar a publicação mais acessível ao público.

“A gente viu que quando os dados ficam muito fechados, eles são menos usados. A gente viu aquela apresentação da FGV, quando ele usou o dado da SHA. A conta SHA é muito intuitiva, ele era secretário do Mato Grosso, nunca deve ter visto esses números na vida, pega lá os dados e usa... a conta satélite não tem essa mesma facilidade de uso, as pessoas não se identificam”.

As informações sobre consumo de saúde na Conta SHA acabam sendo mais acessíveis para os gestores de Saúde.

“Por isso as pessoas usam mais a SHA é usada, ela é um consumo super organizado, bem detalhado... de quem fez o serviço, qual serviço foi prestado... isso no detalhe. A conta satélite nunca vai dizer o cruzamento nesse detalhe, mas ela pode informar pelo menos o produto mais desagregado, que também vai ajudar”.

No entanto, na visão da pesquisadora, é importantíssimo manter a Conta Satélite e não seguir a tendência de muitos países que só publicam a conta SHA. Muitas vezes o corpo técnico envolvido na conta SHA não entende os conceitos macroeconômicos das Contas Nacionais. Com isso:

“Você perde competência para avançar o próprio SHA. As pessoas que fazem contas nacionais e se importam com o conceito de preço, volume, VA e CI e outras coisas importantes que estão no SHA como fatores de produção (quanto você gasta de mão de obra, de material) ... isso está no SHA, mas ninguém faz porque é um conceito muito do sistema de contas nacionais. Se começar a só fazer SHA, vai ser cada vez mais difícil incorporar esses conceitos tão importantes para analisar a saúde”.

- **Gastos públicos e privados de saúde**

Em relação aos gastos públicos e privados com saúde, algumas questões foram levantadas, tais como: isenção fiscal, gasto com desembolso direto e fluxos de financiamento.

Segundo **Rebeca Palis**, embora a metodologia das Contas Nacionais, não divulgue os gastos tributários com saúde (isenção fiscal)¹¹⁸, a Conta Satélite tem liberdade para incluir

¹¹⁸ A isenção fiscal é um benefício do governo para a saúde privada. Por exemplo, uma pessoa, que gastou R\$ 20 mil reais com consultas, exames e internação em 2018, pode declarar esses gastos no Imposto de Renda e receberá

tabelas auxiliares (anexos) que não entram no escopo do Sistema de Contas Nacionais. “A Conta Satélite tem essa liberdade de colocar coisas diferentes, dependendo da área e adicionais às tabelas principais”.

Fabiola Vieira acredita que essa informação extra agregaria um valor a mais na publicação, mesmo não entrando no escopo das Contas Nacionais.

“É uma questão pouco compreendida, as pessoas muitas vezes questionam a própria conta de saúde porque tem uma boa parte de gastos com saúde que é financiada por meio desses subsídios que o governo dá. É um valor que não é pequeno, é um valor grande. Pelos dados da receita que o colega do IPEA, Carlos Ocké¹¹⁹ faz um levantamento junto com outro colega da receita federal, acho que se não me engano, em 2015¹²⁰, foram 33 bilhões reais de renúncia com saúde envolvendo pessoa física, jurídica... ele incluiu também medicamentos e para outras coisas”.

Andrea Guimarães acredita que mensurar a perda de arrecadação através da isenção fiscal pode entrar nas Contas Nacionais como um fluxo fictício.

“Se você for para o lado financeiro isso pode ser interessante, seria um fluxo fictício. Não seria para calcular o PIB, mas para saber quanto você teria de financiamento..., mas você pode também cruzar os dados declarados no IR com os gastos da POF. É difícil montar o quebra cabeça... eu não digo considerar o gasto com saúde que está sendo abatido do IR como um gasto.... porque você está pegando isso na POF, mas qual é o tamanho da isenção”.

Outro ponto levantado durante as entrevistas, foi o conceito de gasto com desembolso direto das famílias. No Brasil, os gastos das famílias incluem a mensalidade paga aos planos de saúde. **Fabiola Vieira** ressalta que a OMS e a OPAS não incluem esses gastos na hora de mensurar o desembolso direto das famílias. O conceito não engloba pré-pagamento (mensalidade do plano, por exemplo) visto que o risco financeiro das famílias é calculado com base nos gastos imprevistos que elas incorrem. Por exemplo, o quanto uma família gastou com exames ou consultas em um mês de forma inesperada.

No entanto, segunda **Fabiola Vieira**, o peso dos gastos com planos de saúde na renda das famílias, no Brasil, é muito elevado.

a restituição no ano seguinte. Parte do valor será restituído pelo Imposto de Renda em 2019. Seria uma espécie de fluxo que não aconteceu. Pelo Sistema de Contas Nacionais, a maior parte das restituições são deduzidas diretamente no imposto, ou seja, a arrecadação do imposto de renda (D.51) aparece líquida das restituições. Além disso, a isenção fiscal também ocorre pelo lado da oferta (indústria farmacêutica e hospitais filantrópicos, por exemplo).

¹¹⁹ Técnico do IPEA especialista em economia da saúde.

¹²⁰ Ver <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/2035-2042/pt>. No Brasil, os gastos com saúde podem ser deduzidos do Imposto de Renda tanto para pessoas físicas como jurídicas. Segundo o autor, entre 2003 e 2015, a preços médios de 2015, o governo deixou de arrecadar R\$ 331,5 bilhões com as isenções fiscais.

“..., mas eu alertei naquele momento alguns pesquisadores defendiam que os gastos com planos de saúde entrassem na conta do out-of-pocket porque às vezes a despesa que a pessoa tem para pagar o plano de saúde é tão grande que isso compromete a disponibilidade de recursos das famílias. A gente tem exemplo até nas nossas famílias de gente que ganha muito pouco, mas que tem muito medo de depender exclusivamente do SUS e acaba pagando plano de saúde, comprometendo uma boa parte da renda”.

Portanto, é importante estudar a possibilidade de desagregar os dados das despesas com saúde das famílias, mostrando o que, dentro do consumo final, vem do desembolso direto. Dentro do *out-of-pocket*, quanto desse gasto é destinado ao consumo de medicamentos, pagamento de mensalidade de seguro saúde e despesas com consultas e exames. Além disso, delimitar bem o conceito de *out-of-pocket* é essencial para comparar com os gastos dos outros países. Segundo **Fabiola Vieira**:

“Tem que discutir também os conceitos, tem um debate aí... A OMS e a OPAS defendem que no conceito de out-of-pocket não entra o gasto das famílias com planos de saúde. Isso seria um pré-pagamento. Aí o desembolso direto não incluiria, segundo esse conceito, o gasto com planos de saúde. Tem uma discussão mais recente dizendo que os gastos com saúde das famílias deveriam incluir os planos de saúde. Eu acho que tem uma questão que precisa ser resolvida: que conceito adotar na definição de desembolso direto, se isso está bem estabelecido na literatura ou não. Deixar isso muito claro, até para fazer as comparações internacionais. Se lá fora não se inclui os gastos com planos de saúde, teria que separar. O que as pessoas pagam diretamente do bolso com consultas médicas, exames? Nas próximas contas, é importante deixar esses gastos bem esclarecidos e numa nota técnica explicar o que é uma coisa e outra”.

Ricardo Moraes acredita que com os dados atualizados da Receita Federal, é possível calcular por saldo o gasto com desembolso direto.

“Se soubermos quanto de serviço de saúde privado foi consumido pelo governo, qual foi o consumo intermediário e quanto foi pago pelos planos, a gente calcula o valor do desembolso direto por diferença.”. Além disso, o IPCA abre os itens relacionados à saúde, o que permite calcular a variação de preço. “O índice de preço – o item do IPCA relacionado à saúde – tem a ver com esse valor gasto diretamente do bolso. A variação de preço do desembolso direto, então, o IPCA pega. O melhor é calcular o volume por deflação: estimar o valor por saldo e a variação de volume por deflação”.

Uma sugestão dos entrevistados é mostrar gráficos sobre financiamento da saúde, comparando com os dados utilizados na conta SHA. **Ricardo Moraes** lembra que, em 2017, a Conta Satélite publicou um gráfico com a definição de despesa da conta SHA, permitindo uma comparação internacional mais precisa. O gráfico mostrava o consumo do governo com bens e serviços de saúde de forma mais desagregada, ou seja, abrindo as despesas por função: serviços hospitalares, atendimentos ambulatoriais, serviços preventivos e de vigilância em saúde e medicamentos. “A Conta Satélite não é uma Conta SHA, ela é feita de maneira diferente. Ela olha para coisas diferentes, mas a gente teve, ao longo do tempo, cuidado para não ficar completamente separado”.

Fabíola Vieira acredita que as informações sobre financiamento podem facilitar a compreensão por parte do público em geral. Por exemplo, o gasto com o programa Farmácia Popular é um subsídio do governo para as famílias.

“...quando você olha pela perspectiva do financiamento você tem despesas financiadas pelo governo, mas o consumo é das famílias, como exemplo tem o Programa farmácia popular, subsídio do governo que não era tão desprezível: 3,2 bilhões de reais em 2018, na verdade, acho que bateu 3,3 bilhões de reais. Esse valor é um gasto do governo que financia o consumo final das famílias”.

- **Como a Conta de Satélite de Saúde é útil no trabalho do especialista**

Sérgio Piola destaca as informações macroeconômicas da Conta Satélite de Saúde, tais como: importação, exportação, total das remunerações do setor e outras. Depois que ele se aposentou do IPEA, ele passou a se dedicar ao ensino na área da Economia da Saúde. “Eu tenho usado mais esses dados, porque depois que eu me aposentei do IPEA, eu entrei nessa área de ensino em economia da saúde e então tenho utilizado as publicações das Contas Satélites para fins didáticos”.

Ricardo Moraes, aluno de Doutorado da COPPE (Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia), está trabalhando com as pesquisas de saúde na sua Tese. As informações sobre consumo de medicamentos por parte das famílias e governo estão disponíveis na publicação.

“Por exemplo: se eu quero analisar o consumo de medicamentos, como eu estou fazendo, é importante saber que a maior parte do consumo é paga diretamente do bolso, pelas famílias. A Conta Satélite de Saúde mostra isso, mostra quanto é pago pelo governo e quanto pelas famílias. Isso é útil quando vou fazer uma projeção de despesa futura”.

Luciana Servo acredita que o IPEA utiliza muitos os dados de despesas com saúde na Conta Satélite, mas poderia fazer mais usos de outras informações macroeconômicas como valor adicionado, emprego, renda, traduzindo toda essa informação em Notas Técnicas.

“A gente precisa ler mais a conta satélite, a gente cita muito a questão do financiamento, mas a gente usa pouca a parte de produção da conta e a coisa da repartição da renda. São coisas úteis que a gente usa pouco, por exemplo, se a gente vai na audiência pública, quando a gente faz discussões aqui, a gente tem que fazer apresentações... os números da conta satélite estão todos lá. Eu acho que da nossa parte como usuário ainda falta qualificar mesmo, usar para além da estrutura de gastos... usar essas outras contas para mostrar a riqueza que é esse sistema de informações... como usuário que vai fazer as discussões com o governo”.

- **Disponibilidade de base de dados para a Conta Satélite de Saúde**

Nas entrevistas, foram levantadas questões sobre as principais bases de dados para calcular o índice de volume das atividades de saúde e alternativas para mensurar FBCF em saúde.

- **Índice de Volume**

Em relação ao índice de volume, os especialistas mencionaram as limitações do Conjunto Mínimo de Dados - CMD¹²¹ que coleta dados dos estabelecimentos de saúde do país. O objetivo é substituir de forma gradual os sistemas de informação: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC), Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), Autorização de Internação Hospitalar (SISAIH01), Coleta da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA01), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Processamento da Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA02) e Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SISRCA).

Fabíola Vieira ressalta o risco de reduzir o volume das informações disponíveis, especialmente, os dados informados pelos gestores municipais. “O receio é perder as informações que hoje a gente tem e usa. Ano passado, tentei acessar o CMD para atenção primária e não consegui. Não sei como está isso agora. Parece que eles estavam revisando a metodologia. É uma questão para prestar atenção”.

Luciana Servo enfatiza a importância de não desativar o SIA nem o SIH enquanto o CMD não estiver com uma base de dados mais completa. As informações sobre internação hospitalar continuam sendo alimentadas no SIH. No entanto, em relação à atenção básica, alguns dados já estão sendo reportados para o CMD. Segundo ela: “Eu acho que na atenção básica, no CMD, ela pode trazer informações que a gente não tem hoje, mas se isso não poderia implicar em não reportar no SIA, porque isso pode ser um problema: ficar sem os dados e as séries. O CMD ainda precisa avançar muito até deixarem de reportar via SIA e SIH”.

Em relação ao índice de volume da saúde privada, **Angélica dos Santos** acredita que as bases da ANS podem ser úteis, além do mapa assistencial

¹²¹ <https://conjuntominimo.saude.gov.br/#/cmd>

“Dá para conversar com eles sobre os dados do SIP122, ele é informado trimestralmente pela ANS. Não sei se ele está online, mas ele está consolidado nas publicações anuais no mapa assistencial. Mas se você precisar desse dado trimestralmente tem que falar com o Marcio (técnico da ANS). Tem que analisar para ver se essa é a melhor maneira de olhar volume. Para as bases públicas a gente criou um ponderador de complexidade para criar um índice de volume crível. Não sei se está sendo feito o mesmo para a ANS”.

Além disso, tem a TISS - Troca de Informações na Saúde Suplementar, uma base de dados enviados pelas operadoras de planos de saúde. Segundo **Ricardo Moraes**:

“A TISS está começando a ficar melhor. Mas é importante olhar a série para ver se a base está completa e sem variações estranhas. A ANS tem uma base de 2014 a 2018. Mas tem que olhar as variações porque, por exemplo: em algum ano, um plano que não enviava dados pode passar a enviar. Se isso acontecer, as variações de valor e de volume ficam artificialmente infladas”.

No entanto, ela ressalta que os sistemas de informação estão passando por mudanças: “para volume está tudo muito em transição... a gente está passando de bases que são formadas por prestador para informações que são baseadas no paciente, o próprio CMD faz isso. Na informação sobre usuário, a base de informação é um prontuário eletrônico”. O que prejudica a qualidade das informações, além de dificultar uma mudança metodológica nesse momento.

Como sugestão, seria bom analisar as bases de dados da TISS (Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar), que tem como finalidade uniformizar as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos entre os agentes da Saúde Suplementar. Segundo a ANS, “o objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde”. Além disso, existe o Plano de Contas da ANS para padronizar as informações das operadoras de planos de saúde através dos códigos e o Sistema de Informações de Produtos - SIP, que é um instrumento regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para envio de informações e acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários dos planos privados de assistência à saúde.

- **Investimento**

De acordo com os especialistas, é importante mensurar o investimento do setor saúde. **Ricardo Moraes** acredita ser um dado que permite projetar como o mercado pode crescer no futuro, além de conhecer melhor a capacidade de prover serviços de saúde.

¹²² Sistema de Informações de Produtos

Fabíola Vieira enfatiza que, nos últimos anos, o valor do investimento em saúde pública, por exemplo, caiu consideravelmente.

“O valor do investimento caiu muito, resultado da própria crise econômica e do próprio teto de gastos, essa restrição enorme que está sendo feita, o contingenciamento em cima de contingenciamento por causa da crise e da aprovação do teto dos gastos. Você tem cada vez menos espaço para investimento, para despesa de capital”.

Segundo **Luciana Servo**, a discussão sobre investimento não é apenas relevante no setor saúde, mas também do ponto de vista macroeconômico.

“... ela é fundamental para a discussão da área econômica porque quando ela fala de saúde, ela basicamente vai falar como se a saúde não fosse um setor de investimento, mas como se só consumisse recursos. Você pode falar de geração de empregos e de outros agregados macroeconômicos, mas se você olhar todas as discussões de política nesses últimos anos e mais fortemente nesses 2 anos, eles falam “a gente tem que desvincular, fazer não sei o que... porque a gente tem baixo investimento, baixa formação de capital”, mas saúde é também investimento, um setor importante da economia”.

Além disso, compreender o tamanho da participação do setor saúde no investimento a longo prazo enriquece a discussão sobre sustentabilidade econômica.

- **Base de Dados**

Ricardo Moraes sugeriu utilizar as pesquisas do IBGE para coletar os dados sobre investimentos das atividades de saúde.

“Para cada atividade de saúde existe pelo menos uma base diferente. Para comércio de medicamentos é a PAC, para serviços de saúde pública são o SIAFI e o SIOPS. Para serviço de saúde privada é o imposto de renda de pessoa jurídica e, para a produção de medicamentos, é a PIA”.

As informações sobre aquisições e baixas de ativos estão na PIA e na PAC. O ideal, segundo ele, seria detalhar os tipos de ativos.

Andrea Guimarães aconselha mensurar o investimento dos serviços de saúde utilizando os dados da Receita Federal. Como a pesquisa da PAS não contempla a CNAE 86 (atividades de atenção à saúde humana), a ideia é propor um algoritmo com base nas fichas do Imposto de Renda. A PAIC mostra os dados da oferta da construção civil de maneira agregada.

“Pela PAIC você tem a oferta de construção. Não abre, não tem o detalhe, mas tem o grosso, uma matriz. A CNAE 86 (pelo imposto de renda), a PAIC dizendo o que foi construído de edificações e máquinas e equipamentos (importação + produção), e aí você teria uma demanda só para ter alguns parâmetros”.

Em relação aos investimentos na saúde pública, **Fabíola Vieira** recomendou utilizar os dados do Siga Brasil (gastos do governo federal, dados dos hospitais da Defesa e dos Hospitais Universitários) e do SIOPS (dados das esferas estaduais e municipais).

Segundo **Luciana Servo**, seria interessante analisar os dados do Finame¹²³, as bases do Banco Central sobre importação e exportação. Embora os dados de investimento público sejam um pouco limitados, é possível fazer um cruzamento de dados com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), analisando a variação de equipamentos. Ela ressalta que “todos os estudos sobre o CNES mostram que as datas de aquisição dos equipamentos estão mal preenchidas (ou demorar a entrar, ou quando entrar, quem vai informar não sabe informar direito)”. Comparar os dados do SIOPS com o CNES pode ser uma opção também. Em relação à parte de construção de hospitais os dados orçamentários federais disponibilizam essas informações. Seria necessário verificar a disponibilidade das informações nas esferas estaduais e municipais. Porém, as informações sobre equipamentos não estão detalhadas. “A parte de equipamentos dentro dos hospitais e unidades de saúde é um problema, o CNES seria a base junto com o SIOPS e SIAFI que permitirá isso. De repente até conversar com o pessoal do CNES para ver se está melhorando”.

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (MAS), divulgada pelo IBGE tinha como objetivo mapear “todos os estabelecimentos que prestam assistência à saúde individual ou coletiva no País, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, incluindo aqueles que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses, com o objetivo básico de revelar o perfil da capacidade instalada e da oferta de serviços de saúde no Brasil” (IBGE, 2009). No entanto, ela não tem uma periodicidade para ir a campo. A última divulgação ocorreu em 2009. Em dezembro de 2019, através de um convênio com o Ministério da Saúde, ficou estabelecido que a pesquisa iria a campo novamente, sem data definida para a divulgação.

Na opinião de **André Medici**, o sistema do DATASUS precisa ser reformulado, pensando um sistema integrado que faça uso da inteligência artificial. Como exemplo cita os sistemas baseados na *Eletronical Medical Records (EMR)*.

“Esses sistemas têm informações desde a base, são todos harmonizados em termos de inteligência artificial, aí você tem muito mais possibilidade de ter informação online e categorizada da forma que você quiser. Mas exige um outro tipo de linguagem, de agregação, você tem que ver basicamente como é que... é diferente basicamente do DATASUS que tem um conjunto de sistemas que são muito difíceis de se conectarem entre si. Você não consegue ter essa ideia de uma inteligência artificial que consiga trabalhar com eles, te dar a informação que você precisa em tempo real”.

¹²³Linha de financiamento do BNDES feito por intermédio de instituições financeiras credenciadas para produção e aquisição de máquinas e equipamentos novos de fabricação nacional para empresas que estejam credenciadas no BNDES.

Além disso, o DATASUS enfrenta outras limitações, tais como o atraso no envio dos dados.

“Você vê que as informações não são atualizadas, isso é um grande problema também. Tem muita... você não exige aos que fornecem informação a atualização da própria informação. O próprio SIOPS teve muito problema com isso, durante muito tempo, ele ficou com a informação atrasada, defasada. Você esperar fechar os anos fiscais e basicamente, é muito complicado. Você não tem a informação em tempo real como você precisa”.

- **Conta SHA no Brasil**

Angélica dos Santos lembra que, na época da discussão da Conta Satélite no Brasil, em 2006, a OCDE estava debatendo a nova versão da conta SHA, através de reuniões no mundo todo. A OPAS, em um primeiro momento, não se envolveu nas discussões¹²⁴.

“Então vinha o pessoal da OCDE e da OMS para fazer discussões e validações regionais do SHA 2011. Eles chamavam os técnicos dos países que faziam as Contas de Saúde na América Latina, mas o Ruben Suarez e a Amparo não vinham. Com isso, nós no Brasil acabamos participando do processo de revisão do SHA.”.

A entrevistada participou das reuniões sobre o capítulo da conta SHA relacionado às funções de cuidados de saúde. Na opinião dela, a participação dos especialistas da Conta Satélite no processo de discussão da nova metodologia SHA permitiu uma aproximação entre os técnicos das duas Contas e um interesse dos técnicos da Conta Satélite pela metodologia da OCDE.

“Trocamos muitas ideias sobre os capítulos do SHA. No capítulo de Funções de Cuidados de Saúde eu lembro que a gente ficou discutindo vários pontos... foram contribuições reais que a gente deu, tanto que, na abertura do manual, eles colocam agradecimentos nominais a mim e ao Ricardo Moraes. Com isso, eles obtiveram um ganho colateral incrível que foi... pessoas que faziam Contas Satélites na região da América Latina se interessaram pelo SHA. A gente teve que ler o manual, opinar e tal. Acabei interagindo com a OCDE e a Patrícia Hernández¹²⁵ que era na época da OMS e o SHA ficou mais próximo”.

Angélica dos Santos acredita que um especialista em Contas Nacionais tem muito mais facilidade para entender a conta SHA, cuja metodologia não é de fácil compreensão. Em muitos

¹²⁴ Posteriormente, a OPAS começou a participar das discussões sobre a conta SHA e deixou de “patrocinar” as Contas Satélites de Saúde.

¹²⁵ Trabalhou na OMS sendo uma das principais responsáveis pela elaboração do manual do SHA.

países, a conta SHA costuma ser elaborada pelo Ministério da Saúde, com algumas exceções como a Coreia do Sul e Portugal.

“Mas implantar a metodologia SHA é complicado. Eu acho que o problema principal é que o SHA se afastou de equipes constituídas acostumadas a elaborar Contas Nacionais que são as do SCN. Não é fácil formar um contador nacional. Ele está acostumado a fazer contabilidade nacional. O SHA propõe-se a criar no Ministério da Saúde (em geral) um grupo de pessoas que façam conta SHA, que também é complicado, é uma outra metodologia de contabilidade nacional setorial. Existe um nível de complexidade considerável em formar um contador SHA. Não é uma reunião de uma ou duas semanas no Panamá que vai formar um contador SHA. Você tem de ter um monte de conceitos na cabeça. Eu estou super convencida de que alguém com formação em Contas Nacionais consegue ser muito mais rápido e competente para entender o SHA. O princípio geral de Contas é muito parecido. Nos dois casos, você lida com dados macro e tem que ter soluções que são parecidas, seja Contas Nacionais ou conta SHA. O fato de uma pessoa ter experiência em CN, facilita muito a vida dela para fazer a Conta SHA. Só que a maioria dos escritórios de estatísticas do mundo não encapou a ideia de fazer conta satélite, embora o SNA 2008 já admita que a metodologia da OCDE é a metodologia satélite de saúde oficial. Não vejo muitas Coordenações de Contas Nacionais assumirem fazer as Conta SHA”.

Além disso, uma das demandas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM¹²⁶) foi a elaboração de uma conta materno infantil¹²⁷ baseada na metodologia SHA.

“...no âmbito da discussão dos objetivos do milênio (ODM) tinha uma meta que estabelecia fazer estimar quanto se gasta em programas de saúde prioritários em cada área prioritária. No caso tinha uma meta ligada a saúde materno infantil e outra a doenças negligenciadas. No caso da materno infantil, teve uma reunião específica para tentar saber quanto os países estavam gastando nisso”.

Embora as subcontas sejam mais difíceis de serem elaboradas, durante os trabalhos, **Angélica dos Santos** teve oportunidade de conhecer melhor as bases de dados¹²⁸. O fato de a OMS solicitar as informações sobre saúde no formato SHA e não no formato da Conta Satélite também aumentou a pressão para desenvolver uma conta formato SHA no Brasil. A conta pública do SHA, divulgada em 2018, foi desenvolvida a partir desses dois trabalhos. O objetivo é ampliar a conta SHA no Brasil, inserindo informações da saúde privada (saúde suplementar e gastos com desembolso direto).

“Na verdade, o que eu queria era ter o *know how* para mexer com as bases que eu precisava para fazer uma conta inteira. Essas subcontas são mais difíceis de fazer, mas

¹²⁶ Roteiro com 8 metas estabelecidas por países membros da ONU a partir da Conferência de 2000. Os objetivos eram: 1. Erradicar a pobreza extrema e a fome; 2. Alcançar o ensino primário universal;

3. Promover a igualdade de gênero; 4. Reduzir a mortalidade infantil;

5. Melhorar a saúde materna; 6. combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7. Garantir a sustentabilidade ambiental; 8. Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

¹²⁷ Ver http://www.oecd.org/els/health-systems/Item_4.4_Brazilian_RMCH_Subaccount.pdf

¹²⁸ Ver https://www.oecd.org/els/health-systems/Extension-of-work-on-expenditure-by-disease-age-and-gender_Final-Report.pdf

te dão oportunidade de mexer com as bases no detalhe. Trabalhando com o Raulino¹²⁹, a gente viu descobriu muitas coisas sobre essas bases de dados, coisas que a gente nem sonhava. A própria estrutura do sistema do S I A e do SIH, a vinculação deles com o CNES, várias coisas que a gente nem sabia sobre a estrutura das bases de dados”

5.3. CONCLUSÃO

Em relação às respostas da consulta, verificou-se que as Contas de Saúde são úteis também para auxiliar as produções de pesquisas e artigos na área acadêmica. Quando questionados sobre informações que faltam na Conta Satélite, a importância do tema gastos tributários com saúde voltou a aparecer. Além disso, surgiram demandas por gastos com medicamentos mais detalhados e a necessidade de mostrar o financiamento do setor saúde de forma semelhante à da conta SHA. Outra questão é o gasto com desembolso direto que pode ser estimado a partir da POF. As despesas da atividade saúde privada estão muito agregadas. Seria importante desagregar os dados, mostrando os gastos com planos de saúde e o gasto com desembolso direto das famílias brasileiras (*out-of-pocket*). Alguns usuários sugeriram que a Conta Satélite fizesse uma comparação dos gastos com saúde no Brasil com os outros países. No entanto, na última publicação, já foi divulgado um gráfico comparativo dos gastos com saúde do Brasil com alguns países selecionados. Por último, alguns usuários mencionaram a necessidade de mostrar os gastos com investimentos público e privado na saúde.

No caso das entrevistas, quando perguntados sobre qual Conta de Saúde seria mais apropriada, os especialistas foram unânimes em responder que ambas são importantes e devem continuar a ser publicadas, embora sigam metodologias um pouco diferentes. Em relação aos usuários, nem todos conhecem a diferença entre as duas metodologias. No entanto, pelas respostas, percebe-se que as duas publicações fornecem informações úteis aos usuários.

Embora a Conta Satélite não forneça informações mais detalhadas sobre os fluxos de financiamento da saúde ou despesas de medicamentos mais detalhadas, ela traz importantes agregados macroeconômicos que não estão presentes na Conta SHA. Ainda que a publicação da conta SHA seja mais próxima do gestor de saúde, a Conta Satélite de Saúde fornece informações importantes do ponto de vista macroeconômico, que não estão presentes em outras metodologias, e, portanto, precisa manter sua continuidade.

¹²⁹ Estatístico com mestrado em saúde coletiva. Atualmente é bolsista da FIOCRUZ.

Os especialistas acreditam ser possível manter as duas metodologias das Contas de Saúde, procurando fazer uma conexão entre elas para o gestor da área de saúde. Além disso, é importante tornar a linguagem da Conta Satélite mais simples para que o gestor possa utilizar mais a publicação.

Portanto, as duas metodologias se complementam: a Conta Satélite de Saúde coloca a discussão do setor saúde dentro da perspectiva macroeconômica enquanto a conta SHA, com as informações mais desagregadas e cujo foco é o consumo final de bens e serviços de saúde, é uma ferramenta importante para a tomada de decisão dentro do sistema de saúde.

Em relação às limitações da publicação, os principais pontos destacados pelos entrevistados foram:

- Necessidade de desagregar os dados da saúde privada, separando as despesas com planos de saúde e os gastos com desembolso direto das famílias
- Embora o Sistema de Contas Nacionais não mensure os gastos tributários do governo, é possível montar um quadro com as informações sobre o montante que o governo deixa de arrecadar a partir das isenções fiscais com saúde. Essa possibilidade será analisada nas próximas publicações.
- Analisar melhor a questão da classificação e do tratamento das Organizações Sociais de Saúde que hoje entram como transferência no SCN. Na conta SHA, elas recebem um tratamento diferente. Essa discussão vai ser aprofundada na próxima mudança de base (2021). Portanto, não será objeto de análise do presente trabalho.
- Detalhar, através de um gráfico, os financiamentos da saúde por esferas de governo com o objetivo de se aproximar da conta SHA. Na Conta Satélite de Saúde (2010 – 2015) foi divulgado um gráfico no formato da conta SHA. No entanto, devido à ausência de informações para o período de 2015 – 2017, não foi possível incluir os dados na última publicação, em 2019.
- Revisar as bases de dados utilizadas para calcular o índice de volume da saúde pública e privada. A portaria nº 2.148, de 28 de agosto de 2017 estabeleceu o início do envio de dados de serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD)¹³⁰ ao mesmo tempo que encerrou o envio de dados para o

¹³⁰https://wiki.saude.gov.br/cmd/index.php/P%C3%A1gina_principal

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Isso vem afetando a qualidade de dados do sistema TABNET do DATASUS. Além disso, outra limitação da Conta Satélite é o nível de agregação do índice de volume da saúde pública no Brasil. É importante desagregar mais os dados que compõem o índice de volume da saúde (público e privada) para melhorar a qualidade e precisão dos dados.

- Propor um algoritmo para mensurar a Formação Bruta de Capital Fixo da saúde.

As entrevistas corroboraram com a hipótese de que a Conta Satélite, com suas informações macroeconômicas sobre o setor saúde, é uma ferramenta importante para subsidiar o gestor na formulação de políticas públicas para a saúde. De um modo geral, houve avanços durante o período, embora tenham sido identificadas lacunas e limitações na publicação, tais como: dados da saúde privada muito agregados, necessidade de mensurar os gastos com desembolso direto das famílias, ausência de informações sobre os gastos tributários com saúde (isenção fiscal), tratamento da classificação das organizações sociais de saúde (que hoje entram como transferência no SCN), incorporação de gráficos sobre financiamento da saúde, dialogando com a conta SHA. Além disso, as bases de dados precisam ser revistas e analisadas de modo a melhorar o índice de volume. Outra lacuna da publicação é a ausência de informações sobre FBCF do setor saúde.

CAPÍTULO 6: PRINCIPAIS LACUNAS E APRIMORAMENTOS

Conforme mencionado no Capítulo anterior, as principais lacunas encontradas durante a pesquisa foram: agregação dos dados da saúde privada, necessidade de aprimorar o índice de volume da saúde pública e privada e a ausência de informação sobre investimento em saúde. O propósito deste Capítulo é aprofundar o entendimento dessas lacunas e pesquisar a disponibilidade de bases de dados alternativas para aprimorar as limitações apontadas. Além disso, escolher uma das lacunas para, no capítulo seguinte, propor metodologia alternativa para sua mensuração. A lacuna escolhida foi o aprimoramento da Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF), pelas maiores disponibilidades de dados como ficará claro no desenvolvimento do capítulo. Ele está dividido em três seções: desagregação de dados privados, aprimoramento do índice de volume e FBCF.

6.1. DESAGREGAÇÃO DOS DADOS DA SAÚDE PRIVADA

Uma das limitações da Conta Satélite de Saúde é o nível de agregação da atividade saúde privada que inclui as despesas com seguros e planos de saúde, além dos serviços sociais privados, serviços hospitalares, ambulatoriais (consultas e tratamentos médicos e odontológicos) e de apoio diagnóstico privados (exames, radiologia, quimioterapia e outros) e atendimento de urgência e emergência.

Nas primeiras publicações da Conta Satélite de Saúde (SCN - referência 2000), as despesas com planos de saúde eram separadas da atividade saúde privada. Devido ao atraso no envio dos dados do Imposto de renda de pessoa jurídica, a informação ficou prejudicada. Segundo nota metodológica do IBGE, para os anos de 2013 a 2017, os dados da Receita Federal não foram disponibilizados a tempo de entrar nas últimas publicações. Portanto, o valor da produção foi estimado através de índices de volume e preço a partir de dados do ano anterior.

É importante ressaltar que segundo a metodologia do SCN, o valor de produção da atividade planos de saúde corresponde somente aos serviços de administração prestados pelas operadoras. Elas são responsáveis pela intermediação da prestação do serviço médico. Portanto, o valor da produção dessa atividade corresponde ao valor da mensalidade paga pelos beneficiários menos as despesas assistenciais¹³¹. Os dados utilizados são fornecidos pela ANS.

¹³¹ Corresponde à soma das despesas relacionadas à prestação direta dos serviços de assistência à saúde informadas pelas operadoras à ANS.

O atraso no envio dos dados da Receita Federal afetou a desagregação das informações. Havendo uma regularidade no envio dessa base de dados, será possível desagregar as informações sobre saúde privada.

Outro problema é a ausência de informações sobre os gastos com desembolso direto das famílias. Como a Pesquisa de Orçamento Familiar – POF ficou desatualizada, já que houve um intervalo de 10 anos entre as duas últimas publicações, não foi possível atualizar as estimativas das despesas das famílias com desembolso direto (*out-of-pocket*).

Portanto, para elaborar uma Conta Satélite de Saúde mais detalhada, com a abertura da atividade saúde privada, separando os planos de saúde e os serviços de saúde ambulatorial e hospitalar, é essencial aprimorar as bases de dados disponíveis, além da garantia de uma regularidade no envio desses dados. Conforme mencionado, o atraso na publicação da POF¹³² e no envio dos dados do imposto de renda prejudicaram a intenção dessa Tese em desagregar os dados da saúde privada.

6.2. APRIMORAMENTO DO ÍNDICE DE VOLUME

Outro problema da Conta Satélite de Saúde é a o atual índice de volume da saúde que utiliza como fontes de dados o DATASUS¹³³ e a ANS. Conforme será explicado, mudanças nas bases de dados do DATASUS vem prejudicando a qualidade dos dados.

Os serviços não mercantis (saúde e educação pública, por exemplo) possuem uma participação relevante no PIB dos países (BARR, 1998). Sendo assim, a mensuração dos serviços não mercantis é um tema proeminente dentro da discussão das Contas Nacionais.

A variação em valores correntes reflete as mudanças no volume do valor adicionado e nos preços dos produtos (IBGE, 2019). Para dimensionar o crescimento econômico real de uma atividade, é preciso descontar as variações de preço das variações do valor adicionado¹³⁴, captando, assim, as variações de volume (SANTOS et al, 2012).

Os primeiros índices de volume para os serviços de saúde usavam como referência indicadores associadas aos insumos utilizados na produção. No entanto, essa abordagem

¹³² Em 2010, foi divulgada a POF 2008 – 2009. A última POS 2017 – 2019 foi publicada apenas em 2019.

¹³³ Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

¹³⁴ O valor adicionado corresponde à renda gerada pela participação do setor saúde na economia.

negligenciava qualquer mudança de produtividade na prestação de serviços. Atualmente, muitos países procuram medir os serviços de saúde com base na quantidade. No caso da saúde pública, existem dificuldades inerentes à mensuração da produção de serviços produzidos por produtores não mercantis, onde os preços de mercado e, conseqüentemente, os índices de preços utilizados para a deflação não podem ser observados, especialmente quando a qualidade destes serviços varia ao longo do tempo (SCHEREYER, 2010).

Em relação à mensuração do índice de volume dos serviços de saúde, é importante analisar as especificidades do setor como, por exemplo, a variedade no custo de tratamento das diferentes doenças. Para isso, é importante ponderar os índices de volume e evitar distorções. Em um ambiente mercantil, os preços de mercado fornecem esses pesos. No caso da produção não mercantil¹³⁵, os custos unitários podem substituir os preços, atribuindo um valor aos diferentes tratamentos de saúde. Os pesos dos custos unitários refletem o lado da oferta ou a disposição do governo em pagar pelos bens e serviços (SCHEREYER, 2010).

...when there are no or inadequate market prices, there is no guarantee that relative consumer valuation and relative costs of a product coincide. Value weights and cost weights will therefore yield different results. However, in the absence of strong conceptual reasons against cost weights and in the presence of many practical reasons in favour, cost weights emerge as the best way towards implementation (SCHEREYER, 2010, p.26).

Além da ponderação dos índices de volume, é importante desagregar mais os dados que compõem o índice de volume da saúde (público e privada) para melhorar a qualidade e precisão dos dados. De acordo com o paradoxo de Simpson¹³⁶, os números podem sugerir correlações opostas dependendo da forma que são apresentados. O paradoxo de Simpson ocorre quando, ao examinar diferentes grupos separadamente, observa-se uma tendência. No entanto, ao agregar esses grupos, essa tendência se altera, levando a interpretações equivocadas. Portanto, quanto mais desagregados os dados, melhor a sua precisão (BLYTH, 1972; SIMPSON, 1951).

A base de dados utilizada nas Contas Nacionais brasileiras para mensurar o índice de volume da saúde é o DATASUS¹³⁷ através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

¹³⁵ Segundo a metodologia das Contas Nacionais, o valor de produção dos serviços de saúde é calculado a partir dos custos.

¹³⁶ O termo paradoxo de Simpson faz referência ao estatístico britânico **Edward Simpson** (1951). Anteriormente, George Udny Yule já havia descrito esse paradoxo estatístico em 1903.

¹³⁷ <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>

(SIA)¹³⁸ e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)¹³⁹. Esses sistemas reúnem informações sobre os procedimentos ambulatoriais e hospitalares por mês e ano (públicos e privados – pagos pelo SUS). O IBGE também utiliza informações da ANS¹⁴⁰.

O objetivo inicial da Tese era fornecer uma perspectiva mais desagregada dos procedimentos ambulatoriais e de internação utilizando as bases de dados do DATASUS. Atualmente o índice de volume é calculado por subgrupo de procedimento. É possível detalhar mais o índice fazendo o cálculo pela quantidade de procedimentos ambulatoriais e hospitalares no ano.

No entanto, conforme mencionado no capítulo 3, as bases do DATASUS estão enfrentando problemas. Parece haver uma subnotificação no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) já que a portaria nº 2.148, de 28 de agosto de 2017 estabeleceu o início do envio de dados de serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD)¹⁴¹ ao mesmo tempo em que encerrou o envio de dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Segundo o Ministério da Saúde, o CMD é “um documento público que coleta os dados dos atendimentos em saúde realizados em qualquer estabelecimento de saúde do país, público ou privado, em cada contato assistencial”¹⁴². O CMD substitui os principais sistemas de informação da atenção à saúde do país: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), bem como seus subsistemas de coleta e apoio. Além do envio de informações sobre atenção básica pelo contato assistencial (atendimento ininterrupto dispensado a um indivíduo em uma mesma modalidade assistencial e em um mesmo estabelecimento de saúde). Ademais, as bases de dados do Sistema de Informação em Saúde

¹³⁸ O **SIA/SUS** foi implantado em 1995 e tem como finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial.

¹³⁹ A finalidade do AIH (Sistema SIH - SUS) é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gerar relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde.

¹⁴⁰ Conforme mencionada no Capítulo 5, a TISS ainda está em processo de evolução. No futuro, espera-se que essa base de dados da ANS possa ser útil para calcular parte do índice de volume da saúde.

¹⁴¹https://wiki.saude.gov.br/cmd/index.php/P%C3%A1gina_principal

¹⁴² Ver https://wiki.saude.gov.br/cmd/index.php/P%C3%A1gina_principal

para a Atenção Básica - SISAB (AB/SUS) e TISS¹⁴³/ANS (Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar) estão conectadas ao CMD.

Essa nova base de dados possui uma série de limitações. Se, por um lado, a base do SIA disponibiliza 52 subgrupos de procedimento¹⁴⁴ e 2.328 procedimentos de atenção básica, por outro, o CMD mostrava apenas 13 procedimentos em 2017 e 2018. O ano de 2019, que possui informações somente até abril, passou a exibir mais procedimentos (1143 no total), no entanto, as variações mensais apresentam inconsistências. Parece não haver uma regularidade no envio dos dados por parte dos estabelecimentos de saúde. Além disso, o portal do CMD¹⁴⁵ não disponibiliza os microdados que antes eram acessíveis. Assim, no momento, não é possível pensar numa proposta nova de mensuração enquanto a base de dados do CMD não estiver disponível e com as informações consistentes.

Dessa forma, em relação ao índice de volume, as bases de dados do Ministério da Saúde (DATASUS e CMD) estão em fase de mudanças, ocasionando quebra na série histórica e impossibilitando, no momento, uma discussão mais elaborada sobre a qualidade do índice de volume dos serviços de saúde, como o pretendido inicialmente por essa Tese.

6.3. FORMAÇÃO BRUTA DE CAPITAL FIXO – FBCF

Nas Contas Nacionais, formação bruta de capital (investimento) corresponde ao somatório da formação bruta de capital fixo e da variação de estoques. A formação bruta de capital fixo pode ser dividida em três grandes grupos: construção, máquinas e equipamentos, e outros.

Em uma economia, a oferta de bens e serviços (produção + importação) tem como destino a exportação, consumo (final e intermediário) e a formação bruta de capital. Portanto, parte da oferta desses bens, durante um determinado período, é destinada à produção de bens de capital que serão utilizados para criar bens e serviços no futuro (SNA, 2008). Segundo nota metodológica do IBGE (2015), a formação bruta de capital fixo - FBCF registra a ampliação da capacidade produtiva em uma economia através dos investimentos correntes em ativo

¹⁴³ É um repositório de dados das trocas de informação entre prestadores e operadoras sobre o atendimento, incluindo o tipo de procedimento, valor e beneficiário

¹⁴⁴ Ver Anexo 4 com os procedimentos do SIA e SIH

¹⁴⁵ <https://conjuntominimo.saude.gov.br/#/>

fixo¹⁴⁶, ou seja, utiliza-se bens de forma contínua em um processo produtivo durante mais de um ano. Ativos fixos são definidos como “ativos produzidos que são utilizados repetidamente ou continuamente em processos de produção por mais de um ano”. É importante ressaltar também que a FBCF, nas Contas Nacionais, não inclui os ativos financeiros¹⁴⁷.

O SNA 2008 define investimento em capital fixo como sendo a aquisição de máquinas (incluindo software) e edifícios (escritórios, infraestrutura, habitação), excluindo a formação de estoques. Esta variável mede as despesas totais em bens destinados a serem utilizados na produção futura. Segundo o IBGE (2015), a FBCF é mensurada pelo “valor total dos ativos fixos adquiridos ou de produção própria menos baixas em ativos fixos pelo produtor” (p. 2, 2015).

“Gross capital formation is measured by the total value of the gross fixed capital formation, changes in inventories and acquisitions less disposals of valuables... Gross capital formation shows the acquisition less disposal of produced assets for purposes of fixed capital formation, inventories or valuables. Gross fixed capital formation is measured by the total value of a producer’s acquisitions, less disposals, of fixed assets during the accounting period plus certain specified expenditure on services that adds to the value of nonproduced assets” (SNA 2008, 10.31, p. 198).

O registro da aquisição ou baixa de um ativo fixo ocorre quando a propriedade dos ativos fixos é transferida para a unidade institucional que pretende utilizá-los no processo de produção (SNA 2008, 10.53, p. 201).

As categorias de ativos fixos, definidos como ativos utilizados de forma contínua em um processo de produção por mais de um ano, são classificadas conforme a tabela abaixo. O manual de 2008 apresenta algumas alterações em relação ao SNA 93 conforme o Quadro 14:

¹⁴⁶ Bens de consumo duráveis não são considerados ativos fixos assim como ferramentas pequenas (facas, serra e outros). No entanto, um veículo pode ter como destino consumo final ou FBCF (serviço de táxi, por exemplo).

¹⁴⁷ O ativo financeiro não cria capacidade produtiva, é apenas uma forma de um setor institucional financiar o outro (SNA 2008). Segundo o IBGE (2014), “as transações financeiras definem-se, assim, como as relações entre unidades institucionais residentes ou entre elas e o resto do mundo, por acordo mútuo, que envolvem a criação líquida ou mudança de propriedade de ativos financeiros e de passivos (p.2)”.

Quadro 14: Quadro comparativo do SNA

SNA 1993	SNA 2008
Ativos tangíveis	Ativos tangíveis
Residências	Residências
Outras edificações e estruturas	Outras edificações e estruturas
	Edifícios exceto residência
	Outras estruturas
	Melhorias fundiárias
Máquinas e equipamentos	Máquinas e equipamentos
	Equipamento de transporte
	Equipamentos de informática, comunicação e telecom.
	Outras máquinas e equipamentos
	Equipamentos bélicos
Ativos cultivados	Recursos biológicos cultivados
Ativos intangíveis	Ativos intangíveis
	Produtos de propriedade intelectual
Exploração mineral	Pesquisa e desenvolvimento
Software	Exploração e avaliação mineral
Originais de entretenimento, literatura e artes	Software e banco de dados
Outros ativos intangíveis	Originais de entretenimento, literatura e artes
Melhorias em ativos não produzidos, incluindo terrenos	Proteção Propriedade Intelectual - PPI

Fonte: IBGE, 2015

O SNA-93 indicava que equipamentos militares (armas, tanques, submarinos, aviões) deveriam ser computados como consumo intermediário. Já o SNA 2008 recomenda que tais bens sejam computados como FBCF. Além disso, atividades de produção de P&D, software e exploração e avaliação mineral, antes classificadas como consumo intermediário - CI, passaram a ser tratadas como FBCF na base 2010.

Segundo o SNA 2008, as máquinas e equipamentos são classificadas em 3 grupos: equipamento de transporte (que incluem veículos motorizados, navios, locomotivas, aviões, motos e bicicletas), equipamentos para informação, comunicação e telecomunicações (hardware e aos equipamentos de telecomunicações) e outras máquinas e equipamentos (motores, bombas, tratores, tornos, reatores nucleares, instrumentos de precisão e médicos,

instrumentos musicais, itens esportivos). Os equipamentos bélicos abarcam navios de guerra, submarino, caças, tanques, lança-mísseis e determinados mísseis e bombas. O manual define a categoria recursos biológicos cultivados como sendo os “recursos animais que geram produtos repetidos e as árvores, lavouras e plantas que geram produtos repetidos e cujo crescimento natural e regeneração estejam sob controle, responsabilidade e administração direta de unidades institucionais” (IBGE, 2015, p.5).

Os produtos de propriedade intelectual - PPI¹⁴⁸ têm como origem as pesquisas e as inovações cujo conhecimento gerado pode ser utilizado para seu próprio uso ou comercializado. Eles são divididos em 5 grupos: pesquisa e desenvolvimento (P&D); exploração e avaliação de recursos minerais; software e banco de dados; originais de entretenimento, literatura e artes; e outros produtos de propriedade intelectual. No entanto, o SCN - 2010 mensura somente os dois primeiros grupos devido à limitação das informações disponíveis.

Na série do SCN - referência 2010, os dados de FBCF são compilados e divulgados através das Tabelas de Recursos e Usos (TRUs) e das Contas Econômicas Integradas (CEI). Os recursos correspondem à oferta (produção + importação) e os destinos da oferta (consumo intermediário, consumo final, FBCF e exportação) aos usos. Por outro lado, a CEI mostra o quanto cada setor institucional (governo, famílias, empresas financeiras e não financeiras e ISFLSF) está consumindo de FBCF.

A principal fonte de dados para a demanda de FBCF é a Escrituração Contábil Fiscal (ECF) que substituiu a Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ), a partir do ano-calendário 2014. Durante a mudança de base, a matriz de FBCF do ano base 2010 foi construída com os dados do DIPJ que também serviram para mensurar o “valor da demanda de investimento de determinadas unidades institucionais nos anos correntes” (IBGE, 2015, p.7).

O Quadro 15 mostra as principais fontes utilizadas na estimativa de FBCF por setor institucional:

¹⁴⁸ O SNA 93 classificava como ativos intangíveis

Quadro 15: Fontes para a estimativa de FBCF por setor institucional

Setores Institucionais	Principais Fontes
Empresas não-financeiras	ECF (a partir de 2014, antes era o DIPJ)
Empresas financeiras	Plano Contábil das Instituições do Sistema Financeiro Nacional - COSIF, ECF, Plano Geral de Contas do Banco Central
Governo	SIAFI, Execução Orçamentária dos Estados, FINBRA
Famílias	POF, Censo Agropecuário
ISFL	ECF (a partir de 2014, antes era o DIPJ)

Fonte: IBGE, 2015

Conforme mencionado, a FBCF é uma medida de fluxo durante um intervalo de tempo. Portanto, o cálculo é feito a partir dos ativos fixos e estoque inicial, declarados pelos informantes, além das informações contábeis de depreciação – encargos no ano e acumulada – e dos valores de alienação de ativos, os contábeis e os de venda propriamente (IBGE, 2015).

A estimativa da FBCF a preços constantes é feita por meio da evolução dos valores correntes do ano anterior. A estimativa inicial da FBCF por produto no ano corrente a preços do ano anterior é calculada através da evolução do valor corrente da FBCF do mesmo produto no ano anterior. A variação da demanda aparente (produção + importação – exportação) é utilizada como proxy do índice de volume (IBGE, 2016).

$$FBCF_{p,n,n-1} = FBCF_{p,n-1,n-1} * IVDA_{p,n}$$

Realiza-se também uma análise crítica por meio da comparação entre os dados da demanda (Quadro 15) e da oferta de bens de capital. As principais fontes pelo lado da oferta de bens de capital são:

- Edificações residenciais: Pesquisa Anual da Indústria da Construção - PAIC (empresas); Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) e Pesquisa de Orçamento Familiar - POF.
- Outras edificações e estruturas: PAIC

- Máquinas e equipamentos e Equipamentos bélicos: Pesquisa Industrial Anual – PIA (produção nacional); Secretaria de Comércio Exterior - SECEX (importação);
- Recursos biológicos: Censo Agropecuário;
- Exploração e avaliação de recursos minerais: estimativa própria com base em informações da Agência Nacional do Petróleo - ANP;
- Software: Pesquisa Anual de Serviços – PAS;
- Pesquisa e desenvolvimento (P&D): os gastos em P&D para o setor Governo são compilados a partir de dados do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), balanço dos Estados e dados do FINBRA para os municípios. No caso do setor privado, utiliza-se a Pesquisa de Inovação Tecnológica - PINTEC/IBGE; as informações da ECF e do Censo da Educação Superior/MCTI.

Segundo o manual do SNA 2008, a FBCF é mensurada através do valor total dos ativos fixos adquiridos ou produzidos pelo produtor subtraindo as baixas em ativos fixos. Nas próximas seções, serão analisadas as limitações atuais para a mensuração da FBCF da saúde privada.

6.3.1. Limitações das bases de dados para mensurar FBCF da saúde privada

As TRUs da Conta Satélite de Saúde mostram o percentual do produto Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico destinado à FBCF. No entanto, a fabricação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação, que tem como destino os bens de capital, não está incluída nesse produto, conforme será discutido adiante. A Conta Satélite de Saúde também não disponibiliza informações sobre a aquisição ou produção (menos baixas) por parte do setor saúde de produtos da construção e nem a separação entre o investimento em saúde segundo esfera pública e privada.

Realizou-se uma análise da base de dados da Pesquisa Industrial Anual (PIA), Pesquisa Anual da Indústria da Construção (PAIC), Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e a Pesquisa Anual de Serviço (PAS) para verificar as fontes disponíveis para mensurar o investimento privado. Além disso, foram analisadas as fichas do DIPJ e da ECD, além dos

dados disponíveis no site da Receita Federal. Verificou-se também que a PAS não inclui o código CNAE¹⁴⁹ 86 (saúde) na sua cobertura, impossibilitando seu uso.

No caso da AMS, como a pesquisa não é divulgada anualmente, não é possível utilizá-la para mensurar investimento do setor saúde. Projetar despesa com investimento é um procedimento complexo considerando que o item não faz parte das despesas obrigatórias e os gastos com investimentos oscilam muito de um ano para outro. Além disso, a taxa de crescimento do PIB no Brasil não é estável de um período para outro, o que torna questionável as possíveis estimativas.¹⁵⁰

No SCN referência 2010, pela ótica da CEI (i.e., dos setores institucionais), a FBCF da saúde pública está no setor Governo, enquanto a maior parte da FBCF do setor privado de saúde está nas empresas não financeiras (incluindo as empresas imunes e isentas¹⁵¹). Um percentual residual está no setor instituições sem fins de lucro que servem as famílias (ISFLSF).

Existem limitações para se mensurar a FBCF da saúde pelo lado da oferta (TRUs). A Conta Satélite de Saúde atual não desagrega os aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e os equipamentos de irradiação (código CNAE 2660-4/00). Essa classe inclui a fabricação de aparelhos e tubos de irradiação, aparelhos eletrodentários, eletrocirúrgicos e para eletrodiagnóstico, para aplicação de raios ultravioleta e infravermelho, aparelhos de raios-X, eletrocardiógrafos, equipamentos oftalmológicos de ultrassom, marcapassos, aparelhos auditivos, aparelhos de tomografia computadorizada, ressonância magnética, equipamentos médicos a laser e aparelhos para endoscopia e aparelhos semelhantes.

Atualmente, eles fazem parte do produto código 26004 - Equipamentos de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos¹⁵². Como boa parte da oferta desse produto tem como destino a FBCF, se possível, seria importante desagregar esse produto na nova classificação do SCN¹⁵³. A partir dos dados da PIA produto, da PIA empresa, da POF (base para as estimativas

¹⁴⁹ Classificação Nacional de Atividades Econômicas

¹⁵⁰ Exemplo: um modelo auto-regressivo integrado de médias móveis (*autoregressive integrated moving average* ou ARIMA)

¹⁵¹ O SCN referência 2010 manteve as empresas imunes e isentas de saúde no setor de empresas não financeiras.

¹⁵² Ver Classificação de produtos do Sistema de Contas Nacionais e correspondência com a CNAE 2.0 <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98142.pdf>

¹⁵³ No SCN referência 2000 e CNAE 1.0 esses produtos faziam parte do produto 032901 - Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico

de consumo final) e da SECEX, é possível fazer um rateio dos aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação calculando o valor de produção e os usos do produto (FBCF, consumo intermediário, consumo final e exportação).

A única informação disponível sobre FBCF na Conta Satélite de Saúde está no produto aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico cujas CNAES incluem aparelhos e instrumentos médicos de menor complexidade, conforme o Quadro 16 abaixo.

Quadro 16: Correspondência entre a classificação Contas Nacionais e as CNAES

Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico	32502020	Aparelhos de mecanoterapia, de massagem ou de psicotécnica
	32502035	Aparelhos de ozonoterapia, de oxigenoterapia, respiratório de reanimação e outros de terapia respiratória, inclusive pulmões de aço
	32502040	Aparelhos para diálise denominados rins artificiais
	32502050	Aparelhos para medir a pressão arterial
	32502060	Aparelhos para oftalmologia
	32502100	Bisturis de todos os tipos
	32502140	Esterilizadores médico-cirúrgicos ou de laboratório
	32502150	Grampos, cliques, aplicador, extrator para aparelhos medicinais
	32502180	Instrumentos e aparelhos para transfusão de sangue etc.
	32502195	Instrumentos e aparelhos para medicina, cirurgia, etc., de outros tipos
	32502205	Instrumentos e aparelhos para odontologia (limas, brocas, etc.)
	32502230	Máscaras contra gases e aparelhos respiratórios semelhantes
	32502240	Mobiliários para medicina, odontologia ou veterinária (cadeiras de dentistas, mesas cirúrgicas etc.), inclusive partes

Fonte: IBGE. Elaboração Própria

A Tabela 1 mostra o destino do produto Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico entre 2010 e 2017, disponível na última Conta Satélite de Saúde

Tabela 1: Tabela de recursos e usos de aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico

Descrição do produto	Ano	Exportação	Consumo do Governo	Consumo das ISFLSF	Consumo das Famílias	FBCF	Varição de Estoques
Aparelhos e instrumentos para uso médico e odontológico	2010	158	0	0	316	4533	300
	2011	176	0	0	370	4747	-267
	2012	177	0	0	438	5882	554
	2013	195	0	0	491	7355	751
	2014	196	0	0	570	8441	451
	2015	264	0	0	656	8776	-192
	2016	245	0	0	678	8078	-108
	2017	259	0	0	762	8748	119

Fonte: IBGE. Elaboração Própria

Os dados da PIA empresa mostram o investimento por parte das indústrias de acordo com a CNAE, ou seja, o quanto as empresas gastaram em máquinas, equipamentos e P&D para aumentar a sua produção. Portanto, a fonte de dados não pode ser utilizada para calcular o percentual de destino de bens de capital da produção total da indústria. As tabelas da PIA empresa foram disponibilizadas no anexo 5.

Outra limitação se refere às informações sobre construção do setor saúde. A PAIC mostra o valor das obras e incorporações do setor de construção de forma muito agregada. As informações estão separadas em três divisões CNAE: 41 - Construção de edifícios; 42 - Obras de infraestrutura e 43- Serviços especializados para construção. Dentro dessas divisões, aparecem 9 grupos: 41.1 - Incorporação de empreendimentos imobiliários; 41.2 - Construção de edifícios; 42.1 - Construção de rodovias, ferrovias, obras urbanas e obras de arte especiais; 42.2 - Obras de infraestrutura para energia elétrica, telecomunicações, água, esgoto e transporte por dutos; 42.9 - Construção de outras obras de infraestrutura; 43.1 - Demolição e preparação do terreno; 43.2 - Instalações elétricas, hidráulicas e outras instalações em construções; 43.3 - Obras de acabamento; e 43.9 - Outros serviços especializados para construção. As informações sobre hospitais construídos em um determinado período, por exemplo, estão agregadas no grupo 41.2 - Construção de edifícios que corresponde ao código PRODLIST 4120.2030

“Edifícios não residenciais não especificados anteriormente” (hospitais, escolas, hotéis, garagens, estádios etc.

A Tabela 2 mostra o valor das obras e incorporações, realizadas entre 2010 e 2018, segundo o código PRODLIST 4120 – Construção de Edifícios. Esse código PRODLIST inclui a construção de hospitais (4120.2030 Edifícios não-residenciais não especificados anteriormente -hospitais, escolas, hotéis, garagens, estádios etc.). No entanto, não é possível desagregar os valores referentes à construção de hospitais, laboratórios e consultórios e nem separar por esfera pública e privada.

Tabela 2: Valor das incorporações, obras e/ou serviços da construção das empresas de construção (R\$ Mil Reais)**Valor das incorporações, obras e/ou serviços da construção das empresas de construção (R\$ Mil Reais)**

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
4120 Construção de edifícios	74.952.809	87.215.522	110.763.150	114.217.396	128.297.093	111.676.363	89.511.842	71.930.886	71.690.454
Edifícios comerciais (shoppings, supermercados, lojas etc.)	8.112.223	8.968.454	10.702.089	7.960.081	9.045.352	8.326.701	11.007.515	9.598.968	6.441.536
Edifícios industriais (fábricas, oficinas, galpões industriais etc.)	9.542.474	11.568.019	9.690.587	6.199.272	6.234.440	5.595.314	4.260.512	3.857.905	2.811.459
4120.2030 Edifícios não-residenciais não especificados anteriormente (hospitais, escolas, hotéis, garagens, estádios etc.)	7.386.153	7.307.725	10.770.010	10.151.997	10.304.222	7.260.760	6.440.237	6.393.994	6.291.486
Edifícios residenciais	39.526.964	43.849.580	57.456.538	62.311.576	74.058.998	61.714.081	54.659.595	43.388.556	39.927.516
Estações de embarque e desembarque (rodoviárias, aeroportos, portos, estações de metrô e trens, etc.)	590.824	634.343	1.348.596	2.436.781	3.103.627	3.354.775	2.323.604	1.188.326	956.689
Serviços de montagem de edifícios não-residenciais pré-fabricados	374.119	243.862	505.711	547.765	433.325	352.371	332.654	207.713	147.408
Serviços de montagem de edifícios residenciais pré-fabricados	224.264	610.065	353.234	280.500	412.788	216.232	242.679	92.122	132.391
Serviços de reforma ou manutenção de edifícios não-residenciais	4.612.378	6.323.991	7.486.894	8.468.300	8.051.298	7.743.496	4.603.476	3.706.511	5.946.088
Serviços de reforma ou manutenção de edifícios residenciais	4.583.408	7.709.483	12.449.491	15.861.124	16.653.043	17.112.633	5.641.570	3.496.791	9.035.881

Por fim, além da falta de dados referentes aos produtos específicos para o setor saúde (como os aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação), uma parte da oferta de produtos de uso geral (computadores, automóveis e outras máquinas e equipamentos) tem como destino a FBCF da saúde. No entanto, os microdados das pesquisas não permitem que seja proposto um rateio do percentual de produtos de uso geral que têm como destino o setor saúde.

6.3.2. Uso das fichas do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica – ECF

Pelo lado da demanda, a melhor fonte de informações sobre investimento da saúde privada são as fichas da Escrituração Contábil Fiscal (ECF) que substituiu a Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ) desde 2014. As principais fichas do DIPJ estão disponíveis no site da Receita Federal¹⁵⁴ com informações dos balanços patrimoniais por CNAE entre 2009 e 2013. No entanto, os valores referentes aos balanços patrimoniais por CNAE das fichas da ECF entre 2014 e 2018 ainda não foram divulgados pela Receita. Para esse período, a Receita disponibiliza somente os dados sobre a receita bruta, número de empregados, massa salarial e exportação e importação por CNAE, conforme exposto nas Tabelas 3 e 4¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Ver site <http://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/principais-fichas-dipj>

¹⁵⁵ Os dados referentes ao período 2009 – 2013 também estão disponíveis no site da receita.

Tabela 3: Receita bruta das empresas de saúde (Em R\$ Bilhões)

CNAE	Nome	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
861	Atividades de atendimento hospitalar	53.216	62.277	73.140	75.411	91.809	128.236	139.214	149.802
862	Serviços móveis de atendimento a urgências e de remoção de pacientes	410	513	666	810	861	830	953	1.024
863	Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos	19.224	23.563	28.138	33.579	40.132	51.656	58.591	65.558
864	Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	19.439	22.069	25.692	27.093	32.470	38.419	43.134	46.764
865	Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos	3.828	4.178	4.750	5.238	7.017	10.504	11.506	12.134
866	Atividades de apoio à gestão de saúde	4.087	4.683	5.426	6.065	8.164	9.192	11.889	12.444
869	Atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente	3.644	3.721	4.517	6.397	7.950	11.939	11.760	12.084

Fonte: Receita Federal. Elaboração Própria

Tabela 4: Receita bruta das empresas de saúde (Em R\$ Bilhões)

CNAE	Nome	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
871	Atividades de assistência a idosos, deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes, e de infra-estrutura e apoio a pacientes prestadas em residências coletivas e particulares	1.008	1.228	1.597	1.955	2.341	3.063	3.940	4.853
872	Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química	431	485	690	896	1.095	1.315	1.823	1.939
873	Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares	120	124	110	299	420	1.090	1.350	1.213
880	Serviços de assistência social sem alojamento	1.722	1.896	1.983	8.150	8.105	14.159	14.107	18.129

Fonte: Receita Federal. Elaboração Próp

Até 2013, as fichas do DIPJ eram a fonte para estimar a FBCF pelo lado da demanda. Importante ressaltar que as empresas imunes e isentas não eram obrigadas a entregar a declaração para a Receita Federal ocasionando uma subdeclaração dos hospitais e conseqüentemente da receita bruta. A partir de 2015, todas as imunes e isentas passaram a ser obrigadas a entregar a ECF. Em 2016, observa-se uma variação nominal da receita bruta da CNAE 861 de 39,7% (Tabela 3). Essas alterações nas regras da ECF mostram que os dados da saúde privada no Brasil poderiam estar subestimados até 2015.

A FBCF é uma medida de fluxo durante um período (1 ano, 2 anos, por exemplo). Portanto, para estimar a FBCF, através da conta patrimonial¹⁵⁶ de uma empresa, realiza-se uma estimativa indireta, ou seja, calcula-se a diferença entre o estoque final (n) e o estoque inicial (n-1) dos ativos fixos declarados pelo informante, incluindo as informações contábeis da depreciação acumulada, os encargos de depreciação do ano N e os valores de alienação de ativos fixos. “Ao longo do ano as alienações de ativos fixos são práticas comum e a inclusão dos valores de depreciação e das diferenças dos valores contábeis e de venda torna-se necessário (p.169, IBGE, 2016)”. Se não ocorresse a venda de ativos pelas empresas no período contábil, o fluxo de ativos seria apenas a diferença entre o estoque final e o inicial¹⁵⁷.

Portanto, o algoritmo utilizado para calcular a FBCF privada é obtido pela soma dos ativos imobilizado e permanente do ano de exercício, excluindo os ativos do ano anterior, somando os encargos de depreciação do ano atual, subtraindo a depreciação acumulada do ano vigente e do ano anterior. A depreciação corresponde à perda de valor do bem decorrente de seu uso.

$$\begin{aligned}
 FBCF = & \textit{Ativo}_n - \textit{Ativo}_{n-1} + \textit{Encargos de Depreciação} \\
 & - (\textit{Depreciação Acumulada}_n - \textit{Depreciação Acumulada}_{n-1}) \\
 & + \textit{Valor Contábil de Bens Alienados}_n - \textit{Receita de Bens Alienados}_n
 \end{aligned}$$

¹⁵⁶ O balanço patrimonial contém informações referentes ao estoque da empresa, portanto, não é uma medida de fluxo.

¹⁵⁷ Seria, portanto, um valor superestimado, pois não inclui as baixas.

Onde a alienação de bens é a transferência de domínio de bens de um indivíduo para terceiros enquanto a receita de bens alienados registra o valor proveniente dessa alienação.

Analisando as fichas disponibilizadas pela receita federal, foi possível estimar a FBCF da saúde privada por CNAE entre 2008 e 2013. Para tanto, foram utilizadas informações sobre investimento da ficha 36 (balanço patrimonial), ou seja, aquisições e a depreciação acumulados, que são medidas de estoque e não fluxo, além dos encargos de depreciação presentes na ficha 17 (cálculo da CSLL¹⁵⁸). Para estimar a o investimento realizado pelo setor de saúde privada, foram utilizados os balanços das seguintes CNAES: 86 – Atividades de Atenção à Saúde Humana, 87 - Atividades de Atenção à Saúde Humana integradas com Assistência Social, prestadas em residências coletivas e particulares e 88 – Serviços de Assistência Social sem alojamento (Quadro 17).

Quadro 17: Estrutura das CNAES de saúde

Q	SAÚDE HUMANA E SERVIÇOS SOCIAIS
Divisão:	86 ATIVIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE HUMANA
Grupo	86.1 Atividades de atendimento hospitalar
Grupo	86.2 Serviços móveis de atendimento a urgências e de remoção de pacientes
Grupo	86.3 Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos
Grupo	86.4 Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica
Grupo	86.5 Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos
Grupo	86.6 Atividades de apoio à gestão de saúde
Grupo	86.9 Atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente
Divisão:	87 ATIVIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE HUMANA INTEGRADAS COM ASSISTÊNCIA SOCIAL, PRESTADAS EM RESIDÊNCIAS COLETIVAS E PARTICULARES
Grupo	87.1 Atividades de assistência a idosos, deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes, e de infra-estrutura e apoio a pacientes prestadas em residências coletivas e particulares
Grupo	87.2 Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química
Grupo	87.3 Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares
Divisão:	88 SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SEM ALOJAMENTO
Grupo	88.0 Serviços de assistência social sem alojamento

Fonte: Comissão Nacional de Classificação - CONCLA

¹⁵⁸ A Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido é um tributo federal que incide sobre pessoas jurídicas cujo destino é financiar a seguridade social.

Aplicando o algoritmo, descrito anteriormente, nas fichas disponíveis no site da Receita Federal, foi possível calcular uma série de despesas com investimentos em saúde privada, em valores correntes, entre 2008 e 2013 (Tabela 5). Como as empresas imunes e isentas não eram obrigadas a enviar as informações e um número considerável de estabelecimentos de saúde está classificado como imune e isenta, as informações provavelmente estão subestimadas.

Tabela 5: Despesas com investimento da saúde privada, segundo dados do DIPJ (R\$ mil reais)

CNAE	86	87	88	Total Saúde
2008	2.532.651	136.562	561.155	3.230.368
2009	2.210.025	-306.783	-255.078	1.648.164
2010	4.437.789	195.894	661.679	5.295.362
2011	2.919.329	-120.171	1.056.673	3.855.832
2012	1.476.364	126.510	161.646	1.764.520
2013	3.655.998	207.808	662.146	4.525.952

Fonte: DIPJ

Chama atenção a forte queda, em valores correntes, de investimento privado em 2009, 2011 e 2012. Conforme mencionado, os dados possuem uma série de limitações dada a não obrigatoriedade de imunes e isentas de informarem até então. Além disso, consultórios particulares declaram pelo Simples Nacional¹⁵⁹.

As fichas da ECD são mais detalhadas, separando o imobilizado (aquisição e arrendamento e outros) e os ativos intangíveis. Foram selecionadas algumas variáveis das contas patrimoniais da ficha L100 A (empresas de lucro real), P 100 A (lucro presumido) e U100 A (imunes e isentas). A parte de aquisição de ativos contém algumas variáveis que fazem parte do cálculo da FBCF. A aquisição de terrenos, por exemplo, não entra no cálculo de FBCF. O Quadro 18 mostra as variáveis selecionadas da conta de patrimônio.

¹⁵⁹ Simples Nacional é um regime tributário, criado em 2007, que abrange as empresas com receita bruta anual de até R\$ 4,8 milhões.

Quadro 18: Ativos do balanço patrimonial

1.02.03	IMOBILIZADO
1.02.03.01	IMOBILIZADO – AQUISIÇÃO
1.02.03.01.02	Edifícios e Construções
1.02.03.01.03	Construções em Andamento - Imóvel Próprio
1.02.03.01.04	Outras Imobilizações em Andamento
1.02.03.01.05	Benfeitorias em Imóveis de Terceiros
1.02.03.01.06	Máquinas, Equipamentos e Instalações Industriais
1.02.03.01.07	Móveis, Utensílios e Instalações Comerciais
1.02.03.01.08	Veículos
1.02.03.01.09	Embarcações
1.02.03.01.10	Aeronaves
1.02.03.01.13	Linhas de Transmissão Elétrica
1.02.03.01.30	(-) Depreciação Acumulada – Imobilizado
1.02.03.01.31	(-) Amortização Acumulada – Imobilizado
1.02.03.01.32	(-) Exaustão Acumulada – Imobilizado
1.02.03.01.55	(-) Perdas por Redução ao Valor Recuperável (Impairment) – Imobilizado
1.02.03.01.75	(-) Subconta - Ajuste Valor Presente – Imobilizado
1.02.03.01.76	Subconta - Ajuste Valor Presente – Depreciação Acumulada – Imobilizado
1.02.03.02	IMOBILIZADO – LEASING FINANCEIRO
1.02.03.02.01	Veículos
1.02.03.02.02	Embarcações
1.02.03.02.04	Máquinas, Equipamentos e Instalações Industriais
1.02.03.02.05	Móveis, Utensílios e Instalações Comerciais
1.02.03.02.06	Imóveis
1.02.03.02.09	Outras Imobilizações por Arrendamento
1.02.03.02.30	(-) Depreciação Acumulada - Imobilizado -Leasing Financeiro
1.02.03.02.31	(-) Amortização Acumulada - Imobilizado -Leasing Financeiro
1.02.03.02.55	(-) Perdas por Redução ao Valor Recuperável (Impairment) - Imobilizado - Leasing Financeiro
1.02.03.04	ATIVO BIOLÓGICO – DE PRODUÇÃO
1.02.03.05	OUTROS IMOBILIZADOS
1.02.03.05.03	Imobilizados Recebidos em Subvenções Governamentais
1.02.03.05.28	Outros Imobilizados
1.02.03.05.29	(-) Outras Contas Redutoras do Imobilizado
1.02.03.05.30	(-) Outras Depreciações, Amortizações e Quotas de Exaustão Acumuladas
1.02.03.05.75	(-) Subconta - Ajuste Valor Presente – Imobilizado
1.02.03.05.76	Subconta - Ajuste Valor Presente – Depreciação, Amort., Exaustão Acumulada – Outros Imobilizados
1.02.05	Intangível
1.02.05.01	ATIVOS INTANGÍVEIS
1.02.05.01.10	Software ou Programas de Computador
1.02.05.01.11	Contratos de Aluguel
1.02.05.01.12	Contratos de Franquias
1.02.05.01.13	Desenvolvimento de Produtos ou Serviços
1.02.05.01.20	(-) Amortização Acumulada – Intangível
1.02.05.01.75	(-) Subconta – Ajuste a Valor Presente (AVP) - Intangível

O ativo imobilizado divide-se em aquisição e leasing financeiro. O primeiro diz respeito aos bens comprados pela empresa, ou seja, ela tem a posse e a propriedade do bem. Já o leasing se refere aos bens que ela aluga para utilizar por um determinado período. Por ser uma conta de acumulação, ou seja, estoque e não fluxo, é preciso diminuir os ativos de um ano (n) pelo ano anterior (n-1).

Para replicar o algoritmo da FBCF utilizado nas fichas do DIPJ, devem ser calculadas a variação dos ativos de um ano para o outro, as variáveis do imobilizado por aquisição devem ser somadas ao imobilizado por arrendamento, outros imobilizados e ativos intangíveis. As rubricas que entram na conta do ativo são: Edifícios e Construções; Construções em Andamento - Imóvel Próprio; Outras Imobilizações em Andamento; Benfeitorias em Imóveis de Terceiros; Máquinas, Equipamentos e Instalações Industriais; Móveis, Utensílios e Instalações Comerciais; Veículos; Embarcações; Aeronaves e Linhas de Transmissão Elétrica.

A receita decorrente das alienações dos bens (3.01.01.11.01.02 Receitas de Alienações de Bens e Direitos do Ativo Não Circulante Investimentos, Imobilizado e Intangível) deve ser subtraída e o valor contábil dos bens alienados (3.01.01.11.01.05) deve ser acrescentado ao algoritmo. Assim como deve entrar no cálculo a depreciação do ano corrente do ano anterior.

$$\begin{aligned}
 FBCF = & (Ativo_n - Ativo_{n-1}) + Encargos\ de\ Depreciação_n \\
 & - (Depreciação\ Acumulada_n - Depreciação\ Acumulada_{n-1}) \\
 & + Valor\ Contábil\ de\ Bens\ Alienados_n - Receita\ de\ Bens\ Alienados_n
 \end{aligned}$$

O balanço patrimonial disponibilizado nas fichas do Imposto de Renda (ECF, antigo DIPJ) pode ser uma boa opção para mensurar investimento pelo lado da demanda, embora haja imitações. Com a obrigatoriedade da declaração de imunes e isentas a partir de 2016, espera-se uma maior representatividade dos dados da ECF.

No entanto, outro ponto que pode levar a interpretações erradas em relação ao nível de investimento das empresas privadas em um período são as constantes alterações nas regras contábeis internacionais. Por exemplo, até 2008¹⁶⁰, leasing não entrava no imobilizado. Sendo assim, ao comparar o gasto com investimento de uma rede de hospitais um aumento no ano de

¹⁶⁰ Uma resolução do dia 21/11/2008 do Conselho Federal de Contabilidade alterou essa regra (NBC TG 06). Ver <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao/cfc/1141008.htm>. Além disso, a partir 2019, o arrendamento operacional também passou a ser reconhecido dentro do Ativo Imobilizado do arrendatário, salvo se for considerado de curto prazo (vigência contratual de 12 meses ou menos) ou arrendamentos de baixo valor (nestes 2 casos os valores do arrendamento serão reconhecidos como despesa). Ver <http://www.portaldecontabilidade.com.br/guia/arrendmercantil.htm>

2018 pode ser devido apenas a uma mudança de classificação e não a um aumento real do investimento. Portanto, outras fontes de dados são importantes para realizar uma crítica dos dados do imposto de renda.

6.3.3. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES

O TABNET¹⁶¹ disponibiliza a série histórica do CNES com o quantitativo de estabelecimentos de saúde no Brasil. A consulta permite separar os estabelecimentos públicos e privados, assim como analisar a evolução dos leitos complementares (leitos de Unidade de Terapia Intensiva -UTI e Unidade de Cuidados Intermediários – UCI) e dos equipamentos (recursos físicos). Embora a base de dados não disponibilize informações em valores, os dados permitem traçar um panorama da estrutura de atendimento do setor de saúde na esfera pública e privada ao longo do tempo. As informações do CNES não permitem estimar investimento em saúde. No entanto, é possível mapear a oferta de equipamentos e estabelecimentos de saúde no Brasil tanto na esfera pública como na privada.

Outra questão relevante é o fato de alguns estudos apontarem inconsistência no sistema do CNES tais como dados desatualizados e alta defasagem nos dados cadastrados no Sistema e apresentados nos hospitais. As portarias publicadas em 2011 e 2014¹⁶² estabeleciam novas regras para o cadastro no CNES de modo a minimizar as irregularidades, tais como inúmeros vínculos profissionais no âmbito público e privado, além da desativação automática no CNES dos estabelecimentos que não atualizarem seu registro a cada seis meses (ROCHA et al, 2018).

Os autores sugerem a adoção de “protocolos ou formas de controle diferenciadas para registro de critérios que apresentem mudanças rápidas, como a existência de leitos ou equipamentos de baixo custo” (p. 238), adoção de medidas de incentivos financeiros e elaboração de indicadores de qualidade de informação.

Apesar dos problemas de atualização do cadastro do CNES, trata-se de uma base de dados com informações relevantes para compreender melhor a estrutura física do setor saúde no Brasil. Essa possibilidade foi explorada no Apêndice 4 *Estrutura Física do Setor de Saúde no Brasil por esfera pública e privada*.

¹⁶¹ <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>

CAPÍTULO 7: MENSURAÇÃO DO INVESTIMENTO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA

O investimento possui um caráter dual, sendo um dos componentes da demanda agregada com grande efeito multiplicador. A compra de bens de capital provoca um impacto na cadeia produtiva através do aumento da demanda por emprego e por insumos. Posteriormente, o investimento em ativos fixos expande a capacidade de oferta da economia influenciando o ciclo e a tendência do produto. Além disso, uma parte das inovações do processo produtivo “é incorporada em novos ativos de capital fixo” (MIGUEZ, 2016, pg.2), fazendo com que a expansão do investimento tenha impacto no ritmo de mudança tecnológica e no avanço da produtividade (MIGUEZ, 2016).

O investimento em ativos fixos tem um impacto positivo na infraestrutura do setor saúde, contribuindo para a sustentabilidade e equidade dos sistemas de saúde. Em relação ao desenvolvimento tecnológico, investimentos em inovação (P&D) têm efeitos positivos na evolução dos tratamentos e no cuidado à saúde de uma forma geral (TEJA et al 2020).

A Conta Satélite de Saúde não disponibiliza informação sobre o gasto com Formação Bruta de Capital Fixo no setor saúde, o que acaba por prejudicar a análise sobre o tema no Brasil. Não existe uma série constante sobre dados de investimento do setor saúde no país. Sendo assim, é importante que seja proposta uma metodologia de mensuração de investimento do setor saúde (público e privado) para preencher essa lacuna de informações para análise do setor.

O capítulo está dividido em 4 seções. A primeira seção tem 2 partes: uma conceitual, onde são discutidos os conceitos de gasto e contabilidade pública, e a segunda parte onde são analisadas as bases de dados disponíveis para mensurar FBCF da saúde pública. A segunda seção propõe uma metodologia para a FBCF da saúde privada. Como as fontes de dados são distintas, optou-se por apresentar a metodologia para as esferas pública e privada em seções separadas. A terceira seção analisa os resultados da estimativa de FBCF do setor saúde produzida com base na metodologia sugerida e a última seção traz uma conclusão parcial.

7.1. MENSURAÇÃO DO GASTO PÚBLICO

7.1.1. CONCEITOS

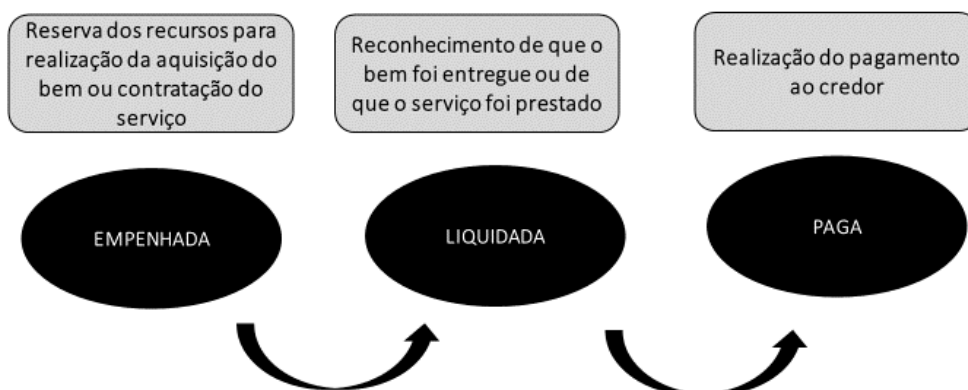
Antes de discutir a mensuração da FBCF de saúde pública, é preciso entender os procedimentos contábeis da Secretária do Tesouro Nacional – STN (classificação das despesas orçamentárias), as fases das despesas e o conceito de gastos e despesas do ponto de vista da administração pública.

Piola e Vieira (2016) analisam os vários significados de gasto com saúde¹⁶³, inclusive a definição utilizada nos manuais internacionais para elaboração das Contas de Saúde. O gasto com saúde do governo federal pode ser definido como o gasto na função saúde, ou seja, é o gasto com saúde realizado por qualquer órgão da administração pública. Já o gasto total do Ministério da Saúde (MS) se refere a todas as despesas executadas pelo órgão que, por sua vez, é diferente do gasto federal com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), definido pela Lei Complementar nº 141, de 2012. Por fim, existe a definição de gasto com saúde que segue os manuais internacionais de Contas de Saúde (VIEIRA e PIOLA, 2016).

De acordo com a Lei nº 4.320/1964, qualquer despesa do ponto de vista da administração pública possui três estágios: empenho, liquidação e pagamento. O empenho se refere à reserva dos recursos para realização da aquisição do bem ou contratação do serviço, ou seja, é uma garantia do gestor ao credor de que a administração pública possui recursos orçamentários para pagar as obrigações futuras decorrentes da aquisição do bem ou serviço. A liquidação corresponde ao reconhecimento de que o bem foi entregue ou de que o serviço foi prestado e o pagamento é a realização do pagamento ao credor (ordem de pagamento). A Figura 7 sintetiza as fases de despesa:

¹⁶³ No âmbito da administração pública, gasto e despesa possuem o mesmo significado.

Figura 7: Fases da despesa



Fonte: Vieira e Piola, 2016

O regime contábil pode ser de caixa, competência ou misto. No regime de caixa, os eventos são escriturados quando eles acontecem e as despesas no período em que foram pagas. Já no regime de competência, os eventos são reconhecidos de acordo com a data real de incoerência da transação econômica (liquidação). Até 2008, o Brasil adotava o regime misto (regime de competência para as despesas e regime de caixa para as receitas).

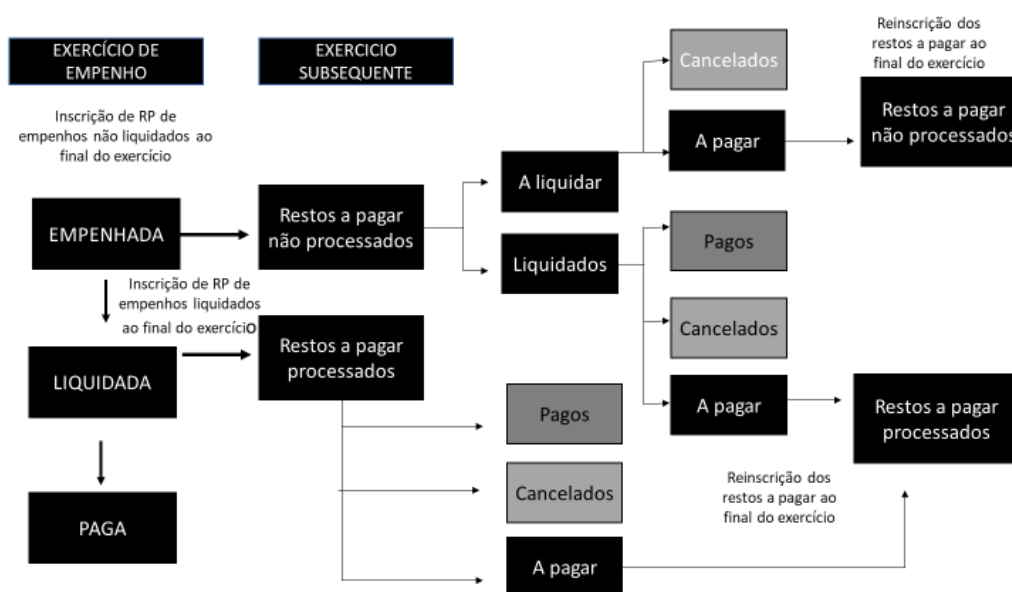
Desde então, a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), do Ministério da Fazenda (MF), e a Secretaria de Orçamento Federal (SOF), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) estabeleceram que a despesa e a receita seriam reconhecidas por critério de competência patrimonial com o objetivo de seguir os padrões internacionais. Com isso, passou-se a considerar a despesa liquidada¹⁶⁴, além de adotar o regime de competência para as receitas. A despesa orçamentária empenhada que não foi paga até o dia 31 de dezembro, final do exercício financeiro, é classificada como Restos a Pagar. Os restos a pagar *processados* se referem aos bens ou serviços entregues (liquidados) e que não foram pagos. O serviço foi prestado ou o investimento realizado, mas o pagamento ainda não foi efetuado. Os restos a pagar *não processados* são as despesas empenhadas que não foram liquidadas até o dia 31 de

¹⁶⁴Do ponto de vista econômico, não é recomendável a mensuração da despesa pelo critério de empenho visto que parte delas podem ser canceladas ao longo do ano de exercício ou podem ser liquidadas no ano de exercício seguinte.

dezembro. Os restos a pagar não processados se referem à despesa empenhada que não foi liquidada nem paga. A despesa empenhada, não cancelada no final do ano, vira restos a pagar não processados que podem vir a ser pagos ou não.

A Figura 8 mostra o fluxograma dos restos a pagar.

Figura 8: Fluxograma de restos a pagar



Fonte: Vieira e Piola (2016)

Em 2012, a Lei Complementar 141, além de definir os percentuais mínimos aplicados pela União com saúde e o escopo das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), passou a considerar para efeito de cálculo, as despesas liquidadas e pagas no ano do exercício e as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar, até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício¹⁶⁵ (VIEIRA e PIOLA, 2016).

De acordo com os manuais internacionais, para mensurar os gastos com saúde, deve-se considerar o estágio de despesa da liquidação. No entanto, o cancelamento dos restos a pagar sobre os valores considerados nas estatísticas é uma questão a ser analisada. Vieira e Piola (2016) discutem “em que medida a inscrição de despesas com saúde em restos a pagar afeta a apuração das Contas de Saúde do ponto de vista metodológico, considerando o elevado volume

¹⁶⁵A despesa executada é o resultado da soma das despesas liquidadas e das despesas inscritas em RPNP. Esse conceito foi adotado pelo STN no Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO.

de inscrição de despesas em restos a pagar pelo governo federal” (p.45). Parte das despesas pendentes de liquidação ou pagamento acabam sendo canceladas posteriormente.

Para avançar nessa discussão é importante entender o conceito de “liquidação forçada”¹⁶⁶. Segundo Gobetti (2006), trata-se do procedimento contábil adotado pela STN que fez com que o SIAFI promovesse automaticamente, na virada de cada ano, a liquidação de todos os empenhos de despesa que até aquele momento não tinham sido liquidadas ou canceladas (GOBETTI, 2006). A liquidação forçada inclui os restos a pagar não processados o que compromete a contabilização da execução do orçamento pela ótica da competência patrimonial. Segundo o autor, devido aos ajustes fiscais recorrentes, o montante de RP não processados aumentou nas últimas décadas e com isso, a diferença entre o montante do orçamento (regime de competência) e as despesas pagas (regime de caixa) também. Gobetti (2006) chama atenção para as consequências na mensuração dos gastos com investimento que são despesas que possuem um maior tempo de materialização, e que por serem despesas não obrigatórias, em época de ajuste fiscal, são as primeiras a serem cortadas. Por exemplo, uma rubrica de investimento pode ser empenhada no ano de 2019 e ser efetivamente realizada e paga em 2020. Com isso, os dados sobre FBCF tendem a ser superestimados. Ou seja, além da “liquidação forçada”, ocorre também o cancelamento dos restos a pagar nos exercícios seguintes. Nas palavras do autor:

“...vários investimentos apresentados como liquidados pela União e Estados nunca se concretizam ou só se efetivam em anos posteriores ao seu lançamento contábil, criando-se – mesmo no longo prazo – um viés de superestimativa nas análises baseadas nesse critério. É o caso das estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os investimentos da administração pública em Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF), que é uma das variáveis macroeconômicas de maior relevância para a avaliação das Contas Nacionais (GOBETTI, 2006, p.101).

Outra complicação é o risco de subestimar os gastos com investimento caso o governo execute mais despesas de exercícios anteriores¹⁶⁷ no ano atual ao invés de transferir os restos a pagar não processados para o exercício seguinte. Portanto, segundo o autor, a apuração das despesas na fase da liquidação tem suas limitações. As despesas inscritas em restos a pagar

¹⁶⁶ Até 2006, os valores liquidados nos relatórios do SIAFI incluíam os RP não processados o que acabava por superestimar os dados (Gobetti e Orair, 2014).

¹⁶⁷ Despesas que foram empenhadas em anos anteriores, mas foram executadas no ano corrente

podem ser canceladas mesmo depois de serem registradas como liquidadas no SIAFI¹⁶⁸. A mensuração de uma despesa somente pela fase liquidada (descontando a “liquidação forçada” do SIAFI) pode causar uma subestimação dos dados, a partir do momento que não considera a execução dos restos a pagar não processados, que se referem às despesas de anos anteriores e que possuem um peso considerável no total da despesa (GOBETTI, 2006).

Do ponto de vista econômico, a mensuração do investimento deve ser realizada com base nas despesas liquidadas daquele exercício incluindo os gastos referentes aos anos anteriores “mesmo que se refiram a orçamentos de anos anteriores” (GOBETTI, 2006, p.22).

Para calcular as despesas efetivamente liquidadas¹⁶⁹ do ano de exercício, seria preciso incluir a liquidação de despesas inscritas em restos a pagar não processados, que se referem às despesas de exercícios anteriores (VIEIRA e PIOLA, 2016). Além disso, seria preciso abarcar os restos a pagar cancelados. Como o SIAFI não identifica os cancelamentos pelo ano da liquidação, mas sim pelo ano do empenho, a possibilidade de subtrair os cancelamentos de restos a pagar liquidados pelo ano de exercício ficaria prejudicada.

O método proposto por Gobetti (2006) para calcular a liquidação efetiva de despesas referentes a determinado exercício, considerando o problema da liquidação forçada, é somar o valor das despesas pagas no exercício do ano t com os restos a pagar processados (RPP) subtraindo os RPP a pagar e os RPP cancelados e acrescentando RPNP liquidados / pagos (Vieira e Piola, 2016).

$$\text{Liquidação Efetiva} = \text{PAGO} + \sum \text{RPP inscritos} - \sum \text{RPP a pagar} - \sum \text{RPP cancelados} + \sum \text{RPNP liquidados ou pagos}$$

Embora o critério da liquidação seja o mais correto para mensurar as despesas, Gobetti e Orair (2014) elencam algumas ressalvas a esse método: até 2006, o SIAFI incluía os RPNP nos valores liquidados; os valores liquidados dos RPNP devem entrar no cálculo e é crucial descontar as liquidações referentes aos RPP que são canceladas nos exercícios seguintes.

O procedimento de liquidação forçada (despesas liquidadas + restos a pagar não processados) no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI

¹⁶⁸ O cancelamento de restos a pagar processados ocorre quando a despesa liquidada foi mal aplicada, ou seja, o direito do credor foi reconhecido de forma errônea.

¹⁶⁹ Gobetti (2006) argumenta que o conceito de liquidação efetiva tem que excluir os restos a pagar não processados pois eles se referem “a investimentos que não receberam ainda o atestado de realização” (p.15)

até 2011 e a dificuldade para identificar o ano de liquidação dos restos a pagar não processados (RPNP)¹⁷⁰ dificultam à adoção do critério de liquidação efetiva para a apuração do gasto com saúde (VIEIRA e PIOLA, 2016).

Portanto, outra proposta feita pelos autores é mensurar as despesas pelo critério de caixa, “o que inclui os desembolsos para quitação de restos a pagar, processados ou não processados” (GOBETTI e ORAIR, 2014, p.17).

$$\text{Pagamento Efetivo} = \text{Pago} + \sum RPP \text{ pagos} + \sum RPNP \text{ pagos}$$

Segundo Vieira e Piola (2016), a melhor forma de calcular o gasto com saúde seria através do critério do pagamento efetivo, seguindo a proposta de Gobetti e Orair (2014)¹⁷¹, tendo em vista que este cálculo seria mais próximo ao da liquidação efetiva.

Atualmente, a metodologia adotada pela Coordenação de Contas Nacionais do IBGE é a mesma considerada pela Secretaria do Tesouro Nacional na sua publicação de Estatísticas de Finanças Públicas segundo as orientações do Manual de Finanças Públicas do Fundo Monetário Internacional (GFSM 2014) que é a seguinte como regra geral: **despesas liquidadas + restos a pagar não processados pagos**. Esses restos a pagar não processados podem vir a ser liquidados no ano seguinte ou não. No SIAFI, desde 2016, é possível identificar, na esfera federal, se os restos a pagar não processados foram liquidados. No caso dos municípios e estados, ainda existem limitações sobre em relação às informações disponíveis sobre a liquidação dos restos a pagar não processados que serão expostas na próxima seção.

Embora nem sempre seja viável adotar as metodologias propostas sobre mensuração dos gastos públicos no Brasil devido às limitações dos sistemas de informação, essa discussão é importante para analisar a viabilidade de mensurar os gastos com investimento a partir da base de dados do SIOPS.

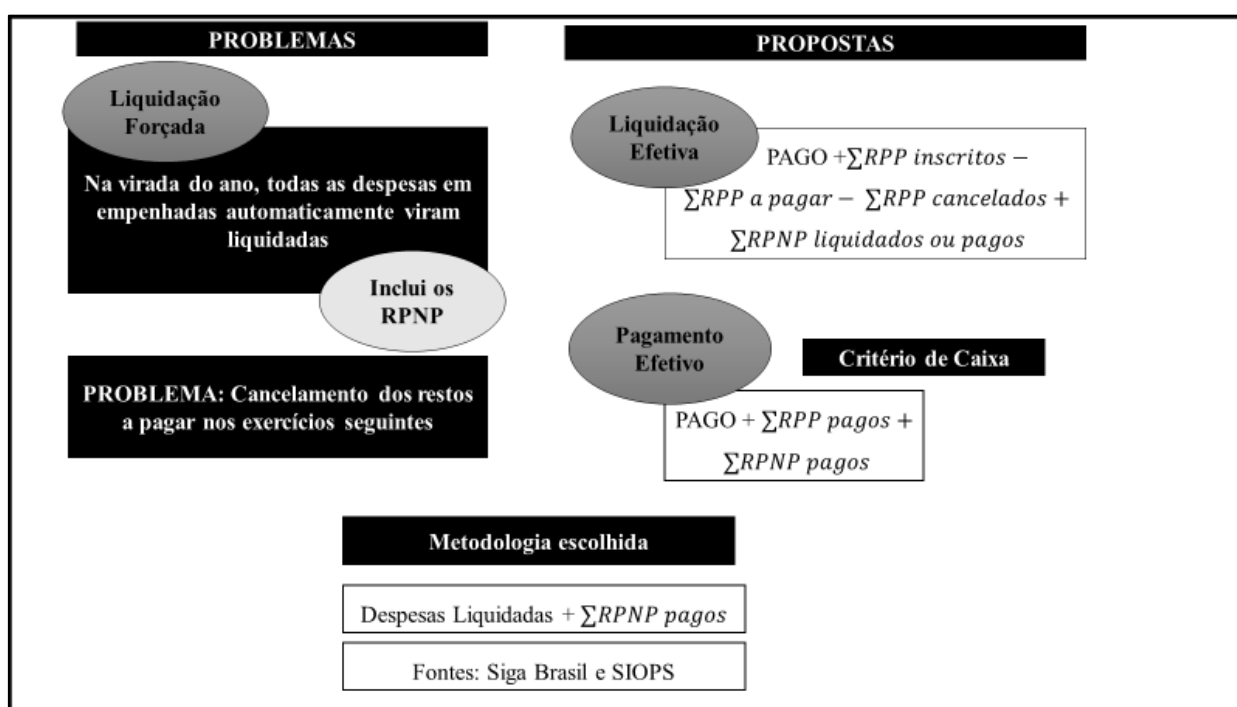
Em síntese, mensurar investimento pela fase de empenho provoca superestimação de valores. Além disso, os manuais internacionais de Contas de Saúde sugerem que a mensuração

¹⁷⁰ O SIAFI não mostra os cancelamentos pelo ano de liquidação, e sim pelo ano de empenho. Outro problema é que não é simples identificar o ano a que se refere o RP não processado, ele pode ser liquidado no ano x ou em outro ano subsequente, podendo vir a ser pago em outro exercício subsequente.

¹⁷¹ O autor propôs que o valor de despesas pagas em determinado exercício seja somado ao valor da inscrição de RPP, descontados os RPPs a pagar e os RPPs cancelados, e seja somado ainda ao valor de RPNPs liquidados e/ou pagos - Método proposto para obtenção da liquidação efetiva de despesas referentes a determinado exercício, em contexto de “liquidação forçada”

dos gastos seja feita pela fase de liquidação. De fato, como mencionado na seção 6.3, segundo o manual do SNA 2008, o registro da aquisição ou baixa de um ativo fixo ocorre quando a propriedade dos ativos fixos é transferida para a unidade institucional que pretende utilizá-los no processo de produção (SNA, 2008 – 10.53, p.201). Portanto, a melhor fase de despesa para mensurar FBCF da saúde pública é a despesa liquidada (Ver Figura 9), embora haja uma série de limitações das bases de dados.

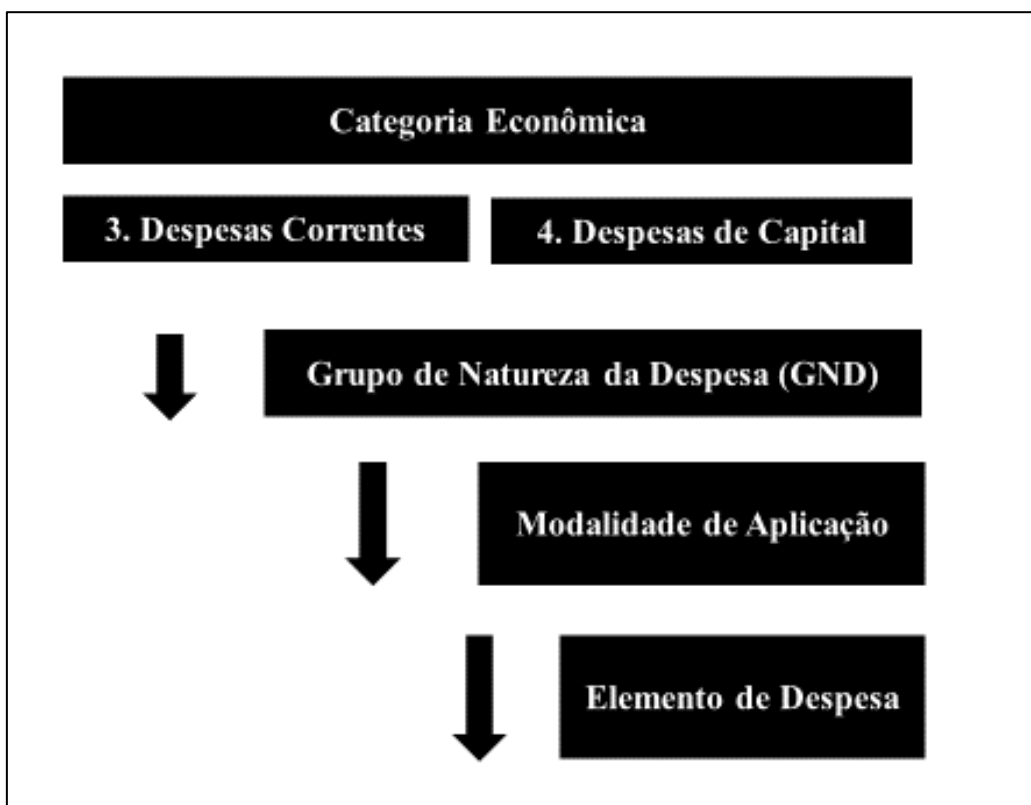
Figura 9: Metodologia para mensurar os gastos públicos



Fonte: Elaboração Própria

Outro conceito relevante é a classificação da despesa orçamentária. De acordo com o Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (STN, 2018), a classificação da despesa orçamentária, segundo a sua natureza, divide-se em despesas correntes (custeio e transferências correntes) e despesas de capital. A categoria econômica da despesa diz respeito ao efeito econômico da realização da despesa. Os gastos com investimento estão dentro das despesas de capital (que inclui também inversão financeira e transferência de capital). A Figura 10 ilustra a classificação das despesas orçamentárias:

Figura 10: Classificação da despesa orçamentária



Fonte: STN. Elaboração Própria

O Grupo de natureza da despesa (GND)¹⁷² se divide em 7 classes:

- 1) Pessoal e Encargos Sociais;
- 2) Juros e Encargos da Dívida;
- 3) Outras Despesas Correntes;
- 4) Investimentos;
- 5) Inversões Financeiras;
- 6) Amortização da Dívida e
- 7) Reserva de Contingência.

¹⁷² Ver Anexo 6: Classificação por natureza de despesa

No caso dos investimentos, as despesas incluem gastos com softwares e com o planejamento e a execução de obras, incluindo a aquisição de imóveis necessários à realização dessas obras e gastos com a aquisição de instalações, equipamentos e material permanente.

No Balanço patrimonial de uma empresa, o ativo não circulante registra a incorporação de ativo imobilizado, intangível e investimento. Fazendo uma comparação, a Contabilidade Pública registra o item 4 como investimentos, o item 5 se refere às inversões financeiras e o 6 corresponde à amortização da dívida diz respeito ao registro de desincorporação de um passivo.

Deve-se calcular as despesas de investimento através da “Modalidade de Aplicação”¹⁷³ que mostra como os recursos serão aplicados.

Segundo definição do site do Senado Federal¹⁷⁴, as aplicações podem ser:

“I - Mediante transferência financeira: a) a outras esferas de governo, seus órgãos, fundos ou entidades; b) a entidades privadas sem fins lucrativos e outras instituições; II - diretamente pela unidade detentora do crédito orçamentário, ou por outro órgão ou entidade no âmbito do mesmo nível de Governo”.

A metodologia do SCN calcula as despesas a partir da modalidade aplicação direta (90) para evitar dupla contagem. A despesa é mensurada pelo ponto de vista do órgão executor dos gastos (SANTOS et al, 2011)¹⁷⁵.

“Aplicação direta, pela unidade orçamentária, dos créditos a ela alocados ou oriundos de descentralização de outras entidades integrantes ou não dos Orçamentos Fiscal ou da Seguridade Social, no âmbito da mesma esfera de governo” (Ministério da Economia¹⁷⁶, p.58).

Por último, o elemento de despesa corresponde ao tipo de gasto, ou seja, gastos com vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros

¹⁷³ Ver Anexo 7: Quadro de modalidade de aplicação.

¹⁷⁴ <https://www12.senado.leg.br/orcamento/glossario/modalidade-de-aplicacao>

¹⁷⁵ No caso da Conta SHA brasileira, as despesas são calculadas a partir do órgão financiador. Um dos objetivos da conta SHA é mapear os fluxos de financiamento entre os entes da federação. Portanto, a metodologia mensura os gastos com recursos próprios e as transferências dos demais entes.

¹⁷⁶ Manual técnico do Orçamento 2020.

prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanente, auxílios, amortização e outros.

7.1.2. Análise crítica dos dados disponíveis

Para mensurar o investimento em saúde pública, foram coletados dados por intermédio do *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde* – SIOPS (estados e municípios e do Siga Brasil¹⁷⁷. No caso dos investimentos públicos em saúde, existe uma limitação: não é possível mensurar as baixas dos ativos (se vendeu um imóvel por exemplo). As despesas da União foram extraídas do Siga Brasil. No caso dos Estados e Municípios, optou-se por utilizar o SIOPS pelo fato de o sistema já ser utilizado como fonte na publicação das Contas Nacionais (atividade saúde pública). Os dados do SIOPS são informados pelo contador responsável do estado ou município, assim nem sempre as informações são consistentes. Uma alternativa seria cruzar as informações no portal da transparência dos estados para verificar possíveis inconsistências¹⁷⁸. Todavia, é importante ressaltar que a equipe do SIOPS realiza uma crítica dos dados enviados pelos gestores.

Em relação à modalidade de aplicação, selecionou-se a rubrica 4.4.90.00.00.00 - Aplicações Diretas que se refere à aplicação direta dos recursos financeiros da unidade orçamentária, nas três esferas esfera de governo.

O Quadro 19 mostra os subitens (elementos de despesa) da aplicação direta do item investimento, sendo que os elementos 51 (Obras e Instalações) e 52 (Equipamentos e Material Permanente: Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar + Outros Equipamentos e Material Permanente) correspondem a maior parte do valor das aplicações diretas. A rubrica 4.4.90.52.00.00. Equipamentos e Material Permanente é composta pelos subitens 4.4.90.52.08.00. Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar e 4.4.90.52.99.00 e Outros Equipamentos e Material Permanente.

¹⁷⁷ <https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>

¹⁷⁸ Foi realizada uma busca no portal da transparência de algumas UFs para criticar os dados do SIOPS. Nem todas as Ufs disponibilizam as informações em um nível de detalhamento. No entanto, o estado de São Paulo, por exemplo, disponibiliza as informações sobre saúde no portal da transparência. Nota-se que a capital do estado gasta mais com aparelhos de uso específico da saúde enquanto pequenos municípios compram mais equipamentos de uso geral (ambulância, por exemplo).

Quadro 19: Aplicações diretas: investimentos

4.0.00.00.00.00	Despesa de Capital	FBCF (uso)
4.4.00.00.00.00	Investimento	
4.4.90.00.00.00	Aplicação Direta	
4.4.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado	Não
4.4.90.04.02.00	Serviços Eventuais de Agentes de Saúde	Não
4.4.90.04.08.00	Serviços Eventuais de Médicos Residentes	Não
4.4.90.14.00.00	Diárias – Civil	Não
4.4.90.15.00.00	Diárias – Militar	Não
4.4.90.17.00.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Militar	Não
4.4.90.18.00.00	Auxílio Financeiro a Estudantes (Bolsas de Estudo)	Não
4.4.90.20.00.00	Auxílio Financeiro a Pesquisadores (Bolsas de Estudo)	Não
4.4.90.30.00.00	Material de Consumo	Não
4.4.90.30.09.00	Material Farmacológico	Não
4.4.90.30.10.00	Material Odontológico	Não
4.4.90.30.35.00	Material Laboratorial	Não
4.4.90.30.36.00	Material Hospitalar	Não
4.4.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo	Não
4.4.90.33.00.00	Passagens e Despesas com Locomoção	Não
4.4.90.35.00.00	Serviços de Consultoria	Não
4.4.90.36.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Não
4.4.90.36.30.00	Serviços Médicos e Odontológicos	Não
4.4.90.36.99.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física	Não
4.4.90.39.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	Não
4.4.90.47.00.00	Obrigações Tributárias e Contributivas	Não
4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações	Sim
4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente	Sim
4.4.90.52.08.00	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar	Sim
4.4.90.52.99.00	Outros Equipamentos e Material Permanente	Sim
4.4.90.61.00.00	Aquisição de Imóveis	Não
4.4.90.91.00.00	Sentenças Judiciais	Não
4.4.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores	Não
4.4.90.93.00.00	Indenizações e Restituições	Não
4.4.90.99.00.00	A classificar	Não

Fonte: SIOPS

É importante ressaltar a diferença de metodologia no que se refere à modalidade de aplicação entre o Sistema de Contas Nacionais e a conta SHA. A metodologia do SCN referência 2010 calcula as despesas a partir da modalidade aplicações diretas para evitar dupla contagem (linha 4.4.90.00.00.00 - Aplicações Diretas, incluindo todos os itens de despesa acima¹⁷⁹). A despesa é mensurada pelo ponto de vista do órgão executor dos gastos (Santos et al, 2011). No caso da Conta SHA brasileira, as despesas são calculadas a partir do órgão financiador (agente financiador). Um dos objetivos da conta SHA é mapear os fluxos de financiamento entre os entes da federação. Portanto, a metodologia da conta SHA mensura os gastos de saúde com recursos próprios, além de incluir as transferências dos demais entes.

Para calcular a FBCF da esfera federal foram analisados os dados do Siga Brasil¹⁸⁰ que é um repositório de dados com informações do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), Sistema de Elaboração da Lei Orçamentária (SELOR), Sistema de Informação das Estatais (SIEST) e do Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal. Analisando os dados da Aplicação direta por esfera administrativa, nota-se que a maior parte do valor está nos itens 4.4.90.51.00.00- Obras e Instalações e 4.4.90.52.00.00 - Equipamentos e Material Permanente. Tanto no SIAFI como no Siga Brasil é possível coletar informações sobre os restos a pagar não processados pagos. Já no SIOPS existe a informação sobre despesas Inscritas em Restos a Pagar Não Processados, que podem vir a ser pagos ou cancelados.

A Tabela 6 mostra os gastos com investimentos (4.4.90.00.00.00 - Modalidade Aplicação Direta)¹⁸¹ realizadas pela esfera federal (União), entre 2010 e 2018, segundo fase de despesa liquidada + restos a pagar não processados pagos. Os dados foram retirados do site do Siga Brasil. Para mensurar a FBCF do setor saúde da União, será utilizado o item 52 (equipamentos e material permanente) para calcular o investimento em aparelhos de uso médico por parte da União e não o item 4.4.90.00.00.00 – modalidade de aplicação direta. A parte de construção será calculada a partir dos dados da PAIC conforme será explicado adiante.

¹⁷⁹ Embora a Coordenação de Contas Nacionais utilize a modalidade de aplicação direta inteira para calcular FBCF do governo, no trabalho, optou-se por selecionar o subitem 52. O motivo será explicado adiante.

¹⁸⁰ Agradecimento ao gestor e pesquisador do IPEA Rodrigo Pucci de Sá e Benevides por ter compartilhados os dados do Siga Brasil.

¹⁸¹ No caso do elemento 61, nem todas as despesas se referem à FBCF, como é o caso de aquisições de terrenos.

Já a Tabela 7 apresenta os gastos com saúde da União desde 2014 retirados do SIOPS. No entanto, a única informação sobre restos a pagar diz respeito às despesas inscritas em restos a pagar, não discriminado os restos a pagar não processados pagos. Por conta dessa limitação, a melhor opção é extrair os dados do Siga Brasil ou SIAFI que disponibilizam os restos a pagar não processados pagos.

Tabela 6: Gastos com FBCF da união (aplicação direta), Brasil 2010-2018. R\$ Mil Reais

Modalidade Aplicação Direta	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Item de Despesa	Liquidada + Restos a Pagar não processados pagos								
20 - AUXÍLIO FINANCEIRO A PESQUISADORES	8.448	5.821	1.194	14.074	15.300	4.901	2.271	12.432	9.853
30 - MATERIAL DE CONSUMO	35	1	11	0	121	6	0	0	19
33 - PASSAGENS E DESPESAS COM LOCOMOCAO	0	0	0	5	0	0	0	0	0
35 - SERVICOS DE CONSULTORIA	0	0	348	357	151	0	0	0	0
36 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA FÍSICA	0	0	0	119	0	104	0	0	0
37 - LOCAÇÃO DE MAO-DE-OBRA	0	0	0	154	7.895	0	0	0	0
39 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA	7.534	15.899	33.498	58.759	71.364	62.945	113.596	66.323	70.218
40 - SERVICOS DE TECNOLOGIA DA INFORMACAO E COMUNICACAO - PJ	0	0	0	0	0	0	0	0	23.186
47 - OBRIGACOES TRIBUTARIAS E CONTRIBUTIVAS	0	0	0	23	4	0	0	40	0
51 - OBRAS E INSTALACOES	187.451	133.994	89.652	207.590	319.623	245.012	341.620	255.908	169.560
52 - EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE	768.195	339.112	482.464	666.362	472.424	494.053	341.444	314.083	688.811
92 - DESPESAS DE EXERCICIOS ANTERIORES	441	315	36	24	163	5.810	5.296	10.434	8.705
93 - INDENIZACOES E RESTITUICOES	0	0	0	4	0	0	0	65	79
Total Geral (4.4.90.00.00.00)	972.105	495.142	607.204	947.472	887.047	812.831	804.228	659.284	970.432

Fonte: Siga Brasil

Tabela 7: Gastos com FBCF da União (SIOPS)

Ano	Despesa Liquidada	Inscritos em RP não processados pagos	Total (R\$ mil reais)
2014	287.412	512.191	799.603
2015	303.943	255.769	559.712
2016	512.684	275.252	787.936
2017	375.091.096	683.521	1.058.612
2018	370.475.412	1.039.337	1.409.813

Fonte: SIOPS

Em relação às despesas com investimento em saúde dos Estados e Municípios, a fonte utilizada foi o SIOPS¹⁸². Conforme mencionado, mensurar as despesas com investimento pela fase do empenho pode causar problemas de superestimação já que parte das despesas empenhadas podem vir a ser canceladas. Por outro lado, a mensuração dos gastos somente pela fase da despesa liquidada pode provocar uma subestimação dos valores já que restos a pagar não processados podem vir a ser pagos durante o ano de exercício.

Desde 2016, o SIOPS calcula automaticamente o valor de inscrição de restos a pagar não processados, que corresponde à diferença entre as despesas empenhadas e liquidadas. Alguns estados declaram que todas as despesas empenhadas foram liquidadas (liquidação forçada). Teoricamente, esses estados teriam apenas valores de inscrição de restos a pagar processados. Esses restos a pagar não processados podem vir a ser pagos ou não. Portanto, essa informação não é suficiente para resolver o problema da subestimação quando se utiliza somente as despesas na fase liquidada.

O sistema do SIOPS disponibiliza informações agregadas (sem detalhar pela fonte de despesa) sobre os restos a pagar inscritos de exercícios anteriores. No site, é possível realizar

¹⁸² No anexo 8, as Tabelas mostram as despesas empenhadas e liquidadas com investimentos – modalidade aplicação direta - por esfera estadual informadas no SIOPS entre 2010 e 2018. O anexo 8 mostra também as despesas inscritas em restos a pagar (empenhadas – liquidadas) e as despesas dos municípios.

uma consulta de despesa por fonte e restos a pagar¹⁸³ entre 2002 e 2017. O sistema do SIOPS disponibiliza uma Tabela (número 4) com o cálculo automático dos restos a pagar inscritos no exercício. Na segunda parte dessa Tabela, o usuário declara manualmente os restos a pagar inscritos de exercícios anteriores. O usuário também deve preencher as Tabelas SIOPS 6 (Restos a Pagar Pagos – Saúde) e 7 (Restos a Pagar Cancelados/Prescritos – Saúde).

Desde 2018, o SIOPS alterou a Tabela SIOPS 4 (restos a pagar inscritos no ano e nos últimos 5 exercícios). Além de calcular automaticamente os restos a pagar inscritos no exercício, a tabela 4 passou a permitir que o usuário preenchesse manualmente os restos a pagar inscritos nos exercícios anteriores. A Tabela SIOPS 5 (restos a pagar pagos) mostra os restos a pagar pagos no ano atual referentes aos exercícios anteriores (preenchido manualmente pelo usuário). Na Tabela SIOPS 5.1 (restos a pagar pagos em anos anteriores), o usuário declara manualmente os valores acumulados de restos a pagar pagos até o exercício anterior referentes aos 5 últimos exercícios. Nas Tabelas SIOPS 6 e 6.1 (restos a pagar cancelados), o usuário declara manualmente os restos a pagar cancelados no ano atual referentes aos anos anteriores e os valores acumulados de restos a pagar cancelados até o ano anterior.

O problema é que todas as informações referentes aos restos a pagar não são detalhadas por item de despesa. Devido às limitações expostas acima, que impossibilita detalhar por item de despesa a quantia de restos a pagar não processados pagos, optou-se por estimar os gastos com investimentos dos Estados e Municípios apenas pela fase liquidada, conforme mostram as Tabelas 8 e 9 dessa Tese.

¹⁸³ <http://siops.datasus.gov.br/consdespfonterpuf.php>

Tabela 8: Gastos com FBCF dos Estados.

FASE DE DESPESA LIQUIDADA (R\$ Mil reais)					
Rubrica	4.4.90.00.00.00	4.4.90.51.00.00	4.4.90.52.00.00	4.4.90.52.08.00	4.4.90.52.99.00
Ano	Aplicações Diretas	Obras e Instalações	Equipamentos e Material Permanente	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar	Outros Equipamentos e Material Permanente
2010	2.305.899	1.253.733	837.310	352.674	484.637
2011	1.898.562	1.043.750	633.414	227.717	405.697
2012	1.512.942	760.562	680.145	194.189	485.956
2013	1.937.974	953.950	870.643	513.515	357.128
2014	2.490.067	1.249.185	1.025.469	455.977	569.492
2015	1.150.416	699.362	330.379	169.477	160.902
2016	1.217.216	690.986	425.565	157.064	268.501
2017	1.746.148	1.150.637	462.921	116.485	346.436
2018	2.275.308	1.355.909	761.017	111.952	649.065

Fonte: SIOPS. Elaboração Própria

Tabela 9: Gastos com FBCF dos Municípios.

FASE DE DESPESA: LIQUIDADA (R\$ Mil reais)					
Rubrica	4.4.90.00.00.00	4.4.90.51.00.00	4.4.90.52.00.00	4.4.90.52.08.00	4.4.90.52.99.00
Ano	Aplicações Diretas	Obras e Instalações	Equipamentos e Material Permanente	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar	Outros Equipamentos e Material Permanente
2010	2.205.451	1.149.043	945.220	228.572	716.648
2011	2.608.863	1.522.460	979.686	218.642	761.044
2012	3.249.955	1.862.470	1.179.408	248.005	931.403
2013	2.558.173	1.352.373	1.000.958	197.396	803.561
2014	4.381.717	2.619.552	1.574.567	287.546	1.287.021
2015	3.318.751	2.022.131	1.115.209	241.444	873.765
2016	4.068.312	1.906.497	1.517.312	287.725	1.229.587
2017	2.489.884	900.977	1.380.308	239.700	1.140.608
2018	4.046.546	1.141.965	2.754.863	502.713	2.253.237

Fonte: SIOPS. Elaboração Própria

Em síntese, considerando as limitações das bases de dados, a melhor forma de calcular o investimento em saúde do setor público é através da despesa liquidada dos Estados, Municípios e União, sendo que neste último, é possível incluir os valores dos restos a pagar não processados pagos.

$$\text{FBCF saúde pública} = (\sum \text{despesas liquidadas} + \sum \text{RPNP pagos}) \text{União} + \sum \text{despesas liquidadas (Estados)} + \sum \text{despesas liquidadas (Municípios)}$$

A Tabela 10 mostra os valores correntes, entre 2010 e 2018, das despesas com investimento em saúde, modalidade de aplicação direta (4.4.90.00.00.00), segundo esfera administrativa e fase de despesa, que inclui todos os elementos de despesa.

Tabela 10: Despesa com FBCF, segundo as três esferas de Governo.

4.4.90.00.00.00 Aplicações Diretas (R\$ Mil reais)				
Fase	Liquidadas + RPNP	Liquidadas (não inclui os RPNP)		
Ano	União	Estados	Municípios	Total
2010	972.105	2.305.899	2.205.451	5.483.455
2011	495.142	1.898.562	2.608.863	5.002.567
2012	607.204	1.512.942	3.249.955	5.370.100
2013	947.472	1.937.974	2.558.173	5.443.619
2014	887.047	2.490.067	4.381.717	7.758.832
2015	812.831	1.150.416	3.318.751	5.281.998
2016	804.228	1.217.216	4.068.312	6.089.756
2017	659.284	1.746.148	2.489.884	4.895.316
2018	970.432	2.275.308	4.046.546	7.292.286
2019	1.182.350	1.629.239	3.749.253	6.560.842

Fonte: SIOPS (estados e municípios) e Siga Brasil (União)

Dentro da Modalidade de Aplicação Direta, foi feito um rateio para estimar o valor do elemento de despesa 4.4.90.52.00.08 Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar conforme mostra a Tabela 11¹⁸⁴.

Durante a crítica dos dados, verificou-se que muitos municípios não preenchem corretamente os dados referentes aos equipamentos específicos do setor saúde e aos de uso geral. Essa inconsistência também foi encontrada em algumas UFs (no caso, foi

¹⁸⁴ Além do rateio no anexo 9, foi utilizado no cálculo da Tabela 11 o item 52 da Tabela 6 (equipamentos médicos da União).

realizada uma crítica através dos dados do portal das transparências dos estados). Por isso, foi realizado um rateio¹⁸⁵ dos itens que fazem parte da rubrica 4.4.90.52.00.00 Equipamentos e Material Permanente para estimar corretamente o valor da rubrica 4.4.90.52.00.08¹⁸⁶ Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar.

Tabela 11: Aparelhos e equipamentos da saúde pública em valores correntes

Ano	Equipamentos e Material Permanente (R\$ Mil Reais)
Esferas	União, Estados e Municípios
2010	1.541.539.917
2011	1.171.657.731
2012	1.169.106.602
2013	1.331.614.883
2014	1.246.997.918
2015	999.967.526
2016	1.135.440.900
2017	948.189.863
2018	1.792.620.318

Fonte: SIOPS. SIGA BRASIL. Elaboração Própria. Despesas Liquidadas, segundo as três esferas do governo.

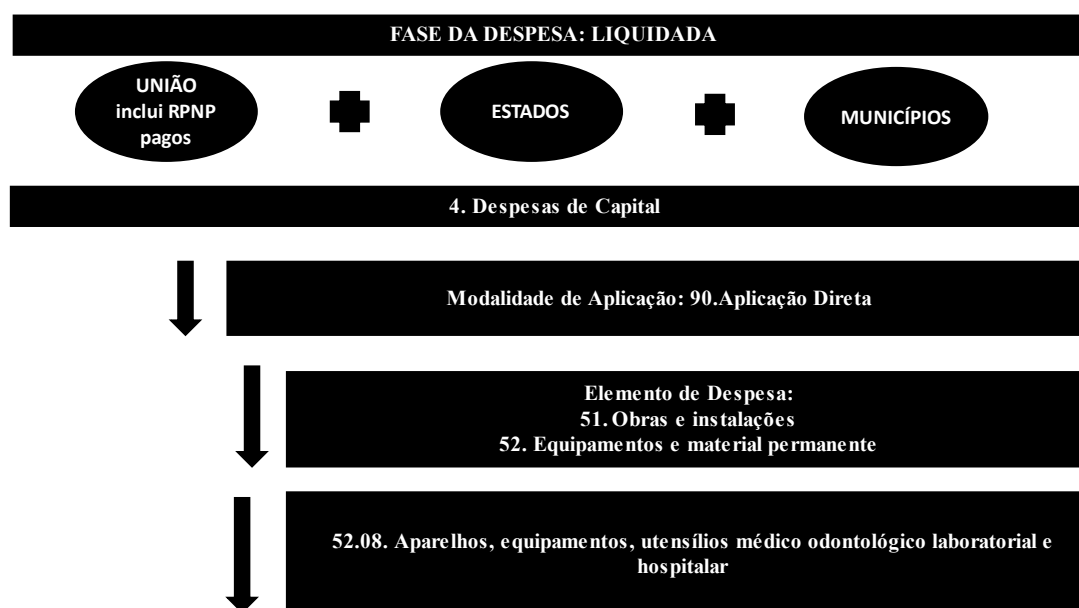
Apesar de haver informações sobre gastos com obras e instalações do setor público (item 4.4.90.51.00), optou-se por utilizar a estimativa feita através da PAIC, que será explicada na próxima seção. Conforme foi exposto no capítulo 6, existem dificuldades metodológicas para mensurar as despesas com obras e equipamentos do setor de saúde privada.

A Figura 11 resume a metodologia adotada para calcular o investimento em saúde do setor público a partir das bases de dados do Siga Brasil e SIOPS.

¹⁸⁵ Ver anexo 9 com os cálculos

¹⁸⁶ 4.4.90.52.00.00 = 4.4.90.52.08.00. Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar e 4.4.90.52.99.00. Outros Equipamentos e Material Permanente

Figura 11: Metodologia da FBCF¹⁸⁷ da saúde pública



Fonte: Elaboração Própria

7.2. PROPOSTA DE ESTIMATIVA PARA FBCF DA SAÚDE PRIVADA

Por conta das limitações das bases de dados¹⁸⁸, a série de FBCF da saúde será estimada a partir dos dados disponíveis na PIA produto (IBGE), SECEX¹⁸⁹, PAIC (IBGE) e SIOPS. Foram selecionados os dados da PIA Produto por PRODLIST¹⁹⁰ (compatíveis com a CNAE 1.0 e CNAE 2.0) referentes aos produtos específicos do setor saúde (aparelhos para eletrodiagnóstico e para diagnóstico, computadorizados ou não, por exemplo). Utilizando um tradutor PRODLIST X SCN X BEC¹⁹¹ foi possível classificar os produtos da PIA produto, de acordo com seu uso, no caso bens de capital. Devido às limitações do SCN referência 2010, os itens da PRODLIST de produtos médicos e

¹⁸⁷ Conforme exposto no Capítulo 6, o SNA 2008 incluiu as despesas com P&D na FBCF.

¹⁸⁸ Como citado, os dados do DIPJ estão subestimados por conta da não obrigatoriedade das imunes e isentas. Espera-se que nas fichas da ECF, com a obrigatoriedade da declaração de imunes e isentas, esse problema tenha sido corrigido. Ver estimativa a partir do DIPJ no anexo 10

¹⁸⁹ Secretaria de Comércio Exterior do Ministério da Economia

¹⁹⁰ PRODLIST-Indústria é uma lista detalhada de bens e serviços industriais investigados pela Pesquisa Industrial Anual - Produto, PIA-Produto. Ver anexo 11

¹⁹¹ Classification by Broad Economic Categories in Terms of the Standard International Trade Classification – BEC. SCN – Sistema de Contas Nacionais. Ver anexo 11

hospitalares foram classificados como Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico. No SCN referência 2010, uma parte desses itens está distribuída nos seguintes produtos: 26004 - Equipamentos de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos, 31802 - Produtos de indústrias diversas e 31801 – Móveis. No SCN referência 2000, esses produtos eram classificados como 032901 Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico¹⁹².

A demanda aparente foi calculada a partir do somatório da produção em valor (mil reais) da PIA produto e da importação de Aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalar e odontológico, subtraindo a exportação (SECEX)¹⁹³.

Importante ressaltar que não foram incorporados **produtos de uso geral** como computadores, automóveis, software e P&D devido à impossibilidade de ratear parte desses produtos que seriam utilizados em hospitais, consultórios ou laboratórios.

A Tabela 12 mostra a oferta de aparelhos e instrumentos médicos utilizadas como bens de capital, entre 2010 e 2018, em valores correntes.

Tabela 12: Oferta de aparelhos e instrumentos médicos no Brasil como bens de capital

Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico (R\$ mil reais)					
Ano	Valor de produção	EXP.FOB.REAIS	IMP.FOB.REAIS	Total	
2010	1.898.753	211.032	2.283.134	3.970.854	
2011	1.797.297	226.101	2.212.549	3.783.745	
2012	2.121.412	237.644	2.701.379	4.585.147	
2013	2.434.472	255.168	3.351.549	5.530.853	
2014	3.105.164	261.879	3.556.941	6.400.226	
2015	3.088.118	357.118	4.259.102	6.990.101	
2016	3.238.214	325.102	3.605.141	6.518.253	
2017	2.831.083	357.390	3.578.963	6.052.656	
2018	3.175.756	395.591	5.046.079	7.826.244	

Fonte: PIA, SECEX. Elaboração própria

¹⁹² Essas mudanças ocorreram devido às alterações na CNAE 2.0

¹⁹³ Na estimativa proposta, os dados de importação e exportação foram valorados em FOB (*free on board*). Segundo nota metodológica do IBGE (2015), o total da importação é avaliado a preços FOB (excluindo as despesas com fretes e seguros) e na abertura por produto a preços CIF (Cost, Insurance and Freight que inclui despesas com fretes e seguros). Os dados originais da SECEX são valorados em CIF e um ajuste é realizado pelo IBGE para descontar o valor do frete e dos seguros.

O valor dos equipamentos e aparelhos da saúde privada foi calculado por resíduo, ou seja, subtraindo os valores dos aparelhos, equipamentos e instrumentos do setor público¹⁹⁴ (Tabela 11) do total da oferta da Tabela 12. A Tabela 13 mostra o total da estimativa, por esfera pública e privada, dos equipamentos e instrumentos médicos entre 2010 e 2018.

A participação do setor público no total da oferta de equipamentos e aparelhos médicos, em média, foi de 23,2% enquanto a do setor privado foi de 76,8%. O apêndice 4 mostra a estrutura de oferta dos recursos físicos do setor saúde segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Embora haja diferença entre as bases de dados, a informação serve como parâmetro para a estimativa do investimento em máquinas e equipamentos de uso específico. É importante ressaltar que parte da oferta de serviços de saúde prestados pelo SUS é realizada também na rede privada por intermédio de convênios ou contratos (SANTOS et al, 2013). Apesar do total das despesas com investimento (construção de hospitais e aquisição de equipamentos, por exemplo) ser menor na esfera pública, parte dos serviços prestados pelo SUS ocorre na rede privada por meio da terceirização de leitos e exames¹⁹⁵.

Tabela 13: Valor das máquinas e equipamentos do setor saúde (em R\$ mil reais)

Ano	Saúde pública	% pública	Saúde privada	% privada	Total
2010	1.541.540	38,8	2.429.314	61,2	3.970.854
2011	1.171.658	31	2.612.087	69	3.783.745
2012	1.169.107	25,5	3.416.041	74,5	4.585.147
2013	1.331.615	24,1	4.199.239	75,9	5.530.853
2014	1.246.998	19,5	5.153.228	80,5	6.400.226
2015	999.968	14,3	5.990.134	85,7	6.990.101
2016	1.135.441	17,4	5.382.812	82,6	6.518.253
2017	948.190	15,7	5.104.466	84,3	6.052.656
2018	1.792.620	22,9	6.033.624	77,1	7.826.244

Fonte: Elaboração Própria

Em relação à parte da Construção (obras e construção de hospitais), tanto para o setor público como para o privado, foram utilizados os dados da PAIC, disponibilizados no SIDRA¹⁹⁶, para montar uma série entre 2010 a 2018 seguindo a referência do SCN

¹⁹⁴ O termo setor público, no presente trabalho, refere-se ao setor governo

¹⁹⁵ Lei 8080. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>

¹⁹⁶ <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/paic/tabelas/brasil/2018>

2010. Embora o SIOPS¹⁹⁷ forneça informações referentes aos gastos com obras, devido às limitações no nível de abertura das tabelas da PAIC, optou-se por estimar a parte de construção de ambas as esferas. As informações da PAIC por PRODLIST e CNAE 2.0 só estão disponíveis a partir de 2007, o que dificulta montar uma série abrangendo o período anterior a 2007¹⁹⁸.

A construção de hospitais está dentro da PRODLIST 4120.2030 Edifícios não-residenciais não especificados anteriormente (hospitais, escolas, hotéis, garagens, estádios etc.). Como a PRODLIST não é desagregada, não é possível calcular o valor destinado às obras em hospitais e outros estabelecimentos de saúde no período. Portanto, optou-se por realizar um rateio do valor da produção (VP) das atividades que potencialmente demandam os tipos de construção dentro dessa PRODLIST¹⁹⁹. O Quadro 20 mostra as correspondências entre os itens da PRODLIST 4120.2030 e as atividades econômicas do Sistema de Contas Nacionais. Por exemplo, a construção de clínicas, hospitais e consultores está dentro da atividade saúde (pública e privada). As atividades econômicas selecionadas foram: 5280: Armazenamento, atividades auxiliares dos transportes e correio; 5500: Alojamento; 5600: Alimentação; 7880: Outras atividades administrativas e serviços complementares; 8591: Educação pública; 8592: Educação privada; 8691: Saúde pública; 8692: Saúde privada; 9080: Atividades artísticas, criativas e de espetáculos. As atividades que não possuem uma participação tão relevante dentro da PRODLIST foram excluídas do rateio. O valor da produção das atividades selecionadas foi multiplicado pelo valor total da PAIC²⁰⁰.

¹⁹⁷ Para sugestão de estudos futuros fruto dessa Tese, é possível pensar numa estimativa de construção do setor saúde para a esfera pública e privada, utilizando também os dados do SIOPS para a parte de construção.

¹⁹⁸ A Tabela 2374 (2002 – 2007) mostra o valor das obras por tipo de obra e a Tabela 2374 (2007 – 2018) disponibiliza o valor total das obras segundo PRODLIST e CNAE 2.0. Existe uma quebra na série em 2007 por conta das mudanças metodológicas impossibilitando montar uma série mais longa.

¹⁹⁹ Ver Anexo 12 com os detalhes da PRODLIST 4120.2030 Edifícios não-residenciais não especificados anteriormente

²⁰⁰ O cálculo está no anexo 13.

Quadro 20: Atividades econômicas selecionadas dentro da PRODLIST 41.20.30

PRODLIST PAIC 4120.30	DETALHES DA PRODLIST	68 SCN	NOME CONTAS
Postos de combustível	postos de combustível	4680	Comércio por atacado e a varejo, exceto veículos automotores
Guarita	Guarita	8000	Atividades de vigilância, segurança e investigação
Arte e Cultura	cinemas, teatros, clubes, circos, salas de espetáculos, parques de diversão, edificações para fins culturais ou recreativos	9080	Atividades artísticas, criativas e de espetáculos
Garagem	edifício garagem e garagem subterrânea	5280	Armazenamento, atividades auxiliares dos transportes e correio
Estádios	estádios esportivos, ginásios desportivos, quadras cobertas, academias de ginástica	9080	Atividades artísticas, criativas e de espetáculos
Fortes e Fortalezas	fortes e fortalezas	8400	Administração pública, defesa e seguridade social
Igrejas	igrejas, templos, catedrais, sinagogas, mesquitas e outros tipos de construções para fins religiosos	7880	Outras atividades administrativas e serviços complementares
Prisões	prisões, presídios, delegacias, batalhões, fortes e fortaleza	8400	Administração pública, defesa e seguridade social
Plantas de incineração	plantas de incineração	3680	Água, esgoto e gestão de resíduos
Restaurantes	restaurantes, bares, lanchonetes, cafés, lancherias e padarias, cantinas, refeitórios e outros estabelecimentos destinados a servir refeições	5600	Alimentação
Estábulo e outros edifícios destinados ao uso agropecuário	estábulo e outros edifícios destinados ao uso agropecuário	0192	Pecuária, inclusive o apoio à pecuária
Saúde	clínicas, postos de saúde e hospitais consultórios e clínicas médicas	8691	Saúde pública
Saúde	clínicas, postos de saúde e hospitais consultórios e clínicas médicas	8692	Saúde privada
Educação	escolas, faculdades, universidades, colégios, creches e outros edifícios destinados ao ensino	8591	Educação pública
Educação	escolas, faculdades, universidades, colégios, creches e outros edifícios destinados ao ensino	8592	Educação privada

Fonte: Elaboração Própria

No site do SIDRA²⁰¹, é disponibilizada uma tabela²⁰² com os valores das obras e serviços de construção das empresas de acordo com a PRODLIST. O valor total das obras referentes à PRODLIST 41.20.2030 foi distribuído entre as atividades selecionados de acordo com a participação do valor de produção delas. A Tabela 14 mostra o valor das despesas com obras do setor saúde, entre 2010 e 2018.

Tabela 14: Valor das incorporações, obras e/ou serviços da construção do setor saúde (R\$ Mil Reais)

Ano	Saúde pública	Saúde privada	Total
2010	966.196	1.069.666	2.035.861
2011	917.593	1.002.051	1.919.645
2012	1.302.846	1.542.238	2.845.084
2013	1.260.210	1.451.812	2.712.022
2014	1.283.128	1.552.869	2.835.998
2015	911.386	1.132.809	2.044.195
2016	800.906	1.031.483	1.832.389
2017	762.516	1.045.507	1.808.023
2018	730.557	1.091.507	1.822.064

Fonte: PAIC, Contas Nacionais. Elaboração Própria

7.3. ESTIMATIVA DA FORMAÇÃO BRUTA DE CAPITAL FIXO DA SAÚDE ENTRE 2010 – 2018 NO BRASIL

O setor saúde como atividade econômica tem uma participação relevante na geração de emprego e renda no Brasil (IBGE, 2019). A estimativa da FBCF da saúde permite analisar a trajetória do investimento do setor saúde frente à economia brasileira, possibilitando uma análise mais completa da dinâmica macroeconômica do setor.

A demanda por bens e serviços de saúde tem um custo crescente devido à incorporação tecnológica e ao envelhecimento da população²⁰³. Como atividade econômica, o “*setor saúde constitui, simultaneamente, um espaço importante de*

²⁰¹ Sistema IBGE de Recuperação Automática

²⁰² Tabela 1740 - Valor das incorporações, obras e/ou serviços da construção das empresas de construção

²⁰³ Por isso, vários autores reforçam a necessidade de aumentar o investimento na atenção primária, evitando um gasto maior no futuro com tratamentos de média e alta complexidade que acabam sendo mais caros.

inovação e de acumulação de capital, gerando oportunidades de investimento, renda e emprego, ou seja, constitui um lócus essencial de desenvolvimento econômico” (GADELHA, 2003, p.523). Portanto, o setor saúde gera impacto tanto no bem-estar da população como no desenvolvimento econômico de um país.

O investimento em ativos fixos tem um impacto positivo na infraestrutura do setor saúde, colaborando para a sustentabilidade e equidade dos sistemas de saúde. Em relação ao desenvolvimento tecnológico, investimentos em inovação²⁰⁴, P&D (pesquisa e desenvolvimento) e na aquisição de novas máquinas e equipamentos têm efeitos positivos na evolução dos tratamentos e no cuidado à saúde de uma forma geral (TEJA et al 2020).

A Tabela 15 e o Gráfico 1 mostram a trajetória da FBCF do setor saúde, em valores nominais, entre 2010 e 2018. Em 2011, o investimento público apresentou uma queda de 16,7%, em termos nominais, enquanto setor privado cresceu 3,3%. O investimento total em saúde aumentou entre 2012 e 2014, em média, 17,8%, em valores correntes. Com a crise econômica, o investimento caiu, sendo que no setor público a queda foi maior. Inclusive, em termos nominais, o investimento no setor privado aumentou em 2015 (3,26%). Em 2018, houve um crescimento relevante por parte do setor público.

Tabela 15: FBCF da saúde em valores correntes

Ano	Público		Privado		Total
	R\$ mil reais	%	R\$ mil reais	%	R\$ mil reais
2010	2.507.736	41,7	3.498.980	58,3	6.006.716
2011	2.089.251	36,6	3.614.138	63,4	5.703.389
2012	2.471.953	33,3	4.958.279	66,7	7.430.231
2013	2.591.825	31,4	5.651.051	68,6	8.242.875
2014	2.530.126	27,4	6.706.097	72,6	9.236.223
2015	1.911.354	21,2	7.122.943	78,8	9.034.296
2016	1.936.347	23,2	6.414.295	76,8	8.350.642
2017	1.710.706	21,8	6.149.973	78,2	7.860.679
2018	2.523.177	26,2	7.125.131	73,8	9.648.308

Fonte: Elaboração Própria

²⁰⁴ O conceito de inovação se refere tanto a mudanças na produção industrial como no setor de serviços. Além disso, existe a inovação de caráter incremental e a radical. A primeira corresponde à melhoria de um produto ou de um processo ou organização da produção enquanto a segunda se refere à introdução de um novo produto ou um novo processo (Pullen et all, 2009).

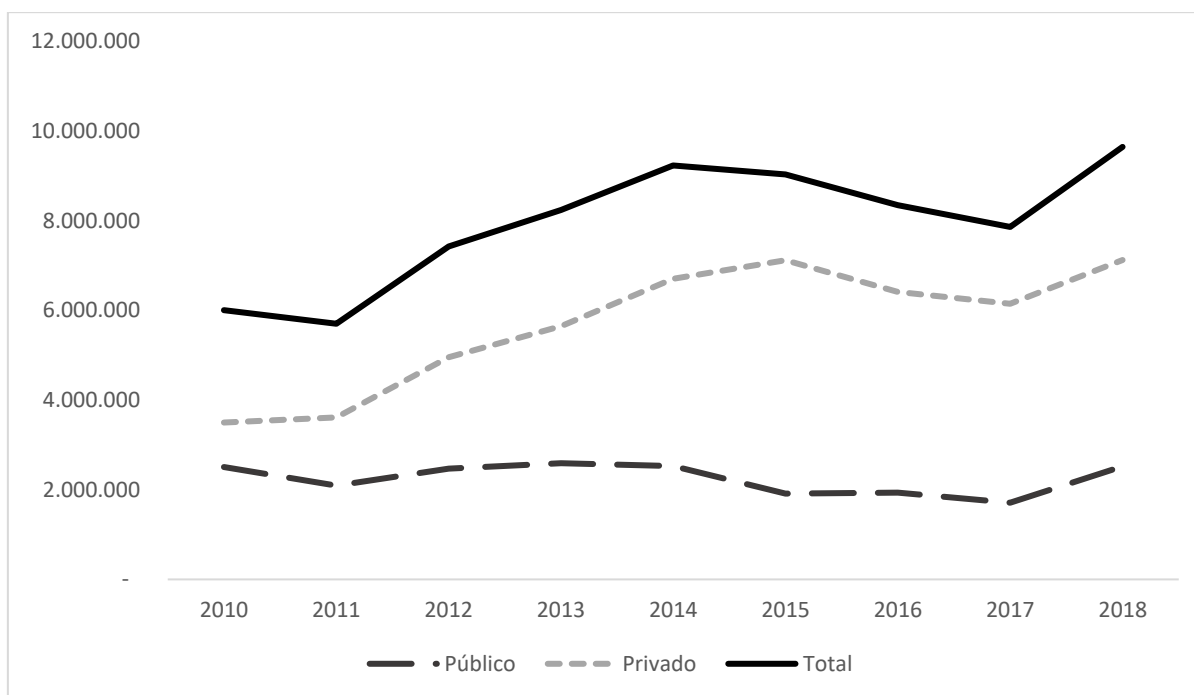
Em relação ao aumento dos valores do investimento público em 2018, é preciso destacar o efeito da Portaria 3.992 / dez 2017²⁰⁵ referente às normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Desde a portaria 204/2007, os recursos eram transferidos para 6 blocos de financiamento. Com a mudança, os recursos financeiros passaram a ser direcionados para 2 blocos: custeio²⁰⁶ (serviços de ASPS) e investimento. Antigamente, o gestor do município recebia os recursos em diferentes contas. Com a mudança, todos os recursos voltados para investimento passaram a ficar numa única conta (CONASSEMS, 2018). Segundo Vieira (2020), em 2018, houve aumento dos recursos federais para investimento em detrimento dos repasses estaduais. Em relação às emendas impositivas, embora seja esperado que haja aumento de investimentos em ano eleitoral, em 2018, os maiores gastos foram com custeios ao invés de investimentos (Vieira e Piola, 2019).

Conforme a Tabela 15 mostra, em 2010 a participação do setor público no total do investimento foi de 29,2 %. Até 2013, a participação ficou em torno de 35,8%. A partir de 2014, apresentou uma tendência de queda, em média, 23,9%. O Gráfico 1 mostra que, a partir de 2011, a participação do setor privado no total do investimento²⁰⁷ foi bem mais relevante que a do setor público, em média, 72,4%.

²⁰⁵ Mudança foi feita com o objetivo de dar maior autonomia aos gestores de saúde. Ver http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html

²⁰⁶ Bloco de Custeio: Atenção Básica; Assistência Farmacêutica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS e Bloco de Investimento: Atenção Básica; Atenção Especializada; Vigilância em Saúde; Desenvolvimento de Tecnologias; Gestão do SUS.

²⁰⁷ Lembrando que o total dos investimentos inclui somente equipamentos e aparelhos de uso médico, ou seja, aparelhos de uso específico, e gasto com obras.

Gráfico 1: FBCF em saúde, valores correntes (R\$ Mil)

Fonte: Elaboração Própria

Para analisar o crescimento em volume, descontando a variação de preços, foi calculado um índice de preço ponderado com base na Tabela 08: Componentes da formação bruta de capital a preços correntes - 2010-2018²⁰⁸ e nos produtos da Tabela de Recursos e Usos - nível 68 (26004 - Equipamentos de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos e 41801 – Edificações). No caso da Tabela 08, foi selecionado o item “outros edifícios e estruturas”, que abrange as obras de infraestrutura, os serviços especializados para construção e os edifícios não residenciais. Foi feito um rateio com base na TRU – nível 68 (produtos 41) para balizar somente o valor referente aos edifícios não residenciais (que inclui os hospitais)²⁰⁹.

De acordo com o Gráfico 2, em 2011²¹⁰, o investimento total em saúde caiu 11,9%, em termos de quantidade. Entre 2012 e 2013, houve crescimento do investimento em

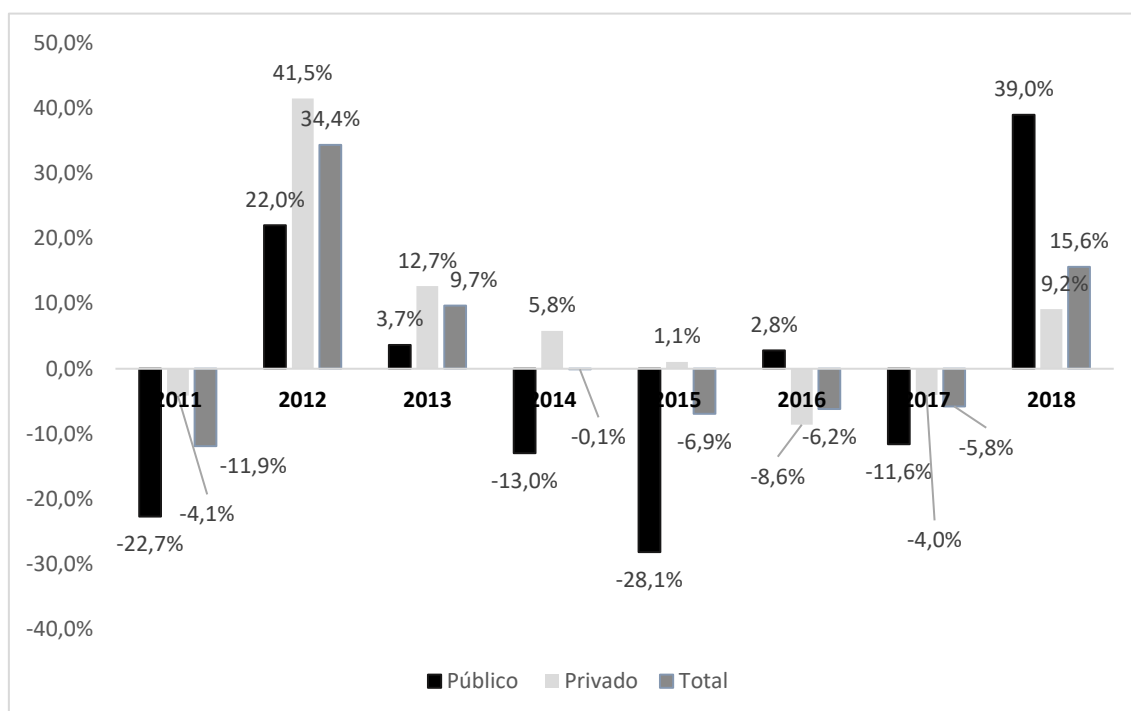
²⁰⁸ Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9052-sistema-de-contas-nacionais-brasil.html?=&t=resultados>. A tabela em valores constantes foi disponibilizada pela Coordenação de Contas Nacionais. Ver Tabela no Anexo 14.

²⁰⁹ Ver Anexo 14 e 15.

²¹⁰ Entre 2011 e 2014, a mudança na orientação da política econômica, através da tentativa de estimular o investimento privado e as exportações, provocou uma queda do investimento público, e conseqüentemente, uma diminuição no nível da demanda efetiva (SERRANO e SUMMA, 2018).

saúde. Entre 2014 e 2017, a FBCF da saúde apresentou queda em volume -,01%, -6,9 % e -6,2 % e -5,8% respectivamente). Em 2018, houve uma recuperação do investimento em saúde que apresentou um crescimento de 15,6%. Lembrando que parte do alto crescimento em volume da FBCF da saúde pública, em 2018, se deve às alterações nos blocos de financiamento (em termos contábeis, passa a ter mais recurso específico para investimento).

Gráfico 2: Variação em volume da FBCF da saúde (%)



Fonte: Elaboração Própria

A trajetória do investimento da saúde pública no Brasil depende, em parte, da alocação de recursos financeiros destinados ao SUS. O financiamento da saúde ocorre através das receitas do Orçamento da Seguridade Social²¹¹. Pela lei, 30% do orçamento, excluído o seguro-desemprego, deveriam ser destinados ao setor saúde até que a lei de diretrizes orçamentárias fosse aprovada (VIEIRA, 2016). Como na prática, isso nunca ocorreu, criou-se a Emenda Constitucional 29 com o objetivo de definir regras de aplicação dos recursos no âmbito federal, estadual e municipal. A União deveria aplicar

²¹¹ Recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios e das contribuições sociais. Esses recursos seriam repartidos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde (Piola, 2012).

um valor mínimo, em 2000, que não poderia ser menor do que o montante empenhado em 1999, corrigido em 5%. Até 2004, o valor empenhado no ano anterior seria corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e municípios deveriam destinar 12% e 15% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, respectivamente, para as ações e serviços públicos de saúde. Em 2015, através da EC 86, houve mudança do método de cálculo do mínimo com Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS - da União, vinculando-se a aplicação mínima a um percentual da Receita Corrente Líquida – RCL (VIEIRA e BENEVIDES, 2016).

Em 2016, o financiamento da saúde sofreu mais um revés com a aprovação do Novo Regime Fiscal que, na prática, congela os gastos públicos por 20 anos. As despesas primárias (gastos federais menos as despesas com juros) ficaram limitadas a um teto definido pelo montante gasto do ano anterior corrigido pela inflação acumulada (com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA). Com isso, os gastos públicos não aumentarão de acordo com o crescimento da população e da renda (VIEIRA e BENEVIDES, 2016).

Uma diminuição dos gastos do governo provoca uma queda no crescimento econômico, uma redução da arrecadação das receitas do governo e com isso, mais corte de gastos, ou seja, um círculo vicioso (ROSSI e DWECK, 2018). Em um cenário de austeridade fiscal, diminuição do financiamento público da saúde e crise econômica, espera-se que os gastos com investimentos em saúde também sejam afetados prejudicando ainda mais a oferta de bens e serviços de saúde para a população brasileira, além de causar um impacto negativo no desenvolvimento e nas políticas de inovação e tecnologia no setor de saúde.

Embora não haja muitos artigos sobre o investimento em saúde no Brasil, autores como Orair e Siqueira (2018) analisam a trajetória dos investimentos públicos no Brasil nas últimas décadas e concluem que “os constrangimentos orçamentários aos investimentos públicos foram intensificados após 2011” (p.956), embora nesse período tenha ocorrido expansão dos gastos do governo. Os autores enfatizam que a relação do investimento público com os ciclos econômicos não é tão determinística como alguns economistas sugerem, e que o regime fiscal e as mudanças de orientação da política econômica influenciaram na trajetória dos investimentos públicos nesse período. Ou seja, o nível de crescimento da economia não seria o único determinante no nível de

investimento público, mas sim o regime fiscal²¹² e a política econômica adotada pelo governo. Como os gastos com investimento não são despesas obrigatórias, espera-se uma maior oscilação nessas rubricas, ao contrário das despesas com salários, por exemplo.

Se, por um lado, entre 2006 e 2010 houve um crescimento do investimento público no Brasil, a partir de 2011 os investimentos ficaram estagnados, embora tenha tido um aumento dos gastos sociais. Nesse período, houve “redução do espaço fiscal para investimentos públicos” ao mesmo tempo que o governo passou a estimular as desonerações e subsídios para o setor privado o que acabou provocando uma queda na arrecadação da receita do governo (ORAIR e SIQUEIRA, 2018).

O Gráfico 2 mostra que a FBCF da saúde pública sofreu uma queda de 22,7% em 2011, apresentando um alto crescimento em 2012. Em 2013 o crescimento foi menor: 3,7%. Com exceção de 2016, quando o investimento público cresceu 2,6%, entre 2014 e 2017, no período da crise econômica²¹³, a FBCF da saúde pública sofreu uma queda, em média, de 12,5%. Em 2018, cresceu 39,0%. Os resultados parecem corroborar com a hipótese de que em um espaço de restrição fiscal, os gastos públicos com investimento tendem a diminuir significativamente. Em relação aos gastos com saúde e educação, embora haja regras para assegurar uma alocação recursos mínimos, as despesas não obrigatórias, no caso o investimento, são as primeiras a serem cortadas.

No caso da saúde privada, houve queda em volume apenas em 2011, 2016 e 2017, sendo que a maior queda foi em 2016 (8,6%). Em 2018, apresentou um crescimento de 9,6%, menor do que a saúde pública.

Pelo princípio da demanda efetiva, a demanda agregada determina a produção e induz o investimento, que, por sua vez, aumenta a capacidade produtiva. Portanto, em uma situação de queda de demanda agregada, é esperado que o nível de investimento também diminua. No entanto, o setor saúde possui especificidades do ponto de vista epidemiológico e tecnológico. Em momentos de crise econômica, queda da renda e aumento do desemprego, as pessoas podem inclusive demandar mais serviços de saúde (VIEIRA, 2016). A demanda por atenção à saúde pode ocorrer em uma circunstância atípica, quando o indivíduo fica doente, por exemplo (BARR, 1998). A incorporação

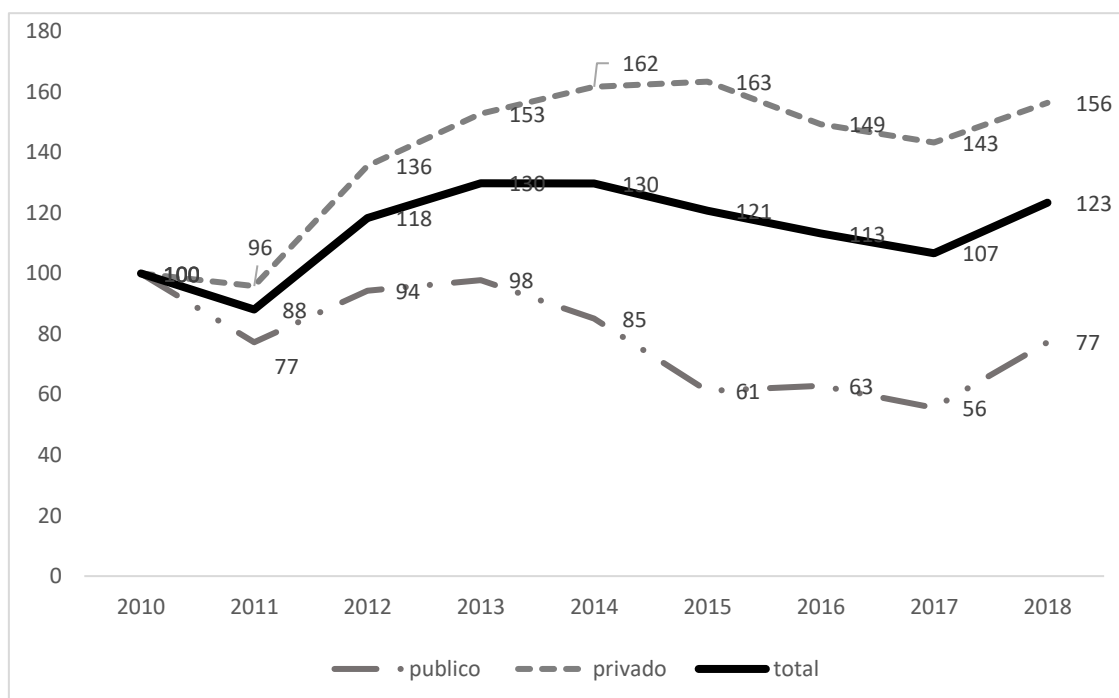
²¹² Segundo os autores, o regime de superávit primário prejudica a capacidade do governo se endividar além de limitar a política fiscal.

²¹³ Entre 2010 e 2014, o PIB cresceu, em média, 3,4%, apresentando uma queda de 3,5% em 2015, 3,3% em 2017 e um leve crescimento de 1,3% em 2017. EM 2018, o crescimento do PIB foi 1,8%.

tecnológica no setor saúde também é um fator determinante de investimento. Com a evolução tecnológica, novos tratamentos, procedimentos e equipamentos vão sendo incorporados nas áreas da saúde. Sendo assim, ao analisar os dados de FBCF é importante considerar as especificidades do setor.

O Gráfico 3 mostra o crescimento acumulado da FBCF da saúde entre 2010 e 2018. Nota-se uma tendência de queda do investimento público em relação ao ano de 2010. Em 2018, o investimento público em saúde foi menor do que em 2010, caindo 23%. No caso do setor privado, ocorre o contrário. O investimento total aumentou 23%, sendo puxado pelo setor privado que cresceu 56%.

Gráfico 3: Crescimento acumulado da FBCF da saúde (%)



Fonte: Elaboração Própria

Com a crise econômica e o aumento do desemprego nos últimos anos, é de se esperar que o número de famílias cobertas por plano de saúde diminua, dada a inelasticidade desse gasto, e a demanda pelos serviços do SUS aumente (o que acaba gerando pressão por maiores investimento para aumentar a capacidade de oferta, contratação de mão de obra, compra de equipamentos etc.). Ao mesmo tempo em que a política atual de financiamento da saúde pública parece caminhar no sentido contrário.

Em 2020, com a pandemia da COVID 19 as fragilidades do setor de saúde no Brasil ficaram ainda mais em evidência, no que diz respeito ao setor farmacêutico e a

dependência na importação do IFA²¹⁴ (VIEIRA e SANTOS, 2020) e à infraestrutura do setor (oferta de leitos e mão de obra especializada). A mensuração proposta nessa Tese é uma contribuição para evidenciar as necessidades efetivas de investimento no setor. Contudo, é importante continuar a análise das despesas com investimento em saúde nos próximos anos devido aos possíveis efeitos do Novo Regime Fiscal (EC 95, 2016²¹⁵) e da pandemia do Covid-19.

7.4. CONCLUSÃO PARCIAL

Para mensurar o investimento público do setor saúde, os dados do Siga Brasil (ou SIAFI) e do SIOPS são as melhores fontes de informação. As despesas com investimento na modalidade aplicação direta são uma medida de fluxo e mostram o gasto do ponto de vista do órgão executor. O SIOPS apresenta algumas limitações, tais como: não apresenta o número de baixas de investimento, além de não discriminar por item de despesa os restos a pagar não processados pagos. O problema de mensurar as despesas somente pela fase de liquidação é que parte dos restos a pagar não processados pagos não são mensurados, subestimando o valor do investimento público dos estados e municípios. Além disso, o cálculo do investimento público não inclui a depreciação nem as baixas (por falta de informação), já que é contabilizado pelo fluxo e não pelo estoque. No entanto, mensurar as despesas pela fase de empenho provoca superestimação dos dados, além disso, o próprio SNA 2008 define que FBCF ocorre no momento de recebimento do ativo fixo, ou seja, na fase liquidada.

A parte de investimento em saúde do setor privado apresenta uma série de obstáculos. Pelo lado da oferta, as pesquisas estruturais do IBGE (PAS e PAIC) não divulgam informações para mensurar o investimento público na parte de serviços de saúde e de construção. A parte de investimento do setor da indústria pode ser estimada a partir dos dados da PIA e da PAIC. No entanto, parte dos equipamentos de alta complexidade como tomógrafos, ultrassom e raio x fazem parte da CNAE 2660-4/00 que está classificada no produto 26004 - Equipamentos de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos. Por ser um produto de peso importante no setor saúde e no investimento, é importante desagregar esse produto numa próxima mudança de base do SCN.

²¹⁴ Insumo Farmacêutico Ativo

²¹⁵ Institui um teto para os gastos públicos por 20 anos através de um novo regime fiscal.

Pelo lado da demanda, a melhor fonte são as fichas da Escrituração Contábil Digital (ECD) que permitem mensurar o investimento a partir das contas do balanço patrimonial, ou seja, seria uma medida de estoque e não fluxo. No caso do investimento bruto, basta subtrair o total de ativos do ano atual pelo total de ativos do ano anterior, subtraindo a receita de bens alienados do ano atual e acrescentando o valor contábil de bens alienados e incluindo a depreciação do ano corrente e do ano anterior no cálculo conforme demonstrado anteriormente. Os dados do imposto de renda de pessoa jurídica não abrangem as pessoas físicas, provocando uma perda de informações sobre investimento de consultórios de pessoas físicas por exemplo. Além disso, alterações nas regras de declaração do DIPJ e da ECF causam variações na série que muitas vezes não representam variações no investimento de fato, mas sim mudanças devido às alterações das regras contábeis e do envio de dados referentes a empresas imunes e isentas, por exemplo, que antes não eram obrigadas a declarar essas informações.

Os dados do CNES informam apenas a variação da quantidade de estabelecimentos e recursos físicos de saúde, que inclui equipamentos e leitos. Para propor um índice de volume e agregar os dados, é preciso ter os valores dos custos médios dos estabelecimentos, leitos e equipamentos como fator de ponderação. No entanto, a base de dados permite acompanhar a capacidade física instalada dos hospitais, laboratórios e clínicas, por exemplo, e conseqüentemente, do investimento em saúde ao longo do tempo por esfera pública e privada.

Para contornar essas limitações, optou-se por estimar uma série de investimento com os dados de FBCF do setor saúde (esfera pública e privada) com base nos dados da PIA produto, Secex, SIOPS e PAIC, utilizando um tradutor SCN ref 2000 X SCN ref 2010 X CNAE 1.0 e CNAE 2.0. Essa abordagem, apesar de avançar em alguns dos problemas apontados pelos especialistas, também apresenta suas limitações, tais como não incluir o percentual de automóveis, computadores e outros bens de capital de uso geral que também são destinados ao investimento em saúde.

CONCLUSÃO

A Tese teve como objetivo discutir e apresentar propostas de melhorias na metodologia da Conta de Saúde brasileira, a partir das lacunas identificadas por meio de entrevistas e da aplicação do questionário junto aos usuários e especialistas do tema no Brasil.

A revisão bibliográfica e as entrevistas com os especialistas permitiram traçar a evolução histórica da produção das Contas de Saúde no mundo e no Brasil, enfatizando os seus principais marcos evolutivos ao longo do tempo. Conforme exposto no Capítulo 2, nas décadas de 1970 e 1980, a OCDE passou a publicar alguns relatórios que faziam uma comparação dos gastos com saúde em alguns países. No entanto, não havia uma metodologia internacional para melhorar a comparabilidade internacional entre os países. Na década de 1990, a metodologia desenvolvida pela Escola de Harvard, cuja finalidade era mensurar os gastos nacionais com saúde (conta de despesa por setor), ganhou destaque em alguns países em desenvolvimento. Porém, não havia uma padronização de conceitos, de classificações e de definições para facilitar a comparação dos gastos com saúde entre os países.

A incorporação do conceito de Contas Satélites no manual do SNA 93 contribuiu para impulsionar o debate acerca da importância de uma metodologia consistente para mensurar os gastos com saúde nos países. A Conta Satélite, com seu enfoque macroeconômico, permitia uma análise completa de um setor específico da economia de acordo com a metodologia do *System of National Accounts* (SNA). A construção de uma Conta Satélite foi fundamental para melhorar a consistência dos dados de despesa do setor (no caso, a saúde) e possibilitar a comparação dos gastos como proporção do PIB. Por outro lado, em 2000, o manual do SHA 1.0 (*System of Health Accounts*), desenvolvido pela OCDE, ganhou destaque ao privilegiar os fluxos de financiamento do setor saúde e os gastos com bens e serviços de saúde. O manual tinha como objetivo fornecer aos países (principalmente aos gestores de saúde) uma abordagem padronizada com classificações detalhadas para a descrição do sistema de saúde. Posteriormente, novas versões desses manuais foram lançadas: SNA 2008 e SHA 2011.

Conforme exposto no Capítulo 4, em 2000, começaram as discussões sobre a necessidade de implementar uma Conta de Saúde no Brasil e qual seria a melhor metodologia a ser adotada pelo País. Em 2006, o projeto das Contas de Saúde foi

institucionalizado através da criação do grupo de trabalho com integrantes do IBGE, Ministério da Saúde, ANS, Fiocruz e IPEA. Esse processo foi fundamental para manter a continuidade do projeto, a qualidade e a atualização das publicações desde 2008. Como o IBGE é o responsável pela elaboração e divulgação da publicação, a Conta de Saúde brasileira seguiu a metodologia das Contas Nacionais (SNA 2008). A metodologia da Conta Satélite permite comparar os gastos com saúde com o PIB, tornando os dados mais consistentes.

Ao contrário de alguns países que deixaram de produzir a Conta Satélite para migrar para a Conta de Saúde baseada no manual da OCDE (SHA 2011), o Brasil manteve a Conta Satélite através do IBGE, ao mesmo tempo que o Ministério da Saúde, em 2018, publicou a conta pública do SUS seguindo a metodologia da conta SHA. Em 2021, sairá uma nova versão da conta SHA brasileira incluindo informações da saúde privada (saúde suplementar e gastos com desembolso direto). Portanto, o Brasil é um dos poucos países que atualmente produz duas contas de saúde: Conta Satélite de Saúde - HSA e conta SHA (OCDE).

Se por um lado, a conta SHA permite uma análise mais profunda do sistema de financiamento da saúde com foco no consumo final de bens e serviços de saúde, a Conta Satélite permite uma análise macroeconômica do setor saúde mais elaborada e um melhor mapeamento do Complexo Industrial da Saúde. Isso revela que as informações trazidas por cada tipo de conta são complementares.

A última publicação da Conta Satélite, em 2019, apresentou um formato mais inteligível para os gestores de saúde, além de fazer uma comparação das despesas com saúde do Brasil e de outros países. No entanto, o atraso do envio dos dados do imposto de renda impossibilitou a desagregação dos dados da saúde privada no SCN referência 2010 (planos de saúde, serviços ambulatoriais e hospitalares). Essa limitação foi citada tanto pelos usuários como pelos especialistas. A Conta Satélite de Saúde referência 2000 divulgava os dados mais desagregados.

Para os usuários, a Conta de Saúde brasileira é uma ferramenta útil para os pesquisadores na produção de pesquisas e artigos na área acadêmica, permitindo uma compreensão mais aprofundada do setor saúde no Brasil que é essencial para a proposição de políticas públicas na área. Em relação às lacunas da publicação, a ausência de informação sobre gastos tributários e isenções fiscais foram lembradas por alguns

usuários. Outro ponto foi a ausência de informações mais detalhadas sobre os gastos com medicamentos e a necessidade de mostrar o financiamento do setor saúde de forma semelhante à da conta SHA. Outra questão é o gasto com desembolso direto das famílias que pode ser estimado a partir da Pesquisa de Orçamento Familiar – POF. Chama atenção o fato de que nem todos os usuários conhecem a diferença entre as duas metodologias.

Para os especialistas as duas contas de saúde são importantes e devem continuar sendo publicadas, embora sigam metodologias um pouco distintas. Embora a metodologia do SCN não mensure os gastos com isenção fiscal (trata-se de um fluxo que não aconteceu), o montante que o governo deixa de arrecadar pode ser divulgado nas publicações seguintes como um quadro à parte do Sistema de Contas Nacionais.

Alguns especialistas também ressaltaram diferenças no tratamento dado às Organizações Sociais de Saúde que hoje entram como transferência no SCN enquanto na conta SHA, elas fazem parte das despesas com serviços de saúde. Finalmente, em relação ao financiamento, os especialistas sugerem detalhar, através de um gráfico, os financiamentos da saúde por esferas de governo com o objetivo de se aproximar da conta SHA (isso foi feito na publicação de 2017).

Outro ponto relevante levantado pelas entrevistas foi a necessidade de aprimorar o índice de volume da saúde. Para isso, seria urgente que o processo de atualização e aprimoração das bases de dados do DATASUS e o CMD não seja interrompido. Não é possível avançar na qualidade das informações, no caso o índice de volume, sem uma base de dados detalhada e atualizada em um curto espaço de tempo. Se o projeto do CMD for levado adiante, o índice de volume poderá ser aprimorado no longo prazo. As bases de dados da ANS também podem ser úteis na elaboração desse projeto.

Tanto os usuários como os especialistas mencionaram a necessidade de mensurar os gastos com FBCF da saúde no Brasil. Com os dados, é possível compreender a trajetória do investimento público e privado do setor saúde frente à economia brasileira, possibilitando uma análise mais completa da dinâmica macroeconômica do setor.

Em meio a tantas demandas de pesquisadores e especialistas e as limitações dos dados existentes, nessa Tese somente foi possível elaborar uma proposta de estimativa de FBCF do setor saúde. A proposta possui algumas limitações devido às mudanças na metodologia do SCN referência 2010 e às alterações da CNAE 2.0, conforme explicitado no Capítulo 6. Além disso, a análise das bases de dados da PIA, PIA, PAIC, AMS e PAS

mostrou que existem lacunas sobre o investimento do setor saúde nessas pesquisas. A PAS nem sequer abrange a CNAE 86, impossibilitando qualquer informação sobre produção e investimento do setor de saúde. Pela PAIC não é possível desagregar informações sobre investimento em construção de hospitais, clínicas e laboratórios. Uma maior periodicidade da AMS seria útil para fornecer informações sobre a infraestrutura do setor saúde e conseqüentemente dimensionar o investimento do setor no país. O levantamento da base de dados evidencia a importância do aprimoramento das pesquisas do IBGE e das bases de dados dos órgãos do governo. Um exemplo são os dados da Receita Federal que podem ser muito úteis para calcular a FBCF da saúde privada pelo lado da demanda. Para isso, é essencial que haja acordos de cooperação entre os órgãos para que a troca de informações seja constante.

A qualidade dos dados do SIOPS melhorou muito desde sua criação no início da década de 2000. No entanto, em relação aos investimentos, ainda é preciso propor melhorias no sistema. Uma sugestão é incluir as baixas de investimento durante o ano. Outro ponto é detalhar, por item de despesa, os restos a pagar não processados pagos dos estados e municípios. A mensuração da despesa de investimento apenas pela fase liquidada pode causar subestimação dos valores visto que existe uma quantia considerável de restos a pagar não processados, que se referem às despesas de anos anteriores e que possuem um peso considerável no total da despesa no ano vigente.

Para mensurar a FBCF do setor público, foram utilizados os dados do Siga Brasil para calcular as despesas da União e o SIOPS para as despesas dos estados e municípios. Pela metodologia do SCN, a despesa é aferida do ponto de vista do órgão executor. Para não haver dupla contagem, a modalidade de aplicação direta foi selecionada. A fase da despesa mais adequada para medir investimento é a liquidação, que se refere ao momento em que a despesa é executada. No caso da União, os restos a pagar não processados pagos foram incluídos, evitando uma subestimação dos gastos. Devido à falta de informação para estados e municípios, não foi possível incluir os restos a pagar para essas esferas.

Para o setor privado, a PIA e o SECEX serviram de base para calcular o total da FBCF. Lembrando que somente os produtos de uso específico do setor saúde (equipamentos e aparelhos de uso médico, por exemplo) entraram no cálculo. Essa limitação reforça a importância de se aprimorar as pesquisas do IBGE no que se refere ao setor saúde. Ficaram de fora a formação bruta de capital em automóveis, computadores e outras máquinas e equipamentos de uso geral destinado ao investimento, tanto na esfera

pública como na privada. Finalmente, para estimar o valor das obras do setor saúde (público e privado) foi feita uma estimativa com base nos dados da PAIC e das Contas Nacionais.

No capítulo 7, a estimativa da série de FBCF da saúde, pela nova proposta de mensuração, mostrou que, entre 2010 e 2018, a participação do setor privado no total do investimento em saúde foi superior ao setor público, em média, 72,4%. Observou-se uma tendência de aumento do volume do investimento privado em saúde em relação ao investimento público. A consulta à bibliografia disponível sobre o tema corrobora este resultado e indica alguns entraves para explicar por que a economia brasileira, em crise, acabou relegando a importância da continuidade dos investimentos públicos observada até 2010.

Fica também a sugestão do aprimoramento das bases de dados dos sistemas de informação em saúde e dos demais órgãos do governo (SIOPS, Pesquisas Estruturais do IBGE, Receita Federal) porque eles são essenciais para melhorar a qualidade da informação do setor saúde. Essas bases de dados são ferramentas para construir Contas de Saúde que vão subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde no Brasil e sem a sua melhoria a produção de informações mais acuradas fica seriamente prejudicada.

Por fim, como sugestão para estudos futuros que possam complementar os avanços dessa Tese, recomenda-se estudar os trabalhos desenvolvidos na Alemanha, cuja Conta de Saúde calcula os efeitos multiplicadores do setor saúde na economia do país, em termos de renda e emprego, além de calcular uma matriz de insumo-produto do setor de saúde alemão. Outros estudos inovadores são os do Canadá e dos Estados Unidos (BEA) que começaram a desenvolver Contas de Saúde que calculam os gastos a partir dos tratamentos de doenças e não a partir dos bens e serviços de saúde (Conta SHA e HSA). O objetivo é observar a produtividade do tratamento da doença, analisando os custos e os benefícios dos tratamentos.

GLOSSÁRIO

Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS): a Lei Complementar nº 141/12 define como ações e serviços públicos de saúde as despesas com vigilância em saúde; atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade; capacitação recursos humanos do SUS; desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade, promovidos por instituições ligadas ao SUS; produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde; saneamento básico de distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças; Investimento na rede física do SUS, incluindo obras de recuperação, reformas, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; remuneração de pessoal ativo da área da saúde em atividade, incluído os encargos sociais; ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS; Gestão do sistema público de saúde e operações de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. As despesas com aposentadorias e pensões, assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade, despesa com merenda escolar, gasto com saneamento básico, limpeza urbana, remoção de resíduos, preservação do meio ambiente, ações de assistência social e obras de infraestrutura não entram no cálculo do percentual mínimo aplicado com saúde.

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Agenda ODS): proposta pela Organização das Nações Unidas – ONU, em 2015, com o objetivo de reduzir a desigualdade social, alcançar a universalidade do ponto de vista social, econômico e ambiental e erradicar a pobreza²¹⁶. A proposta inclui 17 objetivos e 169 metas, envolvendo temas como a “segurança alimentar e agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das

²¹⁶ <https://pactoglobal.org.br/ods>

<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/desenvolvimento-sustentavel-e-meio-ambiente/134-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-ods>

desigualdades, energia, água e saneamento, padrões sustentáveis de produção e de consumo, mudança do clima, cidades sustentáveis, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo, infraestrutura e industrialização, governança, e meios de implementação” (Itamaraty, 2019).

Atividade Econômica: é o conjunto de unidades de produção caracterizado pelo produto produzido, classificado conforme sua produção principal (IBGE, 2020)

Bureau of Economic Analysis (BEA): agência do governo americano que produz as estatísticas macroeconômicas, tais como: produto interno bruto, despesa com consumo final, dados sobre a administração pública, número de empregos, inflação e indústria.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): banco de dados que disponibiliza informações sobre os estabelecimentos de saúde do país, independentemente de sua natureza jurídica ou integração com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Contas Econômicas Integradas (CEI): As Contas Econômicas Integradas – CEI - têm como referência os chamados setores institucionais (empresas financeiras e não financeiras, famílias, governo e instituições privadas sem fins de lucro a serviço das famílias) ou agentes econômicos.

Health Care Satellite Account: Conta de saúde desenvolvida pelos Estados Unidos cujo objetivo é fornecer estatísticas para os gastos com saúde por doença para avaliar melhor o valor das despesas com saúde. Embora o nome seja parecido com a conta proposta pelo SNA (*Health Sattelite Account – HSA*), a *Health Care Satellite Account* possui suas próprias especificidades.

Classification of Factors of Health Care Provision (ICHA-FP): a classificação dos fatores de provisão mostra os locais onde são fornecidos serviços e produtos de saúde, ou seja, hospitais, ambulatórios, laboratórios, farmácias (Conta Pública do SUS, 2018).

Classification of financing agents (FA): a classificação de agentes financiadores corresponde ao agente responsável por fornecer os recursos, no caso o Ministério da Saúde ou as unidades institucionais responsáveis pela gestão dos regimes de financiamento (Conta Pública do SUS, 2018).

Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF): a classificação de regimes de financiamento da saúde na Europa corresponde aos esquemas de proteção social. No caso do Brasil, os regimes de financiamentos se dividem em: governamentais,

incluindo o SUS e os regimes especiais para funcionários públicos, planos e seguros de saúde, despesas de saúde provenientes do desembolso direto das famílias e programas financiados pelo resto do mundo (Conta Pública do SUS, 2018).

Classification of Health Care Functions (ICHA-HC): a classificação de funções de cuidados de saúde abrange as atividades de saúde de atenção curativa, seja em regime ambulatorial ou internação, atendimentos de reabilitação, cuidados de longo prazo como tratamento para câncer, por exemplo, atividades de diagnóstico (exames de imagem e laboratoriais), política de medicamentos, políticas de promoção, prevenção e vigilância em saúde e atividades de gestão governamental (Conta Pública do SUS, 2018).

Classification of Health Care Providers (ICHA-HP): a classificação de prestadores de serviços de saúde divide-se em hospitais, estabelecimentos ambulatoriais atenção básica, urgência e emergência e atenção especializada, laboratórios e clínicas de imagem e órgãos da administração central. No caso do Brasil, a conta SHA se baseou na classificação do CNES (Conta Pública do SUS, 2018).

Consumo Final Efetivo das Famílias: despesas de consumo das famílias mais o consumo realizado por transferências sociais em espécie das unidades das administrações públicas (governo) ou das instituições sem fins de lucro a serviço das famílias. (IBGE, 2020)

Consumo Final Efetivo do Governo: despesas efetuadas com serviços coletivos. (IBGE, 2020)

Consumo Intermediário: bens e serviços utilizados como insumos (matérias-primas) durante o processo de produção. (IBGE, 2020)

Contas Nacionais: o sistema de contas nacionais mostra a relação entre a economia de um país e o resto do mundo durante um determinado período. Apresenta informações sobre a geração, a distribuição e o uso da renda no País, além de dados sobre ativos não financeiros, patrimônio financeiro (IBGE, 2020).

Despesas com Saúde: gastos com bens e serviços de saúde consumidos pela população de um país durante um determinado período. A Conta Satélite de Saúde mostra as despesas de saúde do ponto de vista do governo, famílias e instituições sem fins de lucro.

Excedente operacional bruto: saldo resultante do valor adicionado bruto deduzido das remunerações pagas aos empregados, do rendimento misto e dos impostos líquidos de subsídios incidentes sobre a produção. (IBGE, 2020)

Exportação de bens e serviços: bens e serviços exportados avaliados a preços FOB (*free on board*), ou seja, incluindo somente o custo de comercialização interna até o porto de saída das mercadorias. (IBGE, 2020)

Formação bruta de capital fixo: acréscimos ao estoque de bens duráveis destinados ao uso das unidades produtivas, realizados em cada ano, visando ao aumento da capacidade produtiva do País. (IBGE, 2020)

Health Satellite Account (Conta Satélite de Saúde): publicada pelo *Bureau of Economic Analysis* (BEA), que seria a metodologia oficial baseada no manual da OCDE. Embora tenha o mesmo nome da Conta Satélite de Saúde, que consta no manual do SNA, essa conta não segue os mesmos princípios da conta satélite do Brasil, mas sim os princípios do manual do SHA (OCDE).

Health Satellite Accounts – HSA (Conta Satélite de Saúde): conta de saúde desenvolvida pelo Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO), baseadas no manual do *System of National Accounts*

Importação de bens e serviços: bens e serviços adquiridos pelo Brasil do resto do mundo, valorados a preços CIF, ou seja, incluindo no preço das mercadorias os custos com seguro e frete. (IBGE, 2020).

International Classification of Health Accounts – ICHA: a classificação internacional para contas de saúde tem como objetivo definir quem são os agentes financiadores (quem paga) dos bens e serviços de saúde (cuidados de saúde por função) e quem fornece os serviços, ou seja, quem presta os serviços de saúde.

National Health Expenditure Accounts (NHEA): produzida pelo *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS). A *Health Satellite Account* americana não é a mesma Conta Satélite publicada pelos países que seguem a metodologia do SNA (como é o caso do Brasil). A *National Health Expenditure Accounts* (NHEA) apresenta os gastos anuais com saúde nos EUA por tipo de bem ou serviço prestado, por fonte de financiamento e por setores institucionais. Além disso, calcula projeções com base nos gastos nacionais

para a próxima década. Portanto, os Estados Unidos possuem sua própria metodologia para elaborar estatísticas sobre saúde.

Ocupações: é um conjunto de afazeres exercida por uma pessoa em uma unidade de produção. O conceito de ocupações é o mesmo de postos de trabalho, ou seja, uma pessoa pode ter mais de uma ocupação (IBGE, 2020)

Produto Interno Bruto: corresponde ao total dos bens e serviços produzidos pelas unidades produtoras residentes sendo, portanto, a soma dos valores adicionados brutos pelos diversos setores acrescidos dos impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos não incluídos na valoração da produção (medida de fluxo e não de estoque). Ele é igual à soma dos consumos finais de bens e serviços valorados a preço de mercado sendo, também, igual à soma das rendas primárias. O PIB pode ser expresso por três óticas: a) da produção – o produto interno bruto é igual ao valor da produção menos o consumo intermediário mais os impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos não incluídos no valor da produção; b) da despesa – o produto interno bruto é igual à despesa de consumo final mais a formação bruta de capital fixo mais a variação de estoques mais as exportações de bens e serviços menos as importações de bens e serviços; c) da renda – o produto interno bruto é igual à remuneração dos empregados mais o total dos impostos, líquidos de subsídios, sobre a produção e a importação mais o rendimento misto bruto mais o excedente operacional bruto. (IBGE, 2020)

Setor Institucional: conjunto de unidades institucionais que são caracterizadas por autonomia de decisões e unidade patrimonial. (IBGE, 2020).

Sistema de Informações em Saúde: sistema que coleta, processa e reúne dados de saúde para subsidiar os gestores nas tomadas de decisão.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS): banco de dados do Ministério da Saúde que disponibiliza informações sobre gastos e financiamento da saúde pública no Brasil por esfera de governo.

Sistema Único de Saúde – SUS: sistema de saúde criado pela Constituição Federal de 1988 cujos princípios são a universalidade, a equidade e a integralidade. O SUS tornou a saúde pública um direito universal aos brasileiros e um dever do Estado. Caberia, portanto, ao governo brasileiro oferecer bens e serviços de saúde de forma gratuita, seja diretamente ou através da contratação do setor privado. É financiado com recursos públicos provenientes das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), sendo

responsável pela oferta de serviços de saúde à população em todos os níveis de atenção (promoção, prevenção, curativa e reabilitação). A rede de serviços de saúde do SUS compreende estabelecimentos de propriedade do setor público e estabelecimentos privados e filantrópicos conveniados ao SUS. Além de oferecer atenção à saúde individual, inclusive farmacêutica, o SUS é responsável por ações que promovem a saúde coletiva da população, as quais incluem participação na preparação de recursos humanos para a saúde, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, vigilância nutricional e vigilância sanitária. (IBGE, 2020)

System of Health Accounts – SHA (Sistema de Contas de Saúde): manual de conta de saúde desenvolvido pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), EUROSTAT (Autoridade Estatística da União Europeia) e a Organização Mundial da Saúde (OMS)

System of National Accounts – SNA (Manual do Sistema de Contas Nacionais): O SNA 2008 é a versão mais recente do manual internacional de estatísticas para as contas nacionais, sendo a Comissão de Estatística das Nações Unidas (UNSD) uma das coautoras. É mantido pelas Nações Unidas, pelo Fundo Monetário Internacional, pelo Banco Mundial, pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico e pelo Escritório de Estatística das Comunidades Europeias.

Tabela de Recursos e Usos: Nas TRU, as informações são agrupadas sob a ótica das unidades produtivas (unidades locais de empresas ou famílias produtoras) que são analisadas segundo a sua atividade econômica principal, definida de acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE 2.0. As TRU são construídas a partir de um corte na economia considerando atividades econômicas e produtos. As atividades econômicas são analisadas através da produção (valor produzido, importado ou pago em impostos sobre produtos e margens de comércio e transporte); da renda (salários pagos, excedentes operacionais e outros impostos sobre a produção, não incluindo impostos sobre produtos) e da despesa (valor consumido, estocado, usado como investimento ou exportado)

Valor Adicionado Bruto: valor que a atividade agrega aos bens e serviços consumidos no seu processo produtivo. É a contribuição ao produto interno bruto pelas diversas atividades econômicas, obtida pela diferença entre o valor de produção e o consumo intermediário absorvido por essas atividades. (IBGE, 2020).

REFERÊNCIAS

ABEL-SMITH B. **Paying for health services a study of the costs and sources of finance in six countries.** Public Health Papers. Geneva: World Health Organization - WHO, 1963. p.88. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39726>>.

ABEL-SMITH, B & World Health Organization. **An international study of health expenditure and its relevance for health planning.** Geneva: World Health Organization - WHO, 1967. Public Health Papers, nº32, p.127. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62927>

AIZCORBE, A; RETUS, B A; SMITH, S. **Toward a Health Care Satellite Account.** Survey of Current Business. BEA, 2008. Disponível em: <https://apps.bea.gov/scb/pdf/2008/05%20May/0508_healthcare.pdf>

BARR, N. **The economics of the welfare state.** Stanford University Press Stanford, California, 1998.

BEA. **A Satellite Account for Health in the United States.** David M. Cutler, Kaushik Ghosh, Kassandra Messer, Trivellore Raghunathan, Allison B. Rosen, and Susan T. Stewart. NBER Working Paper No. 27848, 2020. Disponível em <<https://www.nber.org/papers/w27848>>.

BERMAN, P. National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications. Health Economics, Vol. 6: 11–30, 1997.

BERMAN, P. **What Can the U.S. Learn from National Health Accounting Elsewhere?** Health Care Financing Review, Winter; 21(2): 47–63, 1999. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194652/>>.

BERMAN, P. **“Health Systems Performance”** Handbook of Global Health Economics and Public Policy. World Scientific Publishing, Singapore, 2016.

BEVERIDGE, William. **Social Insurance and Allied Services [SIAS]**, London: HMSO, Cmd. 6404, 1942.

BLYTH, C. R. On Simpson’s Paradox and the Sure-Thing Principle. **Journal of the American Statistical Association**, 67(338), 364 – 366, 1972. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/2284382?seq=1>.

BMWI. The Federal Ministry for Economic Affairs and Energy. **National Health Account for Germany.** Summary of the research project of the Federal Ministry for Economic Affairs and Energy, 2015. Disponível em https://www.bmwi.de/Redaktion/EN/Publikationen/national-health-account-for-germany.pdf?__blob=publicationFile&v=5.

CARVALHO, FC. Arguments for austerity, old and new: the British Treasury in the 1920s and the Bundesfinanzministerium in the 2010s. **European Journal of Economics and Economic Policies: Intervention.** Vol. 15 No. 3, pp. 262–288, 2018.

CATLIN, A C; COWAN, C A. **History of Health Spending in the United States, 1960-2013**. Washington, 2015. Disponível em <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/HistoricalNHEPaper.pdf>.

CHILE. **Ministerio de Salud**. Anuario de Estadísticas Económicas en Salud: metodología Cuentas Satélite y Sistema de Cuentas de Salud, años 2008 – 2015. Santiago, 2018. Disponível em <http://ies.minsal.cl/>

COGSWELL, H; CONNOR, C; DEREJE, T; KAPLAN, A; NAKHIMOVSKY, S. (2013). **System of Health Accounts 2011 What is SHA 2011 and How Are SHA 2011 Data Produced and Used?** Health Finance & Governance project, Abt Associates Inc. Disponível em <https://www.hfgproject.org/system-health-accounts-sha-2011-data-produced-used/>

CONASSEMS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília. Confederação Nacional de Municípios. Brasília, 2018. Disponível em <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>

DORIN F. y A. Gordillo. **Comparación del Sistema de cuentas Nacionales 1993 y el Sistema de cuentas de salud**. Cepal-OPS. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos, 2002. Disponível em <https://www.cepal.org/es/publicaciones/4776-comparacion-sistema-cuentas-nacionales-1993-sistema-cuentas-salud>

DORIN F. **Avance de la Cuenta Satélite de Servicios de Salud en la Región de las Américas**. Cepal-OPS serie Manuales N°75, 2011. En http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/AvancesCuentasSatelite%20_Span_final.pdf.

DORIN, F. **Sistema de Cuentas de Salud y Cuenta Satélite de Salud**; Washington DC, 2011. Disponível em <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ECLAC-FDorin-SCS-OCDE.pdf>

DORIN, F; MARCONI, S; URRIOLOA, R. **Cuentas satélite y cuentas de salud: un análisis comparativo**. [Santiago de Chile]. CEPAL. (Serie Estudios Estadísticos, 88, 2014). Disponível em <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36856-cuentas-satelite-cuentas-salud-un-analisis-comparativo>

DUNN, A; RITTMUELLER, L; WHITMIRE, B. **Introducing the New BEA Health Care Satellite Account**. Survey of Current Business. 2015. Disponível em https://apps.bea.gov/scb/pdf/2015/01%20January/0115_bea_health_care_satellite_account.pdf

FAVERETE, A C. SANTOS, MAB. **Contas de Saúde no Brasil**. Relatório Final do Projeto, 2004.

FEIJÓ, Carmem, RAMOS, Roberto L. Olinto Org. **Contabilidade social: a nova referência das contas nacionais do Brasil**. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2017.

FETTER, B. **Origins and Elaboration of the National Health Accounts, 1926-2006.** Health Care Financ Review Fall; 28(1): 53–67, 2006. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194972/>

FREITAS, F. & SERRANO, F. **O Supermultiplicador Sraffiano e o Papel da Demanda Efetiva nos Modelos de Crescimento.** 2007 Disponível em <https://franklinserrano.files.wordpress.com/2008/03/demandaefetivacrescimento2007-lujan.pdf>

GADELHA, C.AG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciências da saúde coletiva.** 8(2):521-535, 2003. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015

GILLION C, SCHIEBER G, POULLIER JP. **Measuring health care, 1960-1983 expenditure costs and performance.** Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 1985.

GOBETTI, S. W. **Estimativa dos investimentos públicos: um novo modelo de análise da execução orçamentária aplicado às contas nacionais.** Brasília, Distrito Federal. Monografia. Brasília: 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/OlpVeO>>. Acesso em: nov. 2015.

GOBETTI, S. W.; ORAIR, R. O. Classificação e análise das despesas públicas federais pela ótica macroeconômica (2002-2009). *In*: SANTOS, C. H. M.; GOUVÊA, R. R. (Orgs.). **Finanças públicas e macroeconomia no Brasil: um registro da reflexão do Ipea (2008-2014).** Brasília: Ipea. cap. 8, p. 339, v. 1, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/Swnglw>>.

GRUPO EXECUTIVO. **Plano de trabalho da segunda etapa do projeto.** Agosto de 2006 a dezembro de 2007. Contas de Saúde no Brasil.

HALLAK NETO, J. **A Distribuição Funcional da Renda e a Economia não Observada no âmbito do Sistema de Contas Nacionais do Brasil.** 2013. 167f. Tese de Doutorado. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

HALLAK NETO, J. **O Sistema de Contas Nacionais evolução, principais conceitos e sua implantação no Brasil.** Texto para Discussão, IBGE, 2014. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv86717.pdf>

HALLAK NETO, J; FORTE, C M. O Sistema de Contas Nacionais: evolução histórica e implantação no Brasil. **Revista Econômica**, volume 18, número 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistaeconomica/article/view/34998>

HASENCLEVER, L; GAZÉ, T; PARANHOS, J. **Visão panorâmica do setor de produtos para a saúde.** Brasil. Ministério da Saúde. **Avanços e desafios no complexo industrial em produtos para a saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

HENKE, Klaus-D; LEGLER, Benno; CLAUS, Mirko. OSTWALD, Dennis A. **Health Economy Reporting: A Case Review from Germany**. International Journal of Business and Social Science. Vol. 10 No. 3, 2019. Disponível em https://www.wifor.com/uploads/2019/06/Health-Economy-Reporting_A-Case-Review-from-Germany.pdf.

HENKE, Klaus-Dirk; OSTWALD, Dennis A. **Health satellite account: the first step**. Int. J. Behavioural and Healthcare Research, Vol. 3, No. 2, 2012.

IBGE. **Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica: 2000-2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=240033>

IBGE. **Conta Satélite de Saúde Brasil: 2005-2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=243010>

IBGE. **Conta Satélite de Saúde Brasil: 2007-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=256202>

IBGE. **Sistema de Contas Nacionais – Brasil Referência 2010**. Formação Bruta de Capital Fixo – FBCF. Nota Metodológica nº13. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em https://ftp.ibge.gov.br/Contas_Nacionais/Sistema_de_Contas_Nacionais/Notas_Metodologicas_2010/13_formacao_bruta_capital_fixo.pdf

IBGE. **Sistema de Contas Nacionais – Brasil Referência 2010**. Relatórios metodológicos. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98142.pdf>

IBGE. **Conta Satélite de Saúde Brasil: 2010-2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101437>

IBGE. **Conta-Satélite de Saúde, Brasil: 2010-2017**. Nº 71. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101690>

IBGE. **Sistema de Contas Nacionais, Brasil - 2017**. Nº 67. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101680_notas_tecnicas.pdf

IBGE. **Sistema de Contas Nacionais, Brasil - 2018**. Nº 76. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101766>

KATTEL, R., MAZZUCATO, M., RYAN-COLLINS, J., SHARPE, S. **The economics of change: Policy appraisal for missions, market shaping and public purpose**. UCL

Institute for Innovation and Public Purpose, Working Paper Series, 2018. <https://www.ucl.ac.uk/bartlett/public-purpose/wp2018-06>

KEOWN, O. P., PARSTON, G., PATEL, H., RENNIE, F., SAOUD, F., AL KUWARI, H., & DARZI, A. Lessons from eight countries on diffusing innovation in health care. *Health Affairs*, 33(9), 1516-1522, 2014.

KORNFELD, R. HARTMAN, M; CATLIN, A. **Health Care Expenditures in the National Health Expenditures Accounts and in Gross Domestic Product: A Reconciliation. 2010** Disponível em: <https://www.bea.gov/system/files/papers/WP2010-12.pdf>

LEQUILLER, F. D. Blades. **Understanding National Accounts: Second Edition**, OCDE Publishing, Paris, 2014. <https://doi.org/10.1787/9789264214637-en>.

LORENZONI, L; KOECHLIN, F. **International Comparisons of Health Prices and Volumes: New Findings**. OCDE, 2017. Disponível em <https://www.oecd.org/health/health-systems/International-Comparisons-of-Health-Prices-and-Volumes-New-Findings.pdf>

LUIZA, VL; SILVA, R.; MATTOS, L.V.; BAHIA, L. Fortaleza e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: Hasenclever et al (Org). **Vulnerabilidades do Complexo Industrial da Saúde: reflex os das políticas industrial e tecnológica na produção local e assistência farmacêutica**. Rio de janeiro: Editora E-papers. pp. 213-251, 2018.

MIGUEZ; T. **Evolução da Formação Bruta de Capital Fixo na Economia Brasileira 2000-2013: Uma Análise Multissetorial a partir das Matrizes de Absorção de Investimento (MAIS)**. 2016. 155f. Tese de Doutorado. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

MILLER, RONALD E.; BLAIR, PETER D. **Input-Output Analysis: Foundations and Extensions**. Cambridge, GBR: Cambridge University Press, 2009. p 10. <http://site.ebrary.com/lib/mitlibraries/Doc?id=10329730&ppg=44>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014**. Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 118 p, 2018. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-991804>

MOULTON, B R. **The Measurement of Output, Prices, and Productivity: What's Changed Since the Boskin Commission?** The Brookings Institution, 2015. Disponível em <https://www.brookings.edu/research/the-measurement-of-output-prices-and-productivity/>

NAKHIMOVSKY, Sharon, PEÑA, P H; van MOSSEVELD, C; PALÁCIOS, A. **System of Health Accounts (2011) and Health Satellite Accounts (2005): Application in Low- and Middle-Income Countries**. Bethesda, MD: Health Finance & Governance project, Abt Associates Inc, 2014.

NORTON, H.J; DIVINE, G. **Simpson's paradox ... and how to avoid it. Significance.** The Royal Statistical Society 2015. Disponível em <https://rss.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1740-9713.2015.00844>.

NUNES, E. GUIMARÃES, A. **Balanco das Abordagens Metodológicas sobre Contas Nacionais em Saúde.** Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP. Agosto de 2001.

OCDE/Eurostat/WHO. **A System of Health Accounts 2011:** Revised edition, OECD Publishing, Paris, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

OCDE - Organization for Economic Cooperation and Development. **A System of Health Accounts 1.0** Paris, 2000. Disponível em <https://www.who.int/health-accounts/documentation/SHA1.0/en/>

OPAS. Pan American Health Organization. 2005. **The Health Accounts Satellite.**

ORAIR, R O; SIQUEIRA, F. **Investimento público no Brasil e suas relações com ciclo econômico e regime fiscal.** Economia e Sociedade. Campinas, v. 27, n. 3, p. 939-969, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182018000300939&lng=en&nrm=iso>.

OPAS. Magda Ascues, Markela Castro S. y Carmen Reyes, con la colaboración de la Dra. Amparo Gordillo, “**Manual de Cuentas Satélites de Salud (CSS) Propuesta, versión 1. Serie HO**”, Washington DC, 2005.

PIOLA, S.F; SERVO, L.M; de SÁ, E.B; de PAIVA, A.B. **Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória recente e cenários para o futuro.** Anal. Análise Econômica (UFRGS), v. 30, p. 9, 2012.

POULLIER JP. **Public expenditure on health.** Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 1977.

POMMIER P. **Social Expenditure: Socialization of Expenditure? The French Experiment with Satellite Accounts.** Review of Income and Wealth. Dec; 27:4, 1981.

PULLEN, A.; DE WEERD-NEDERHOF, P.; GROEN, A.; SONG, M.; OLAF, F.; **Successful Patterns of Internal SME Characteristics Leading to High Overall Innovation Performance.** Creativity and Innovation Management. V.18, n.3, 2009

RANNAN-ELIYA, R. P. and L. Lorenzoni. **Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework.** OCDE Health Working Papers, No. 52, OCDE, 2010. Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcg0clvc-en>.

RANNAN-ELIYA, R; BERMAN, P; SOMANATHAN, A. **Health Accounting: A Comparison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approaches.** Special Initiative Report No. 4. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc 1997.

RATHE M, HERNÁNDEZ P, VAN MOSSEVELD C, PESCIETTO C, VAN DE MAELE N. **Health accounts from past to present for a political arithmetic.** Rev Panam Salud Publica. V 42:e89, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.89>

RAVI P. Rannan-Eliya. **Estimating out-of-pocket spending for national health accounts.** World Health Organization, Geneva, 2010.

RANNAN-ELIYA, R P; BERMAN, P; SOMANATHAN, A. **Health Accounting: A comparison of the SNA and NHA approaches.** 1997

RIBEIRO ET AL. **Despesas de investimento municipais das capitais brasileiras no período 2001-2008: o que podemos inferir com base nos dados bimestrais dos relatórios resumidos de execução orçamentária?** In. Finanças públicas e macroeconomia no Brasil: um registro da reflexão do Ipea (2008 – 2014) / organizadores: Cláudio Hamilton Matos dos Santos, Raphael Rocha Gouvêa. – Brasília: IPEA, 2014

ROBINSON, James C. Biomedical innovation in the era of health care spending constraints. **Health Affairs**, v. 34, n. 2, p. 203-2095, 2015. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25646099/>

ROSSI, P. DWECK, E. ARANTES, F. **Economia Política da Austeridade.** In; Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil. Editora Autonomia Literária, 2018.

SANTOS MAB, MORAES RM, HOLGUIN TG, PALIS RR. **Participação das atividades de saúde na economia brasileira: informações da Conta de Saúde de 2000 a 2007.** Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):153–60. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9361>

SANTOS, C H M dos; ORAIR, R O; GOBETTI, S W; FERREIRA, A S; ROCHA, W S; SILVA, H L da; BRITTO, J M. **Uma metodologia de estimação da formação bruta de capital fixo das administrações públicas brasileiras em níveis mensais para o período 2002-2010. TD nº 1660.** In. Finanças públicas e macroeconomia no Brasil: um registro da reflexão do Ipea (2008 – 2014) / organizadores: Cláudio Hamilton Matos dos Santos, Raphael Rocha Gouvêa. – Brasília: IPEA.39 2011. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1069

SANTOS, IS., SANTOS, MAB., and BORGES, DCL. **Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS.** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República Vol. 4. pp. 73-131, 2013. Disponível <<http://books.scielo.org>>.

SILVA, H L da; BRITTO, J M. **Uma metodologia de estimação da formação bruta de capital fixo das administrações públicas brasileiras em níveis mensais para o período 2002-2010. TD nº 1660.** In. Finanças públicas e macroeconomia no Brasil: um registro da reflexão do Ipea (2008 – 2014) / organizadores: Cláudio Hamilton Matos dos Santos, Raphael Rocha Gouvêa. – Brasília: IPEA. 39 p, 2011. Disponível em https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1069

SERVO, L M. PAIVA, A B. (2009). Nota Técnica. Versão para Discussão (Circulação Restrita). Hospitais Universitários Federais. Conta Satélite de Saúde. Abril de 2009

SCHNEIDER, M. KRAUSS, T. HOFMANN, U; KÖSE, A. **Foundations, Methodology, and Selected Results of a Satellite Account for the German Health Economy**. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH Reisingerstr. 25, D-86159 Augsburg, Germany, 2005.

SCHREYER, P. **“Towards Measuring the Volume Output of Education and Health Services: A Handbook”**, OCDE Statistics Working Papers. OCDE Publishing, Paris, 2010. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmd34g1zk9x-en>

SCHREYER, P; MAS, M. **Measuring health services in the national accounts: an international perspective**. Conference on Evaluating Health Care Spending: Progress and Gaps in the Health Care Statistical Infrastructure, 2013.

SCHWARZLER MA; KRONENBERG, T. **Methodology of the National Health Account for Germany - Database, compilation and results**. WifOR Darmstadt, Bochum University of Applied Sciences, 2016. Disponível em [https://mpra.ub.uni-muenchen.de/73561/MPRA Paper No. 73561](https://mpra.ub.uni-muenchen.de/73561/MPRA_Paper_No.73561).

SENSENI, A L; DONAHOE, G F. Improved Estimates of Capital Formation in the National Health Expenditure Accounts. **Health Care Financing Review**. Volume 28, Number 1, 2006. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194967/>

SIMPSON, E. H. The Interpretation of Interaction in Contingency Tables. **Journal of the Royal Statistical Society**. Wiley for the Royal Statistical Society Stable Series B (Methodological), Vol. 13, No. 2, pp. 238-241, 1951. URL: <http://www.jstor.org/stable/2984065>

TEIXEIRA, V; TEIXEIRA, M G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232003000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

TEJA, BJ; IMTIAZ Daniel, PINK, George H. et al. Ensuring adequate capital investment in Canadian health care. *CMAJ* 2020;192: E677-E683. 2020

UNITED NATIONS. (2012). **Historic Versions of the System of National Accounts**. New York. Disponível em <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/hsna.asp> UNITED NATIONS. **System of National Accounts 1993**. New York: UN, 1993. Disponível em <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/1993sna.pdf>

UNITED NATIONS. **System of National Accounts 2008 [SNA-2008]**. New York: UN, 2009. Disponível em <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/sna2008.asp>

van MOSSEVELD C, van POLANEN P V, HERNÁNDEZ-PEÑA P, VERBIEST P. Health expenditure data for policy: Health accounts, national accounts or both? **Health policy**, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.00>

van MOSSEVELD C, van POLANEN P V, HERNÁNDEZ-PEÑA P, VERBIEST P. How to ensure quality of health accounts. **Health Policy** 2016 May;120(5):544-51.

VANOLI, A. **Is National Accounting Accounting? National Accounting between Accounting, Statistics and Economics.** Comptabilités, 1, 2010. Disponível em <http://comptabilites.revues.org/226>

VIEIRA, F. PIOLA, F. **Implicações do Contingenciamento de Despesas do Ministério da Saúde para o Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde.** IPEA. TD2260. Brasília, 2016.

VIEIRA, F. PIOLA, F. **As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no sistema único de saúde.** IPEA. TD 2497. Rio de Janeiro, 2019.

VIEIRA, F.S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** IPEA. TD Número 26. Brasília, 2016. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7266/1/NT_n26_Disoc.pdf

VIEIRA SF. **O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso.** Revista de Saúde Pública. 2020; 54:127.

VIEIRA, F.S.; R. P. SÁ E BENEVIDES. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** IPEA. Brasília, 2016.

VIEIRA, F S. SANTOS, M A B. **Contingenciamento do pagamento de despesas e restos a pagar no orçamento federal do SUS.** Revista Adm. Pública, vol.52 no.4 Rio de Janeiro, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122018000400731&script=sci_arttext.

VIEIRA, F S. SANTOS, M A B. **O setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da Conta-Satélite de Saúde.** IPEA. TD2215. Brasília, 2020. Disponível em http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10328/1/td_2615.pdf

WALDO, D. **National Health Accounts: A Framework for Understanding Health Care Financing.** Health Affairs 37(3):498-503, 2018 Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2017.1629>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle-income countries.** Switzerland, 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42711>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Cylus, Jonathan, Richardson, Erica, Findley, Lisa. et al. (2015). **United Kingdom: health system review.** World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330250>

ZAEYEN, A; SILVA, A B O; SOBRAL, C C Bi; CONSIDERA, C M; FILGUEIRAS, H V. **Economia Política da Saúde: Uma Perspectiva Quantitativa**. TD n 370. Rio de Janeiro; IPEA 1.17 p, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: FORMULÁRIO GOOGLE FORM (USUÁRIOS)

Este questionário é o instrumento qualitativo de uma pesquisa de Doutorado. Trata-se da pesquisa denominada Metodologia da Conta Satélite de Saúde no Brasil: trajetória, evolução e aprimoramento, realizada por Tássia Gazé Holguin como parte dos requisitos para obtenção do título de doutora no Programa de Economia do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A pesquisa é orientada pelos professores Fábio Freitas e Lia Hasenclever. Os resultados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso pedimos que os usuários respondam de forma espontânea e sincera a todas as questões. Todas as respostas individuais serão tratadas de forma confidencial. Caso o participante não saiba responder uma questão, favor pular para a próxima pergunta. Este Questionário tomará apenas 5- 10 minutos do seu tempo e contribuirá para aperfeiçoar as Contas. Obrigada!

Atualmente, as duas principais metodologias de Conta de Saúde são: o Sistema de Contas da Saúde (System of Health Accounts - SHA), desenvolvido pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), EUROSTAT (Autoridade Estatística da União Europeia) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) e as Contas Satélite da Saúde (Health Satellite Accounts - HSA), desenvolvidas pelo Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO), baseadas no manual do System of National Accounts.

Publicada pelo Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ, a Conta SHA (2010 – 2014) no formato do System of Health Accounts (SHA /OCDE) apresenta estimativas das despesas públicas com saúde através do mapeamento dos fluxos financeiros e da relação entre financiamento e consumo final com saúde. A publicação ainda não apresenta informações sobre as despesas privadas com saúde (plano de saúde e desembolso direto das famílias).

Já a Conta Satélite de Saúde do Brasil é uma extensão do Sistema de Contas Nacionais. A publicação, elaborada e divulgada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada e Agência Nacional de Saúde, reúne informações sobre consumo final e comércio exterior de bens e serviços relacionados à saúde, bem como sobre trabalho e renda nas atividades

que geram esses produtos. As informações da atual conta satélite de saúde brasileira permitem que os gestores e pesquisadores da área tenham uma boa visão da saúde como atividade econômica, analisando sua relação com os outros setores produtivos da economia. Os indicadores macroeconômicos produzidos pelas Contas Nacionais (PIB, valor adicionado, exportação, importação, consumo, investimento, produção, renda e empregos), quando combinados com a produção do setor saúde, podem produzir outros indicadores macroeconômicos importantes, como os gastos com saúde como porcentagem do PIB.

1. Desde quando você conhece as Contas de Saúde?

- Desde 2008 - 2010
- Desde 2011 - 2013
- Desde 2014 - 2016
- Desde 2016 - 2018
- Desde 2019

2. Com que frequência você utiliza os dados das Contas de Saúde?

- Várias vezes ao ano
- Semestralmente
- Anualmente
- A cada 2 anos
- Com menos frequência
- Nunca

3. Com qual finalidade (pular, caso a resposta na 2 tenha sido **nunca**)?

- Artigos / produção acadêmica
- Formulação de políticas públicas
- Material de aulas
- Análises econômicas / estimativas
- Outros...

3.1. Quando foi o uso mais recente?

3.2. Quais informações das Contas de Saúde você utilizou?

- Gasto público com saúde
- Gasto privado com saúde despesa per capita com saúde
- Volume adicionado e postos de trabalho
- Importação e exportação
- Variação em volume
- Tabela de Indicadores
- Despesas por tipo de prestador da Conta SHA
- Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS
- Despesas por tipo de função da Conta SHA
- Despesas de investimento da Conta SHA

3.3. Com quais objetivos?

3.4. Que informações adicionais você gostaria de ter para auxiliar em seu trabalho?

4. Você utiliza as informações dos Anexos das Contas de Saúde e da Conta SHA? (aceita múltipla marcação)

- Tabelas de Recursos e Usos
- Tabelas Sinóticas
- Tabelas detalhadas da Conta SHA
- Não

4. Se usa, como elas poderiam melhorar?

5. O Brasil tem dois sistemas de Contas de Saúde - a Conta Satélite (publicada pelo IBGE) e a Conta SHA (System of Health Accounts), publicada pelo Ministério da Saúde. Você está familiarizado com as duas metodologias?

- Sim
- Não

6. Percebe a diferença entre as duas metodologias?

- Sim
- Não
- Mais ou Menos

7. Se sim, conseguiria explicar as diferenças?

8. Conhece Contas de Saúde produzidas por outros países?

- Sim
- Não

9. Se sim, quais?

10. Sugestões, Críticas

APÊNDICE 2: GUIA DE ENTREVISTA (ESPECIALISTAS)

Esta entrevista é um instrumento qualitativo de uma pesquisa de Doutorado. Trata-se da pesquisa denominada **Metodologia da Conta Satélite de Saúde no Brasil: trajetória, evolução e aprimoramento, em realização** por Tássia Gazé Holguin como parte dos requisitos para obtenção do título de doutora no Programa de Economia, do Instituto de Economia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A pesquisa é orientada pelos professores Fábio Freitas e Lia Hasenclever. Os resultados obtidos serão utilizados para fins acadêmicos e o sigilo das informações será resguardado.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso pedimos que os gestores/especialistas respondam de forma espontânea e sincera a todas as questões. Caso o participante não saiba responder uma questão, favor pular para a próxima pergunta.

IDENTIFICAÇÃO

NOME:

ÓRGÃO:

CARGO:

FUNÇÃO:

QUESTÕES GERAIS

1. Desde quando você conhece a Conta Satélite de Saúde (IBGE)? Como você teve contato com ela?
2. Você participou das primeiras reuniões para a elaboração da Conta de Saúde Brasileira? Se sim, pode falar um pouco sobre os debates que ocorreram na época?
3. Quais são os principais marcos da Conta Satélite? Acredita que houve alguma melhoria desde a primeira publicação até a última, em 2017?
4. Esses marcos tendem a acompanhar o padrão internacional das metodologias das Contas de Saúde?
5. Se sim, com que defasagem?

O USO DA CONTA SATÉLITE DE SAÚDE

1. A Conta Satélite de Saúde (IBGE) é útil no seu trabalho? De que forma?

COMPARAÇÃO COM O “PADRÃO INTERNACIONAL” (CONTA SHA)

1. Você conhece alguma Conta de Saúde elaborada por outro país? Caso sim, quais são as semelhanças e diferenças da Conta Satélite brasileira?
2. Quais seriam ainda as limitações do SHA 2011 em relação ao Sistema de Contas Nacionais e à Conta Satélite de Saúde?
3. Quais são os pontos positivos da Conta Satélite de Saúde brasileira hoje (não presentes na conta SHA)?

METODOLOGIA DA CONTA SATÉLITE DE SAÚDE BRASILEIRA

1. A Conta Satélite de Saúde não mensura o investimento em saúde pública e privada. Na sua opinião, essa informação é relevante? Por quê?
2. Quais bases de dados você indicaria para incluir as informações acima sugeridas?
3. Quais são as outras lacunas e limitações que você identifica na Conta Satélite de Saúde brasileira?
4. Hoje, o índice de volume da saúde pública é calculado através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que reúnem informações sobre os procedimentos ambulatoriais e hospitalares por mês e ano. As informações se referem aos procedimentos públicos e privados (pagos pelo SUS). Em sua opinião, o que precisa ser melhorado?
5. Indica alguma outra base de dados diferente da atualmente utilizada, como informado acima?

6. Hoje, não existe um índice de volume para calcular o gasto com desembolso direto (*out-of-pocket*), você tem alguma sugestão para calcular o índice de volume?
7. No caso da saúde privada, que inclui os planos de saúde privados, tem alguma outra sugestão para índice de volume?
8. O objetivo da Conta Satélite de Saúde brasileira é mensurar o consumo de bens e serviços de saúde, além de quantificar o impacto do setor saúde na geração de renda e emprego. Em sua opinião, seria relevante medir os fluxos de financiamento do setor saúde (segundo a metodologia da conta SHA)
9. Você poderia indicar artigos científicos sobre metodologia de Conta de Saúde?

APÊNDICE 3: ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

Os sistemas de informações em Saúde (SIS) coletam, processam, armazenam e distribuem informações para subsidiar os gestores nas tomadas de decisão, além de reunir informações utilizadas pela área acadêmica para estudos. O Ministério da Saúde, através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS administra, gerencia e disponibiliza as informações do SIS.

As secretarias dos estados e municípios enviam informações para o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/SUS), sendo consolidadas na base de dados do Datasus ²¹⁷. O CNES é um banco de dados que disponibiliza informações sobre os estabelecimentos de saúde do país, independentemente de sua natureza jurídica ou integração com o Sistema Único de Saúde (SUS). O gestor pode consultar informações sobre os estabelecimentos de saúde no Brasil, o que inclui “capacidade física (instalações para atendimento, tais como salas, consultórios, leitos e equipamentos), recursos humanos, equipamentos, serviços ambulatoriais e hospitalares em funcionamento, independentemente de prestarem ou não atendimento aos usuários do SUS” (p.230, Rocha et al, 2018).

O CNES disponibiliza 35 fichas²¹⁸ para preenchimento que reúnem informações sobre leitos, instalação física, serviços de apoio e especializado e equipamentos. O site do TABNET²¹⁹ disponibiliza a série histórica do cadastro. Segundo as notas técnicas, a defasagem pode ser de até 45 dias.

Os estabelecimentos do CNES foram classificados seguindo a conta SHA do Ministério da Saúde.

²¹⁷ <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>.

Ver a Portaria MS/SAS nº 51 de 21/06/1995

²¹⁸ <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>

²¹⁹ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>

DESCRIÇÃO CNES	CLASSIFICAÇÃO CONTA SHA BRASIL
Hospital Especializado	Hospital
Hospital Geral	Hospital
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado	Unidade de cuidados domiciliares
Unidade de Atenção em Regime Residencial	Unidade de cuidados domiciliares
Tele saúde	Unidade de teleatendimento
Consultório	Consultório isolado
Posto de Saúde	Unidade de Atenção Primária
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	Unidade de Atenção Primária
Centro de Apoio à Saúde das Famílias	Unidade de Atenção Primária
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	Unidade de Atenção Primária
Academia da Saúde	Unidade de Atenção Primária
Centro de Parto Normal	Unidade de Atenção Primária
Pronto Socorro Geral	Unidade de urgência e emergência
Pronto Atendimento	Unidade de urgência e emergência
Pronto Socorro Especializado	Unidade de urgência e emergência
Central de Regulação Médica das Urgências	Unidade de urgência e emergência
Policlínica	Unidade de Atenção especializada
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	Unidade de Atenção especializada
Unidade Mista	Unidade de Atenção especializada
Hospital Dia	Unidades de Atenção especializada
Centro de Atenção Psicossocial	Unidade de Atenção especializada psicossocial
Unidade Móvel Terrestre	Unidade Móvel
Unidade Móvel Urgência	Unidade Móvel
Unidade Móvel Fluvial	Unidade Móvel
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	Unidade de Apoio a diagnóstico e terapêutico
Laboratório de Saúde Pública	Unidade de Apoio a diagnóstico e terapêutico
Laboratório Central de Saúde Pública	
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	Unidade de Apoio a diagnóstico e terapêutico
Polo prev.de doenças e agravos e promoção da saúde	Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde
Unidade de Vigilância em Saúde	Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde
Farmácia	Farmácia

DESCRIÇÃO CNES	CLASSIFICAÇÃO CONTA SHA BRASIL
Secretaria de Saúde	Unidade de Gestão e Apoio Logístico
Oficina Ortopédica	Unidade de Gestão e Apoio Logístico
Central de Regulação de Serviços de Saúde	Unidade de Gestão e Apoio Logístico
Central de Regulação	Unidade de Gestão e Apoio Logístico
Central de notif. captação e distr. órgãos estaduais	Unidade de Gestão e Apoio Logístico
Cooperativa	Unidade de Gestão e Apoio Logístico

Fonte: CNES e Conta SHA/MS

O grupo de Equipamentos do CNES foi separado da seguinte maneira: Equipamentos de Audiologia; Equipamentos por Métodos Gráficos; Equipamentos por Métodos Óticos e Outros Equipamentos foram agrupados em *Outros Equipamentos* enquanto os demais tipos de equipamentos foram separados: *Equipamentos de Diagnóstico por Imagem; Equipamentos de Infraestrutura; Equipamentos de Odontologia e Equipamentos para Manutenção da Vida*. A análise privilegiou os equipamentos de diagnóstico, manutenção de vida e odontologia. O Quadro abaixo mostra os equipamentos em detalhe que fazem parte do CNES.

EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Gama Câmara
Mamógrafo com Comando Simples
Mamógrafo com Estereotaxia
Raio X até 100 mA
Raio X de 100 a 500 mA
Raio X mais de 500Ma
Raio X Dentário
Raio X com Fluoroscopia
Raio X para Densitometria Óssea
Raio X para Hemodinâmica
Tomógrafo Computadorizado
Ressonância Magnética
Ultrassom Doppler Colorido
Ultrassom Ecógrafo
Ultrassom Convencional
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central
Grupo Gerador
Usina de Oxigênio
EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS
Endoscópio das Vias Respiratórias
Endoscópio das Vias Urinárias
Endoscópio Digestivo
Equipamentos para Optometria
Laparoscópio/Vídeo
Microscópio Cirúrgico

EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS GRÁFICOS
Eletrocardiógrafo
Eletroencefalógrafo
EQUIPAMENTOS DE MANUTENÇÃO DA VIDA
Bomba/Balão Intra-Aórtico
Bomba de Infusão
Berço Aquecido
Bilirrubinômetro
Debitômetro
Desfibrilador
Equipamento de Fototerapia
Incubadora
Marcapasso Temporário
Monitor de ECG
Monitor de Pressão Invasivo
Monitor de Pressão Não-Invasivo
Reanimador Pulmonar/AMBU
Respirador/Ventilador

OUTROS EQUIPAMENTOS
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas
Aparelho de Eletroestimulação
Bomba de Infusão de Hemoderivados
Equipamentos de Aférese
Equipamento para Audiometria
Equipamento de Circulação Extracorpórea
Equipamento para Hemodiálise
Forno de Bier
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA
Equipo Odontológico Completo
Compressor Odontológico
Fotopolimerizador
Caneta de Alta Rotação
Caneta de Baixa Rotação
Amalgamador
Aparelho de Profilaxia c/Jato de Bicarbonato

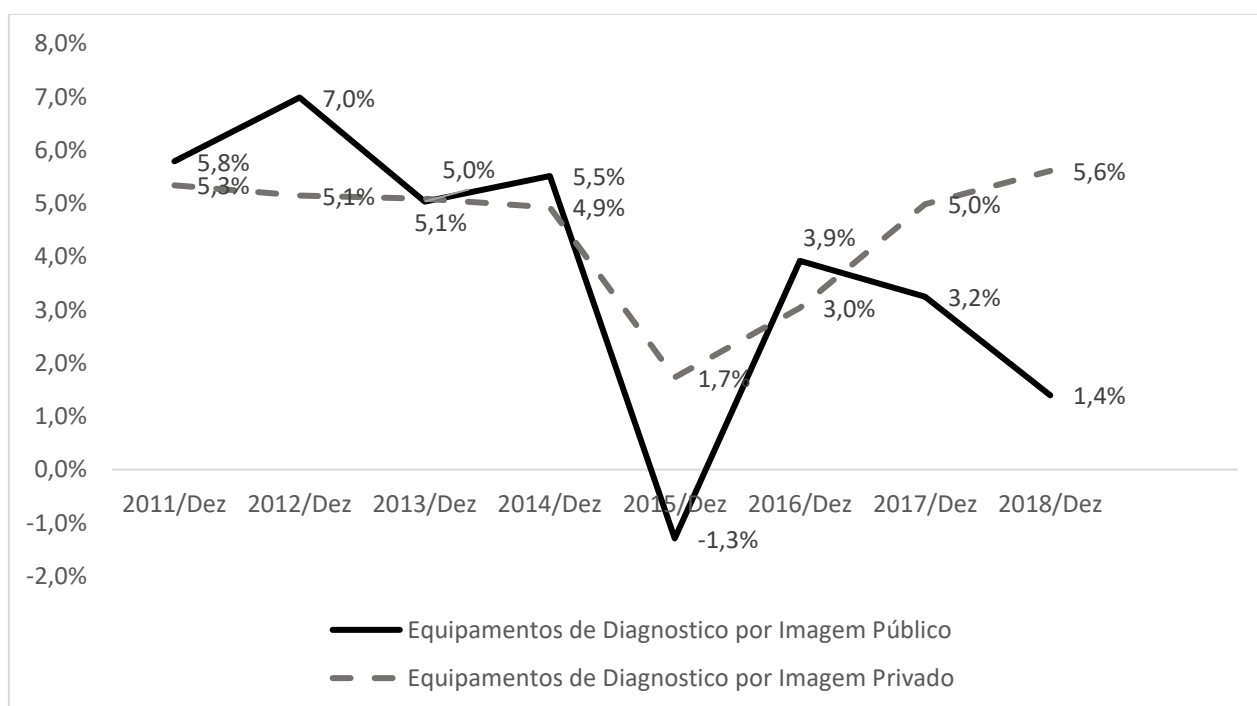
Fonte: CNES

APÊNDICE 4: ESTRUTURA FÍSICA DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL POR ESFERA PÚBLICA E PRIVADA

Equipamentos de Diagnóstico por Imagem

A evolução dos equipamentos de diagnóstico mostra que o setor privado apresentou um crescimento superior ao público em quase todos os anos com exceção de 2011, 2012, 2014 e 2016. Em 2015, houve uma variação negativa no setor público enquanto o setor privado aumentou apenas 1,7%.

Gráfico 1: Variação no número de equipamentos de diagnóstico no Brasil



Fonte: CNES. Elaboração Própria

A Tabela 1 mostra a média anual do número de equipamentos de diagnóstico por imagem. No setor público, eles correspondem, em média, a 19,8% da oferta total enquanto o percentual do setor privado é de 80,2%.

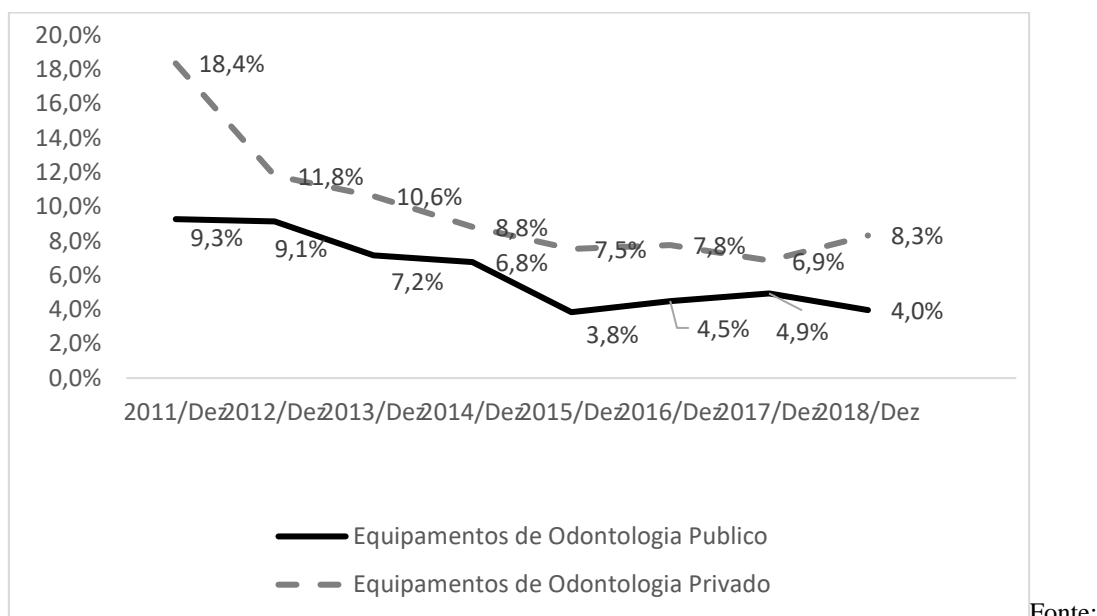
Tabela 1: Média anual de Equipamentos de Diagnóstico por Imagem de saúde no Brasil.

Equipamentos de Diagnóstico por Imagem		
Ano	Público	Privado
2010	18.139	73.775
2011	19.253	78.389
2012	20.642	82.705
2013	21.664	86.601
2014	22.972	90.854
2015	23.453	92.205
2016	23.625	96.162
2017	24.449	99.797
2018	25.175	105.517

Fonte: CNES. Elaboração Própria

Equipamentos de Odontologia

Em relação aos equipamentos de odontologia, a variação anual dos equipamentos do setor privado se manteve superior à do setor público (Gráfico 2), embora a taxa de crescimento tenha diminuído ao longo da série.

Gráfico 2: Variação no número de Equipamentos de Odontologia no Brasil.

CNES. Elaboração Própria

Do total de equipamentos, o setor privado respondia, em média, por 65,8% enquanto o setor público 34,2%. A participação do setor público sofreu uma tendência de queda ao longo da série (Tabela 2). Em alguns casos, o SUS utiliza a rede privada para realizar alguns exames. A oferta de equipamentos no SUS e o uso da rede privada pelo SUS é um tema importante para estudos futuros.

Tabela 2: Média anual de Equipamentos de odontologia de saúde no Brasil.

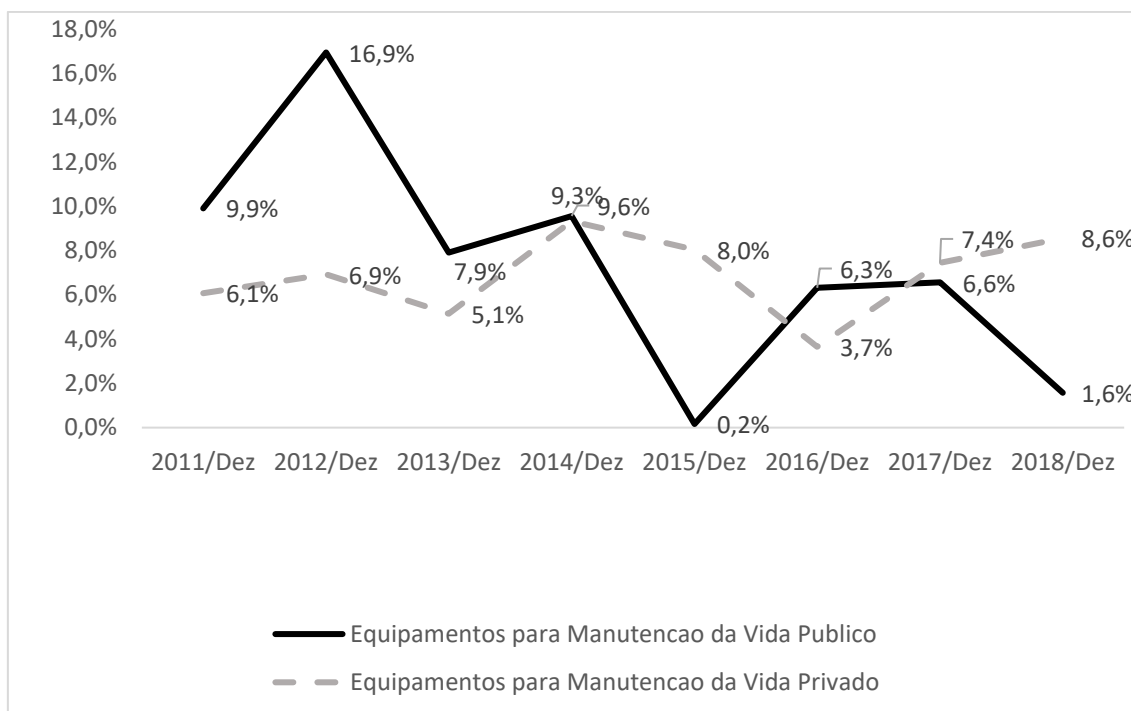
Ano	Público	Privado
2010	108.402	175.492
2011	119.779	211.492
2012	130.526	241.342
2013	141.034	267.048
2014	150.968	292.671
2015	158.010	315.484
2016	164.877	341.430
2017	172.766	363.485
2018	180.793	394.506

Fonte: CNES. Elaboração Própria

Equipamentos para Manutenção da Vida

O crescimento anual dos equipamentos para manutenção da vida foi superior no setor público até 2014. A partir de 2015, a tendência se inverte, com exceção do ano de 2016 (Tabela 3). Em média, a participação do setor público na oferta total de equipamentos foi de 38,2% enquanto o setor privado contribui com cerca de 61,8%.

Gráfico 3: Variação no número de Equipamentos para Manutenção da Vida no Brasil.



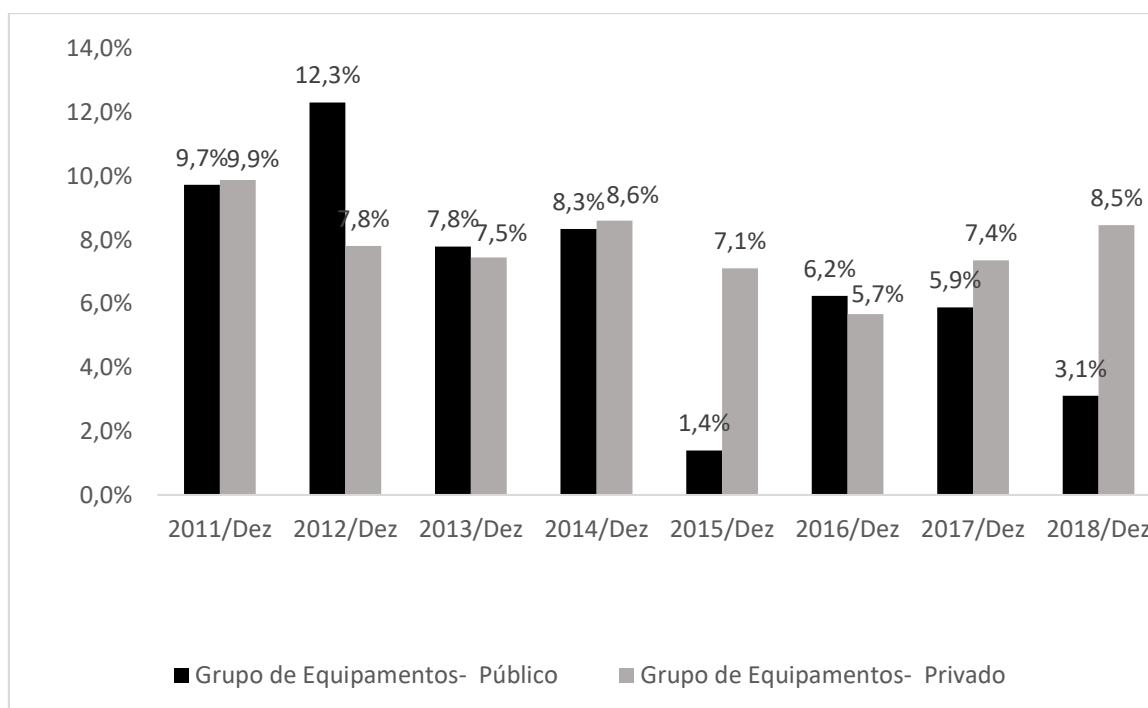
Fonte: CNES. Elaboração Própria

Tabela 3: Média anual de Equipamentos para Manutenção da Vida de saúde no Brasil.

Equipamentos para Manutenção da Vida		
Ano	Público	Privado
2010	137.213	246.902
2011	153.665	263.981
2012	176.317	281.908
2013	193.907	298.777
2014	212.730	318.720
2015	227.039	338.802
2016	228.545	365.190
2017	242.227	387.637
2018	258.697	417.356

Fonte: CNES. Elaboração Própria

O Gráfico 4 mostra que na análise geral do grupo equipamentos, o crescimento dos equipamentos totais no setor público foi superior ao privado em 2012, 2013 e 2016. As maiores diferenças entre o público e o privado ocorreram em 2015 e 2018.

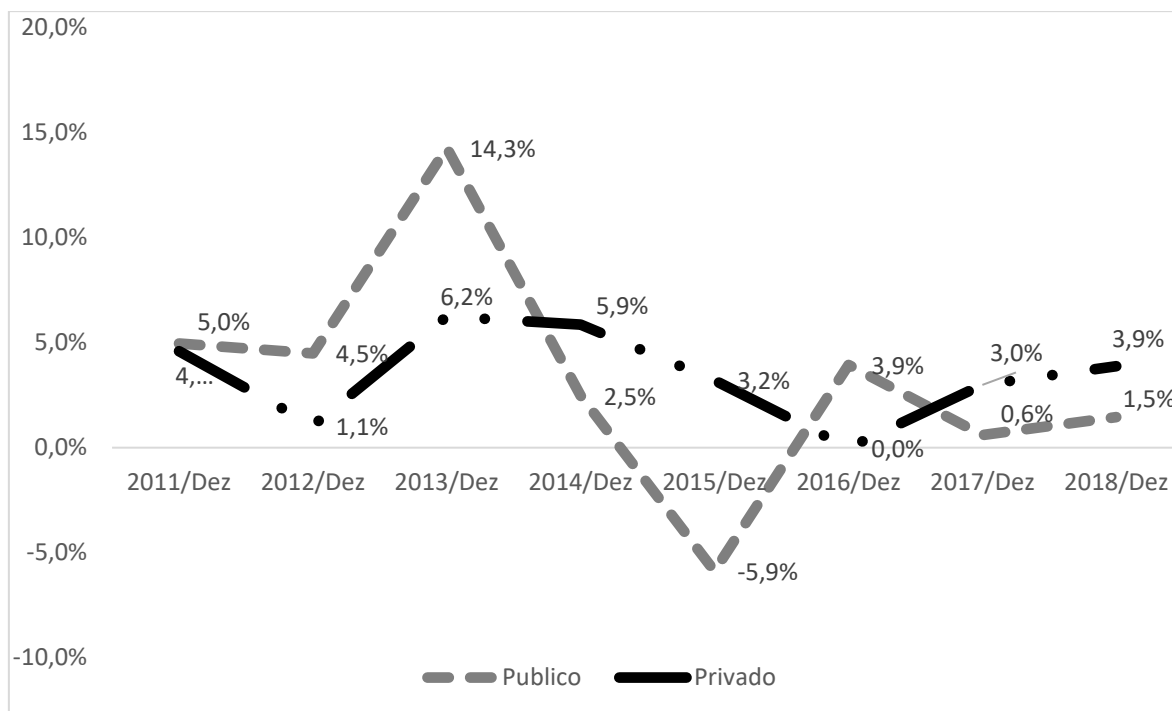
Gráfico 4: Variação no número de grupo de equipamentos no Brasil.

Fonte: CNES. Elaboração Própria

No entanto, é importante lembrar que o SUS, às vezes, paga para utilizar aparelhos e leitos de hospitais privados. Portanto, a análise deve ser feita considerando essa especificidade.

Leitos Complementares

A evolução no número de leitos complementares (UTI e UCI) também possibilita dimensionar a evolução da capacidade física do setor saúde na esfera pública e privada. O Gráfico 5 mostra que até 2013, o crescimento dos leitos públicos foi superior ao privado. Já em 2015, o número de leitos complementares no setor público caiu 5,9% enquanto o setor privado aumentou 3,2%. A partir de 2017, nota-se um crescimento superior do setor privado. A Tabela 6 mostra a média do número de leitos no ano. Os leitos públicos correspondem, em média, durante o período analisado, a 37,4% da oferta total enquanto os privados equivalem a 62,6%.

Gráfico 5: Variação no número de leitos complementares no Brasil.

Fonte: CNES. Elaboração Própria.

Tabela 6: Média anual de leitos complementares de saúde no Brasil.

Ano	LC Públicos	LC Privados
2010	16.024	27.635
2011	16.746	28.958
2012	17.637	29.682
2013	20.049	31.395
2014	20.699	32.734
2015	20.641	33.183
2016	20.056	34.500
2017	20.492	35.499
2018	21.103	36.627

Fonte: CNES. Elaboração Própria.

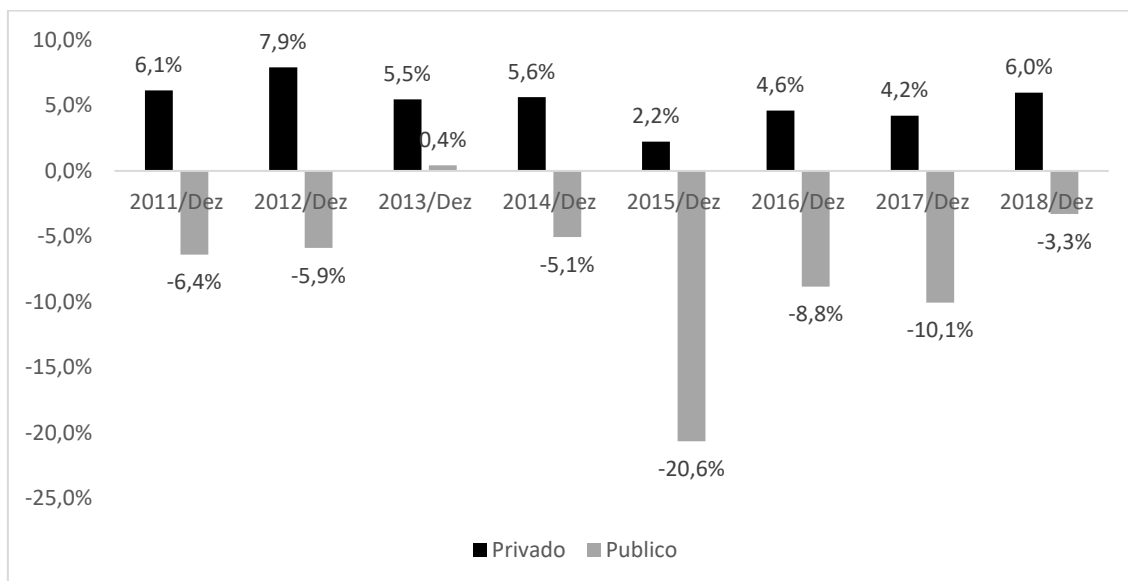
Estabelecimentos de Saúde

A análise dos estabelecimentos de saúde separou os hospitais e consultórios dos demais estabelecimentos, conforme mencionado na metodologia. Como era esperado, o número de consultórios na rede privada de saúde é superior ao da rede pública (ver Tabela 7).

Tabela 7: Média anual de consultórios de saúde no Brasil.

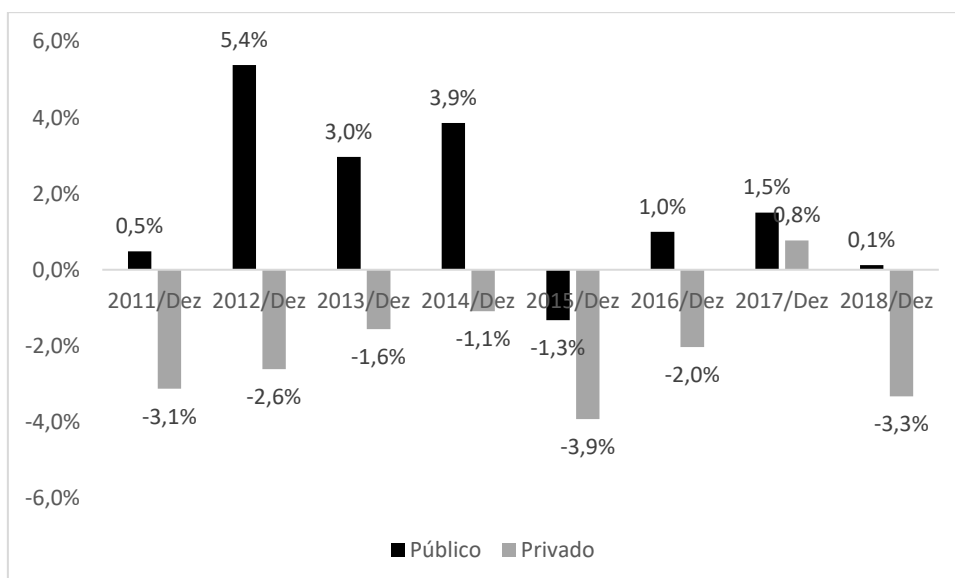
Consultórios	Público	Privado
2010	1.890	104.368
2011	1.768	111.527
2012	1.600	117.920
2013	1.616	126.691
2014	1.572	133.795
2015	1.310	137.666
2016	1.166	143.824
2017	1.068	149.359
2018	973	157.906

Fonte: CNES. Elaboração Própria

Gráfico 6: Variação no número de consultórios no Brasil.

Fonte: CNES. Elaboração Própria

O Gráfico 7 mostra a variação da oferta de hospitais no setor público e privado entre 2010 e 2018. A variação na quantidade de hospitais privados foi negativa em todos os anos, ao contrário da esfera pública. Analisando a média anual da quantidade de hospitais, na Tabela 8, observa-se uma tendência de queda na esfera privada.

Gráfico 7: Variação no número de hospitais no Brasil.

Fonte: CNES. Elaboração Própria

Tabela 8: Média anual de hospitais no Brasil.

Hospital		
Ano	Esfera Pública	Esfera Privada
2010	2.046	4.363
2011	2.072	4.270
2012	2.135	4.156
2013	2.214	4.067
2014	2.307	4.010
2015	2.323	3.818
2016	2.319	3.791
2017	2.357	3.794
2018	2.376	3.750

Fonte: CNES. Elaboração Própria

Os motivos para essa queda podem ser explicados pelas fusões e aquisições do setor privado de saúde nos últimos anos, mas também pelo fechamento de hospitais de pequeno e médio porte e o crescimento de redes hospitalares maiores.

Tabela 9: Média anual de Estabelecimento, segundo esfera pública, no Brasil

Esfera Pública	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospital	2.046	2.072	2.135	2.214	2.307	2.323	2.319	2.357	2.376
Unidade de cuidados domiciliares	0	0	0	0	3	5	9	13	18
Unidade de teleatendimento	0	0	10	36	51	60	64	66	66
Consultório isolado	1.890	1.768	1.600	1.616	1.572	1.310	1.166	1.068	973
Unidade de Atenção Primária	41.584	42.191	43.578	44.824	46.817	47.323	48.413	49.201	50.323
Unidade de urgência e emergência	659	790	1.085	1.207	1.298	1.325	1.411	1.499	1.575
Unidades de Atenção especializada	5.163	5.413	5.692	5.852	6.273	6.517	6.676	6.875	7.129
Unidade de Atenção especializada psicossocial	1.707	1.855	2.031	2.211	2.442	2.642	2.747	2.847	2.959
Unidade móvel	1.042	1.113	2.475	3.499	4.173	4.359	4.454	4.520	4.622
Unidade de Apoio a diagnóstico e terapêutico	1.196	1.308	1.399	1.540	1.731	1.775	1.833	1.897	1.984
Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde	2.147	1.735	1.607	1.706	1.868	1.926	2.020	2.195	2.348
Farmácia	463	555	713	911	1.115	1.310	1.542	1.750	1.959
Unidade de Gestão e Apoio Logístico	3.625	5.216	5.731	6.120	6.398	6.520	6.763	6.960	7.256
TOTAL	61.522	64.017	68.056	71.735	76.047	77.393	79.418	81.248	83.586

Fonte: CNES. Elaboração Própria

Tabela 10: Média anual de Estabelecimento, segundo esfera privada, no Brasil

Esfera Privada	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospital	4.363	4.270	4.156	4.067	4.010	3.818	3.791	3.794	3.750
Unidade de cuidados domiciliares	0	0	28	126	214	298	399	519	682
Unidade de teleatendimento	0	0	1	2	3	4	4	3	5
Consultório isolado	104.368	111.527	117.920	126.691	133.795	137.666	143.824	149.359	157.906
Unidade de Atenção Primária	546	537	534	669	642	470	369	360	375
Unidade de urgência e emergência	182	203	217	245	251	215	217	216	236
Unidade de Atenção especializada	30.481	34.061	35.717	34.848	37.619	39.403	42.875	45.736	50.782
Unidade de Atenção especializada psicossocial	15	15	15	15	16	13	12	9	9
Unidade móvel	177	212	232	273	346	368	426	473	545
Unidade de Apoio a diagnóstico e terapêutico	15.386	16.292	17.222	18.475	19.608	19.622	20.363	21.363	22.917
Unidade de Vigilância e Prevenção em saúde	0	0	0	0	0	0	11	214	332
Farmácia	162	201	263	322	422	532	673	795	1.131
Unidade de Gestão e Apoio Logístico	264	278	293	314	342	389	418	550	680
TOTAL	155.942	167.595	176.597	186.047	197.268	202.796	213.381	223.391	239.350

Fonte: CNES. Elaboração Própria

ANEXOS**ANEXO 1 - LISTA DOS RESPONDENTES AO FORMULÁRIO**

1. Fernando Gaiger Silveira - IPEA
2. Ligia Bahia - UFRJ
3. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi - UFRJ
4. Eduardo Pedral Sampaio Fiuza - IPEA
5. Jose Alexandre Buso Weiler - Fundação Juquery
6. José Carvalho de Noronha - FIOCRUZ
7. Claudia Osório de Castro - FIOCRUZ
8. Rudi Rocha de Castro – FGV / IEPS
9. George Edward Machado Kornis – IMS/ UERJ
10. Carlos Octávio Ocké-Reis - IPEA
11. Maria Luiza Levi – Universidade Federal do ABC
12. Leonardo Athias – IBGE
13. Ricardo Montes de Moraes - IBGE
14. Jurandi Frutuoso - CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
15. *Rodrigo Mendes Leal* de Souza - BNDES
16. Vitor Paiva Pimental - BNDES
17. Carlos Henrique Lima e Silva – Secretária de Saúde do Estado do Acre
18. Eli Iola Gurgel Andrade - UFMG
19. Cezar Marães Cerqueira – Ministério da Saúde
20. Heitor Werneck - ANS
21. Sérgio Francisco Piola - IPEA
22. Carla Reis de Souza Neto – BNDES
23. Daniela Moulin Maciel de Vasconcelos – FIOCRUZ
24. Adriana Mendoza Ruiz – FIOCRUZ
25. Paula Spinola - University College London
26. Thiago Gonçalves Ferreira - IBGE
27. Rondineli Mendes da Silva - FIOCRUZ

ANEXO 2 - LISTA DE ENTREVISTADOS

1. Ana Cecilia Faveret - ANS
2. Andrea Bastos Guimarães – IBGE
3. André Cezar Medici – Banco Mundial
4. Fabiola Vieira - IPEA
5. Luciana Servo - IPEA
6. Maria Angélica Borges dos Santos - FIOCRUZ
7. Rebeca Palis - IBGE
8. Ricardo Moraes - IBGE
9. Sérgio Francisco Piola – IPEA

ANEXO 3- DESCRIÇÃO DAS BASES DE DADOS

Pesquisa de Assistência Médico - Sanitária (AMS)

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), divulgada eventualmente pelo IBGE, fornece um panorama da “capacidade instalada e da oferta de serviços de saúde, tendo como unidade de investigação o estabelecimento de saúde que presta assistência à saúde individual ou coletiva, público ou privado, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação” (IBGE, 2020).

A última pesquisa teve como referência o ano de 2009²²⁰ e publicou informações sobre o número de estabelecimentos de saúde no Brasil, de acordo com as esferas administrativas, agente financiador (público e privado), tipo de atendimento e serviços oferecidos (ambulatorial, internação, exames e procedimentos terapêuticos), além de disponibilizar informações sobre números de leitos, pessoal ocupado e equipamentos médico-hospitalares em condições de uso.

O universo da pesquisa abrange todos os estabelecimentos de saúde do país que prestam assistência à saúde individual ou coletiva (postos ou centros de saúde, clínicas, pronto-socorro, hospitais, laboratórios de análises clínicas, unidades de complementação diagnóstica e/ou terapêutica e outros). No entanto, a pesquisa não cobre clínicas de profissionais de saúde autônomos e estabelecimentos com clientela restrita (enfermeira na escola, por exemplo). É uma pesquisa censitária realizada através de questionários com entrevistas presenciais ou pela internet.

Em dezembro de 2019, foi assinado um convênio com o Ministério da Saúde para que uma nova pesquisa fosse a campo em 2020. Segundo a agência de notícias do IBGE²²¹, a Pesquisa ainda não tem data para divulgação. Haverá uma atualização do cadastro dos estabelecimentos. Em 2022, serão levantados os estabelecimentos com internação e em 2023 os estabelecimentos sem internação.

²²⁰ A primeira publicação ocorreu em 1948. Ocorrência(s): 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1992, 1999, 2002, 2005, 2009

²²¹ <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27124-ibge-conclui-coleta-da-pns-e-preve-novas-pesquisas-de-saude>

Pesquisa Industrial Anual – PIA

A Pesquisa Industrial Anual – Empresa (PIA-Empresa) e a Pesquisa Industrial Anual – Produto (PIA-Produto) fazem parte do Programa Anual das Pesquisas Estruturais por Empresa do IBGE e têm como objetivo identificar as estruturas básicas das atividades industriais do país, disponibilizando dados sobre pessoal ocupado, salários, custos e despesas, receitas, valor da produção e valor da transformação industrial. As pesquisas servem como base para as estimativas macroeconômicas do Sistema de Contas Nacionais - SCN.

A unidade de investigação da PIA-Produto é a unidade local de produção industrial das empresas industriais, ou seja, é um espaço físico onde as atividades econômicas são desenvolvidas. Seguindo a classificação da CNAE 2.0 e da Lista de Produtos da Indústria - PRODLIST-Indústria¹, a pesquisa abrange as atividades das Indústrias extrativas e das Indústrias de transformação. A publicação disponibiliza informações sobre produção e vendas dos produtos e serviços industriais, segundo as classes de atividades e a descrição dos produtos.

Já a PIA empresa investiga a estrutura das empresas na atividade industrial do país. A unidade de investigação²²² é a empresa que é classificada de acordo com a definição de unidade institucional. Essa definição segue a metodologia do Sistema de Contas Nacionais, ou seja, caracteriza-se de acordo com seu comportamento, objetivo e função econômica (IBGE, 2018). A pesquisa inclui empresas ativas no Cadastro Central de Empresas - CEMPRE do e integrantes das CNAES 2.0 nas seções B ou C (Indústrias extrativas ou Indústrias de transformação, respectivamente).

Segundo nota metodológica do IBGE (2018), “a PIA-Empresa prioriza o levantamento de informações econômico-financeiras voltadas a subsidiar o Sistema de Contas Nacionais - SCN nas estimativas de valor bruto da produção, consumo intermediário e composição do valor adicionado, formação de capital e pessoal ocupado do segmento empresarial da atividade industrial” (p.8).

Além informar sobre as receitas, despesas, custos operacionais, salários e ocupações, a PIA empresa disponibiliza variáveis de investimento: aquisições e melhorias, ou seja, recursos utilizados para aquisição de bens de capital e despesas com benfeitorias visando aumentar a

²²² O IBGE define a unidade local como sendo o espaço físico no qual uma ou mais atividades econômicas são desenvolvidas, correspondendo a um endereço de atuação da empresa ou a um sufixo de CNPJ.

vida útil desses bens e as baixas, variável que se refere ao valor residual dos bens (custos de aquisição com correção monetária deduzindo a depreciação).

A base para a amostra da PIA-Empresa é o Cadastro Central de Empresas – CEMPRE que, por sua vez, é atualizado a partir das pesquisas estruturais por empresas do IBGE e dos registros administrativos do Ministério do Trabalho (RAIS e CAGED). A seleção amostral da PIA-Produto é baseada no estrato certo da PIA-Empresa. Portanto, o grupo de empresas da PIA – produto abarca o censo das empresas industriais brasileiras que possuem 30 ou mais pessoas ocupadas segundo o CEMPRE.

Pesquisa Anual da Indústria da Construção - PAIC

A Pesquisa Anual da Indústria da Construção – PAIC também faz parte do Programa Anual das Pesquisas Estruturais do IBGE. Seu objetivo é apresentar as características estruturais básicas do setor de construção no Brasil. A pesquisa reúne informações econômico-financeiras das empresas da construção no País.

As principais variáveis averiguadas são: pessoal ocupado; salários e remunerações; receita (bruta, líquida e outras); gastos com pessoal; custo das obras e/ou serviços da construção; custos de incorporação de imóveis construídos por terceiros; aquisições, melhorias e baixas de ativos tangíveis realizadas no ano; insumos; valor das incorporações, das obras e/ou serviços da construção; tipos de obras e serviços da construção por cliente contratante (público e privado) ; valor adicionado; consumo intermediário; valor bruto de produção.

Assim como na PIA, o Cadastro Central de Empresas - CEMPRE do IBGE é a referência para o plano amostral da PAIC.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

As despesas com investimento em saúde, de acordo com as esferas administrativas (União, Estados e Municípios), estão disponibilizadas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. O SIOPS²²³ é um banco de dados do Ministério da Saúde que disponibiliza informações sobre gastos e financiamento da saúde pública no Brasil.

²²³ <http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>

<http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>

O sistema tem como objetivo monitorar o cumprimento do dispositivo constitucional que determina a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS)²²⁴. A cada bimestre, os Municípios e Estados declaram o montante de gastos públicos em saúde. Caso o gestor do SUS não informe os dados no sistema, as transferências constitucionais para o financiamento das ASPS podem ser interrompidas. (Ministério da Saúde, 2019).

No site, é possível consultar os valores das despesas declaradas pelos entes federativos²²⁵ (União, Estados, Distrito Federal, e Municípios) no ano (6º bimestre informa o resultado anual). A partir dos dados alimentados no sistema pelo gestor do SUS, calcula-se de forma automática o percentual de recursos aplicado em ações e serviços públicos em saúde.

As discussões sobre a necessidade de um sistema de informações sobre gastos públicos com saúde pelas três esferas do governo tiveram início na década de 1990. A Portaria Interministerial MS/PGR nº 529, publicada em 1999, estabeleceu uma equipe para desenvolver o projeto do SIOPS. Em outubro de 2000, o SIOPS foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde a partir da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163. Atualmente, ele é coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

As informações sobre receitas e despesas disponibilizadas pelo SIOPS permitem que o gestor tenha ferramentas para discutir o financiamento e o planejamento de políticas de saúde pública, além de promover a transparência dos gastos públicos com saúde (Teixeira, 2003).

Escrituração Contábil Fiscal - ECF

As fichas da Escrituração Contábil Fiscal (ECF) substituíram a Declaração de Informações Econômico-Fiscais da Pessoa Jurídica (DIPJ) desde 2014. A DIPJ²²⁶ era parte das declarações, demonstrativos e documentos apresentados anualmente à Receita Federal do Brasil. Relevante às estimativas de FBCF, a declaração do balanço patrimonial, costumava ser

²²⁴ Ver Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012

²²⁵ A partir do exercício 2013, em decorrência da publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), o registro de dados passa a ser obrigatório, inclusive para a União.

²²⁶ Ver fichas em <https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/estudos-e-estatisticas/principais-fichas-dipj>

preenchida nas fichas 36, que informava os estoques de ativos fixos da empresa no ano corrente e no ano anterior. As fichas 36, diferenciadas em A, B, C, D ou E eram preenchidas, entre outros critérios, segundo o regime de tributação do declarante (lucro real, imunes e isentas). Em 2010, por exemplo, as Empresas não financeiras no regime de tributação de lucro real preencheram a ficha 36A ou 36E.

As fichas analisadas foram os balanços patrimoniais e as contas de resultado (receitas e despesas de uma empresa durante um período: L100A - Plano de Contas Referencial - Contas Patrimoniais - PJ do Lucro Real - PJ em Geral; P100A - Plano de Contas Referencial - Contas Patrimoniais - PJ do Lucro Presumido - PJ em Geral; L210 - Informativo de Composição de Custos; U100A - Plano de Contas Referencial - Contas Patrimoniais - Imunes e Isentas - PJ em Geral; L300A - Plano de Contas Referencial - Contas de Resultado - PJ do Lucro Real - PJ em Geral; P150A - Plano de Contas Referencial - Contas de Resultado - PJ do Lucro Presumido - PJ em Geral; U150A - Plano de Contas Referencial - Contas de Resultado - Imunes e Isentas - PJ em Geral

Estatísticas de Comércio Exterior - SECEX

Os dados estatísticos do comércio exterior brasileiro de bens (exportação e importação), são coletados, analisados, sistematizados e disseminados pela Secretaria de Comércio Exterior (SECEX)²²⁷, órgão vinculado ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. O site disponibiliza as informações sobre exportação e importação por código NCM - Nomenclatura Comum do Mercosul. As operações de importação são contabilizadas quando a mercadoria é desembarçada no país. O valor FOB US\$ mostra o preço da mercadoria em dólares americanos sob os termos internacionais de comércio - Incoterm FOB (Free on Board), ou seja, o vendedor é responsável por embarcar a mercadoria enquanto o comprador assume o pagamento do frete, seguros e demais custos após o embarque.

²²⁷ <http://www.mdic.gov.br/comercio-exterior/estatisticas-de-comercio-exterior/>

ANEXO 4: PROCEDIMENTOS SEGUNDO PRODUÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS - BRASIL
0101 Ações coletivas/individuais em saúde
0102 Vigilância em saúde
0201 Coleta de material
0202 Diagnóstico em laboratório clínico
0203 Diagnóstico por anatomia patológica e Citopatologia
0204 Diagnóstico por radiologia
0205 Diagnóstico por ultrassonografia
0206 Diagnóstico por tomografia
0207 Diagnóstico por ressonância magnética
0208 Diagnóstico por medicina nuclear in vivo
0209 Diagnóstico por endoscopia
0210 Diagnóstico por radiologia intervencionista
0211 Métodos diagnósticos em especialidades
0212 Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia
0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental
0214 Diagnóstico por teste rápido
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
0302 Fisioterapia
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)
0304 Tratamento em oncologia
0305 Tratamento em nefrologia
0306 Hemoterapia
0307 Tratamentos odontológicos
0309 Terapias especializadas
0310 Parto e nascimento
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
0405 Cirurgia do aparelho da visão
0406 Cirurgia do aparelho circulatório
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular

0409 Cirurgia do aparelho geniturinário
0410 Cirurgia de mama
0411 Cirurgia obstétrica
0412 Cirurgia torácica
0413 Cirurgia reparadora
0414 Bucomaxilofacial
0415 Outras cirurgias
0417 Anestesiologia
0418 Cirurgia em nefrologia
0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante
0504 Processamento de tecidos para transplante
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante
0604 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico
0801 Ações relacionadas ao estabelecimento
0803 Autorização / Regulação

Fonte: DATASUS

PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS
0201 Coleta de material
0209 Diagnóstico por endoscopia
0211 Métodos diagnósticos em especialidades
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)
0304 Tratamento em oncologia
0305 Tratamento em nefrologia
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas
0310 Parto e nascimento
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço
0405 Cirurgia do aparelho da visão
0406 Cirurgia do aparelho circulatório
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário
0410 Cirurgia de mama
0411 Cirurgia obstétrica
0412 Cirurgia torácica
0413 Cirurgia reparadora
0414 Bucomaxilofacial
0415 Outras cirurgias
0416 Cirurgia em oncologia
0501 Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante
0504 Processamento de tecidos para transplante
0505 Transplante de órgãos, tecidos e células
0506 Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante

Fonte: DATASUS

ANEXO 5- PIA EMPRESA POR CNAE (SAÚDE)

As Tabelas a seguir mostram as informações sobre aquisições e baixas da PIA Empresa para as CNAES de Saúde (21. Fabricação de produtos farmoquímicos e farmacêuticos e 32.5 Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos).

Tabela 1: Aquisições e baixas do ativo imobilizado das empresas industriais segundo CNAE

Atividade por CNAE 2.0	Ano	Ativo imobilizado - aquisições - valor (Mil Reais)	Ativo imobilizado - baixas - valor (Mil Reais)	Aquisições - Baixas
21.1 Fabricação de produtos farmoquímicos	2010	57.199	4.350	52.849
	2011	40.835	4.384	36.451
	2012	28.723	2.174	26.549
	2013	24.576	5.407	19.169
	2014	31.210	23.161	8.049
	2015	46.729	5.392	41.337
	2016	66.388	2.268	64.120
	2017	28.679	8.206	20.473
	2018	53.877	18.490	35.387
21.2 Fabricação de produtos farmacêuticos	2010	1.237.123	265.698	971.425
	2011	1.499.560	269.045	1.230.515
	2012	1.561.249	479.321	1.081.928
	2013	1.752.702	341.456	1.411.246
	2014	2.380.378	665.534	1.714.844
	2015	2.481.796	853.886	1.627.910
	2016	2.447.269	955.461	1.491.808
	2017	2.197.364	1.258.916	938.448
	2018	2.901.297	466.874	2.434.423

Fonte: IBGE. Elaboração Própria

Tabela 2: Aquisições e baixas do ativo imobilizado das empresas industriais segundo CNAE (continuação)

Atividade por CNAE 2.0	Ano	Ativo imobilizado - aquisições - valor (Mil Reais)	Ativo imobilizado - baixas - valor (Mil Reais)	Aquisições - Baixas
32.5 Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos	2010	325.456	39.137	286.319
	2011	260.082	204.686	55.396
	2012	331.270	96.694	234.576
	2013	307.287	37.702	269.585
	2014	587.967	61.784	526.183
	2015	478.061	86.451	391.610
	2016	336.138	75.307	260.831
	2017	568.474	160.116	408.358
	2018	720.042	217.141	502.901

Fonte: IBGE. Elaboração Própria

A Tabela 3 mostra as aquisições e baixas do código CNAE 26.6 entre 2010 e 2019, segundo dados da PIA empresa.

Tabela 3: Aquisições e baixas do ativo imobilizado das empresas industriais

Atividade por CNAE 2.0	Ano	Ativo imobilizado - aquisições - valor (Mil Reais)	Ativo imobilizado - baixas - valor (Mil Reais)	Aquisições - Baixas
26.6 Fabricação de aparelhos eletromédicos e eletro-terapêuticos e equipamentos de irradiação	2010	14.861	1.855	13.006
	2011	30.978	3.948	27.030
	2012	49.725	8.343	41.382
	2013	29.557	5.189	24.368
	2014	28.250	77.522	-49.272
	2015	23.959	2.109	21.850
	2016	42.789	13.603	29.186
	2017	44.012	48.401	-4.389
	2018	54.537	12.646	41.891

Fonte: PIA Empresa

ANEXO 6- CLASSIFICAÇÃO POR NATUREZA DE DESPESA

Agrupamento de 08 dígitos composto pela combinação da classificação da despesa por categoria econômica (1º dígito), grupo de natureza da despesa (2º dígito), modalidade de aplicação (3º e 4º dígitos) e elemento de despesa (5º e 6º dígitos). Natureza de despesa se refere a elementos de uma despesa que apresentam características similares em relação ao objeto do gasto.

Código	Descrição
3.0.00.00.00.00	DESPESAS CORRENTES
3.1.00.00.00.00	PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS
3.1.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal
3.1.35.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.1.36.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.1.45.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 -RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.1.46.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.1.70.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais
3.1.71.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio
3.1.73.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
3.1.74.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
3.1.75.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.1.76.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.1.90.00.00.00	Aplicações Diretas
3.1.90.01.00.00	Aposentadorias do RPPS, Reserva Remunerada e Reforma dos Militares
3.1.90.03.00.00	Pensões do RPPS e do Militar
3.1.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado
3.1.90.04.01.00	Salário Contrato Temporário

Código	Descrição
3.1.90.04.01.01	Contratação por Tempo Determinado do Programa Saúde Família - PSF
3.1.90.04.01.02	Contratação por Tempo Determinado do Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS
3.1.90.04.01.99	Outras Despesas com Salários Contrato Temporário
3.1.90.04.99.00	Outras Despesas com Salários Contrato Temporário
3.1.90.05.00.00	Outros Benefícios Previdenciários do Servidor ou do Militar
3.1.90.07.00.00	Contribuição a Entidades Fechadas de Previdência
3.1.90.11.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
3.1.90.11.01.00	Vencimentos e Salários
3.1.90.11.01.02	Vencimentos e Salários - Pessoal Ativo do PSF
3.1.90.11.01.03	Vencimentos e Salários - Pessoal Ativo do - PACS
3.1.90.11.01.99	Outras Despesas com Vencimentos e Salários
3.1.90.11.99.00	Outras Despesas com Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
3.1.90.12.00.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Militar
3.1.90.13.00.00	Obrigações Patronais
3.1.90.16.00.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil
3.1.90.16.81.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Ativo do PSF
3.1.90.16.82.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Ativo do PACS
3.1.90.16.99.00	Demais Despesas Variáveis - Pessoal Civil
3.1.90.17.00.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Militar
3.1.90.91.00.00	Sentenças Judiciais
3.1.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores
3.1.90.92.01.00	Aposentadorias, Reserva Remunerada e Reformas dos Militares
3.1.90.92.03.00	Pensões do RPPS e do Militar
3.1.90.92.04.00	Contratação por Tempo Determinado
3.1.90.92.05.00	Outros Benefícios Previdenciários do Servidor ou do Militar
3.1.90.92.07.00	Contribuição a Entidades Fechadas de Previdência
3.1.90.92.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil
3.1.90.92.12.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Militar
3.1.90.92.13.00	Obrigações Patronais
3.1.90.92.16.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil
3.1.90.92.17.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Militar

Código	Descrição
3.1.90.92.91.00	Sentenças Judiciais
3.1.90.92.94.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas
3.1.90.92.96.00	Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado
3.1.90.92.99.00	Outras Despesas de Exercícios Anteriores
3.1.90.94.00.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas
3.1.90.94.01.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas - Ativo Civil
3.1.90.94.02.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas - Ativo Militar
3.1.90.94.03.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas - Inativo Civil
3.1.90.94.04.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas - Inativo Militar
3.1.90.94.06.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas - Pensionista Militar
3.1.90.94.13.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas - Pensionista Civil
3.1.90.94.99.00	Diversas Indenizações Trabalhistas
3.1.90.96.00.00	Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado
3.1.90.99.00.00	A classificar
3.1.91.00.00.00	Aplicações Diretas Decorrentes de Operação entre Órgãos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social
3.1.91.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado
3.1.91.13.00.00	Obrigações Patronais
3.1.91.91.00.00	Sentenças Judiciais
3.1.91.94.00.00	Indenizações e Restituições Trabalhistas
3.1.91.96.00.00	Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado
3.1.91.99.00.00	A classificar
3.1.95.00.00.00	Aplicação Direta à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.1.96.00.00.00	Aplicação Direta à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.1.99.00.00.00	A definir
3.2.00.00.00.00	JUROS E ENCARGOS DA DÍVIDA
3.2.71.00.00.00	Juros e Encargos da Dívida de Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio
3.2.73.00.00.00	Juros e Encargos da Dívida de Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

3.2.74.00.00.00	Juros e Encargos da Dívida de Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
3.2.90.00.00.00	Aplicações Diretas
3.2.95.00.00.00	Aplicação Direta à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.2.96.00.00.00	Aplicação Direta à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.2.99.00.00.00	A Definir
3.3.00.00.00.00	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
3.3.20.00.00.00	Transferências à União
3.3.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal
3.3.30.30.00.00	Material de Consumo
3.3.30.30.01.00	Para Aquisição de Medicamentos
3.3.30.30.99.00	Outros Materiais de Consumo
3.3.30.99.00.00	Outras Transferências a Estados e ao Distrito Federal
3.3.31.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo (SUS)
3.3.32.00.00.00	Execução Orçamentária Delegada a Estados e ao Distrito Federal
3.3.35.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.3.36.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.3.40.00.00.00	Transferências a Municípios
3.3.40.30.00.00	Material de consumo
3.3.40.30.01.00	para Aquisição de Medicamentos
3.3.40.30.99.00	Outros Materiais de Consumo
3.3.40.41.00.00	Contribuições
3.3.40.91.00.00	Sentenças Judiciais
3.3.40.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores
3.3.40.93.00.00	Indenizações e Restituições
3.3.40.99.00.00	A classificar
3.3.41.00.00.00	Transferências a Municípios - Fundo a Fundo (SUS)
3.3.41.41.00.00	Contribuições
3.3.41.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores

3.3.41.99.00.00	A classificar
3.3.42.00.00.00	Execução Orçamentária Delegada a Municípios
3.3.45.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.3.46.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.3.50.00.00.00	Transferências a Instituições Privadas sem Fins lucrativos
3.3.50.39.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
3.3.50.39.36.00	Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratoriais (SIA/SIH)
3.3.50.39.36.01	Serviços Prestados em Unidades Hospitalares
3.3.50.39.36.02	Serviços Prestados em Unidades Ambulatoriais
3.3.50.39.36.03	Serviços Prestados na Atenção Básica (PSF)
3.3.50.39.36.99	Outros Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratorial
3.3.50.39.50.00	Serviços de Assistência a Saúde
3.3.50.41.00.00	Contribuições
3.3.50.43.00.00	Subvenções Sociais
3.3.50.99.00.00	A classificar
3.3.60.00.00.00	Transferências a Instituições Privadas com Fins Lucrativos
3.3.70.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais
3.3.71.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos Mediante Contrato de Rateio
3.3.72.00.00.00	Execução Orçamentária Delegada a Consórcios Públicos
3.3.73.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
3.3.74.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
3.3.75.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.3.76.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.3.90.00.00.00	Aplicações Diretas
3.3.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado
3.3.90.04.01.00	Salário Contrato Temporário
3.3.90.04.01.01	Contratação por Tempo Determinado Estratégia Saúde da Família - ESF

3.3.90.04.01.02	Contratação Tempo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS
3.3.90.04.01.99	Outras Despesas com Salário Contrato Temporário
3.3.90.04.99.00	Outras Vantagens - Contrato Temporário
3.3.90.08.00.00	Outros Benefícios Assistenciais do Servidor e do Militar
3.3.90.14.00.00	Diárias - Civil
3.3.90.15.00.00	Diárias - Militar
3.3.90.18.00.00	Auxílio Financeiro a Estudantes (Bolsas de Estudo)
3.3.90.19.00.00	Auxílio-Fardamento
3.3.90.20.00.00	Auxílio Financeiro a Pesquisadores
3.3.90.30.00.00	Material de Consumo
3.3.90.30.01.00	Combustíveis e Lubrificantes Automotivos
3.3.90.30.09.00	Material Farmacológico
3.3.90.30.09.01	Medicamentos usados em unidades de saúde
3.3.90.30.09.02	Medicamentos distribuídos para uso domiciliar
3.3.90.30.10.00	Material Odontológico
3.3.90.30.11.00	Material Químico
3.3.90.30.16.00	Material de Expediente
3.3.90.30.17.00	Material de Processamento de Dados
3.3.90.30.20.00	Material de Cama, Mesa, Banho
3.3.90.30.21.00	Material de Limpeza e Produção de Higienização
3.3.90.30.23.00	Material de Uniformes, Tecidos e Aviamentos
3.3.90.30.28.00	Material de Proteção e Segurança
3.3.90.30.35.00	Material Laboratorial
3.3.90.30.36.00	Material Médico Hospitalar
3.3.90.30.36.01	Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)
3.3.90.30.36.02	Outros Materiais Médico Hospitalar
3.3.90.30.39.00	Material para Manutenção de Veículos
3.3.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo
3.3.90.31.00.00	Premiações Culturais, Artísticas, Científicas, Desportivas e Outras
3.3.90.32.00.00	Material, bem ou serviço para distribuição gratuita
3.3.90.33.00.00	Passagens e Despesas com Locomoção
3.3.90.34.00.00	Outras Despesas de Pessoal Decorrentes de Contratos de Terceirização
3.3.90.34.01.00	Demais Despesas de Pessoal Contratos de Terceirização

3.3.90.34.02.00	Outras Despesas de Pessoal Contratos Terceirização - PSF
3.3.90.34.03.00	Outras Despesas de Pessoal Contratos Terceirização - PACS
3.3.90.35.00.00	Serviços de Consultoria
3.3.90.36.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
3.3.90.36.08.00	Residência Médica
3.3.90.36.30.00	Serviços Médicos e Odontológicos
3.3.90.36.30.02	Serviços de Terceiros - Pessoa Física - PSF
3.3.90.36.30.03	Serviços de Terceiros - Pessoa Física - PACS
3.3.90.36.99.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
3.3.90.37.00.00	Locação de Mão-de-Obra
3.3.90.38.00.00	Arrendamento Mercantil
3.3.90.39.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
3.3.90.39.17.00	Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos
3.3.90.39.43.00	Serviços de Energia Elétrica
3.3.90.39.44.00	Serviços de Água e Esgoto
3.3.90.39.47.00	Serviços de Comunicação em Geral
3.3.90.39.50.00	Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratoriais (SIA/SIH)
3.3.90.39.50.01	Serviços Prestados em Unidades Hospitalares
3.3.90.39.50.02	Serviços Prestados em Unidades Ambulatoriais
3.3.90.39.50.03	Serviços Prestados na Atenção Básica (PSF)
3.3.90.39.50.99	Outros Serviços Médico-Hospitalar, Odontológico e Laboratorial
3.3.90.39.99.00	Outros Serviços de Terceiros-Pessoa Jurídica
3.3.90.39.99.01	Serviços de Terceiros do PACS
3.3.90.39.99.02	Serviços de Terceiros do PSF
3.3.90.39.99.99	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
3.3.90.41.00.00	Contribuições
3.3.90.46.00.00	Auxílio Alimentação
3.3.90.47.00.00	Obrigações Tributárias e Contributivas
3.3.90.48.00.00	Outros Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas
3.3.90.48.06.00	Residência Médica
3.3.90.48.07.00	Residência Multiprofissional em Saúde
3.3.90.48.99.00	Demais Auxílios Financeiros a Pessoas Físicas
3.3.90.49.00.00	Auxílio Transporte

3.3.90.67.00.00	Depósitos Compulsórios
3.3.90.83.00.00	Despesas Decorrentes de Contrato de PPP, exceto Subvenções Econômicas e Aporte
3.3.90.91.00.00	Sentenças Judiciais
3.3.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores
3.3.90.93.00.00	Indenizações e Restituições
3.3.90.95.00.00	Indenização pela Execução de Trabalho de Campo
3.3.90.96.00.00	Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado
3.3.90.99.00.00	A classificar
3.3.91.00.00.00	Aplicações Diretas Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social
3.3.91.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado
3.3.91.30.00.00	Material de Consumo
3.3.91.30.09.00	Material Farmacológico
3.3.91.30.10.00	Material Odontológico
3.3.91.30.35.00	Material Laboratorial
3.3.91.30.36.00	Material Hospitalar
3.3.91.30.99.00	Outros Materiais de Consumo
3.3.91.32.00.00	Material, bem ou Serviço para Distribuição Gratuita
3.3.91.39.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
3.3.91.39.17.00	Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos
3.3.91.39.50.00	Serviços Médicos Hospitalares, Odontológicos e Laboratoriais
3.3.91.47.00.00	Obrigações Tributárias e Contributivas
3.3.91.91.00.00	Sentença Judiciais
3.3.91.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores
3.3.91.93.00.00	Indenizações e Restituições
3.3.91.96.00.00	Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado
3.3.91.97.00.00	Aporte para Cobertura do Déficit Atuarial do RPPS
3.3.91.99.00.00	A classificar
3.3.93.00.00.00	Aplicação Direta - Operações Intra-Orçamentarias com Consórcio Público do qual o Ente Participe
3.3.93.30.00.00	Material de consumo
3.3.93.32.00.00	Material, bem ou serviço para distribuição gratuita
3.3.93.39.00.00	Outros serviços de terceiros - PJ

3.3.94.00.00.00	Aplicação Direta - Operações Intra-Orçamentarias com Consórcio Público do qual o Ente Não Participe
3.3.94.30.00.00	Material de consumo
3.3.94.32.00.00	Material, bem ou serviço para distribuição gratuita
3.3.94.39.00.00	Outros serviços de terceiros - PJ
3.3.95.00.00.00	Aplicação Direta à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
3.3.96.00.00.00	Aplicação Direta à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
3.3.99.00.00.00	A Definir
4.0.00.00.00.00	DESPESAS DE CAPITAL
4.4.00.00.00.00	INVESTIMENTOS
4.4.20.00.00.00	Transferências à União
4.4.30.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal
4.4.31.00.00.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo (SUS)
4.4.35.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
4.4.36.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
4.4.40.00.00.00	Transferências a Municípios
4.4.41.00.00.00	Transferências a Municípios - Fundo a Fundo (SUS)
4.4.42.00.00.00	Execução Orçamentária Delegada a Municípios
4.4.45.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
4.4.46.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
4.4.50.00.00.00	Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos
4.4.70.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais
4.4.71.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos Mediante Contrato de Rateio
4.4.72.00.00.00	Execução Orçamentária Delegada a Consórcios Públicos
4.4.73.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos Mediante Contrato de Rateio à Conta de Recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

4.4.74.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos Mediante Contrato de Rateio à Conta de Recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
4.4.75.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
4.4.76.00.00.00	Transferências a Instituições Multigovernamentais à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
4.4.90.00.00.00	Aplicações Diretas
4.4.90.04.00.00	Contratação por Tempo Determinado
4.4.90.04.02.00	Serviços Eventuais de Agentes de Saúde
4.4.90.04.08.00	Serviços Eventuais de Médicos Residentes
4.4.90.14.00.00	Diárias - Civil
4.4.90.15.00.00	Diárias - Militar
4.4.90.17.00.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Militar
4.4.90.18.00.00	Auxílio Financeiro a Estudantes (Bolsas de Estudo)
4.4.90.20.00.00	Auxílio Financeiro a Pesquisadores (Bolsas de Estudo)
4.4.90.30.00.00	Material de Consumo
4.4.90.30.09.00	Material Farmacológico
4.4.90.30.10.00	Material Odontológico
4.4.90.30.35.00	Material Laboratorial
4.4.90.30.36.00	Material Hospitalar
4.4.90.30.99.00	Outros Materiais de Consumo
4.4.90.33.00.00	Passagens e Despesas com Locomoção
4.4.90.35.00.00	Serviços de Consultoria
4.4.90.36.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
4.4.90.36.30.00	Serviços Médicos e Odontológicos
4.4.90.36.99.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Física
4.4.90.39.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
4.4.90.47.00.00	Obrigações Tributárias e Contributivas
4.4.90.51.00.00	Obras e Instalações
4.4.90.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente
4.4.90.52.08.00	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar
4.4.90.52.99.00	Outros Equipamentos e Material Permanente
4.4.90.61.00.00	Aquisição de Imóveis

4.4.90.91.00.00	Sentenças Judiciais
4.4.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores
4.4.90.93.00.00	Indenizações e Restituições
4.4.90.99.00.00	A classificar
4.4.91.00.00.00	Aplicações Diretas Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social
4.4.91.39.00.00	Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica
4.4.91.51.00.00	Obras e Instalações
4.4.91.52.00.00	Equipamentos e Material Permanente
4.4.91.52.08.00	Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar
4.4.91.52.99.00	Outros Equipamentos e Material Permanente
4.4.91.91.00.00	Sentenças Judiciais
4.4.91.99.00.00	A classificar
4.4.95.00.00.00	Aplicação Direta à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
4.4.96.00.00.00	Aplicação Direta à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
4.4.99.00.00.00	A Definir
4.5.00.00.00.00	INVERSÕES FINANCEIRAS
4.5.20.00.00.00	Transferências à União
4.5.35.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
4.5.36.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
4.5.40.00.00.00	Transferências a Municípios
4.5.42.00.00.00	Execução Orçamentária Delegada a Municípios
4.5.45.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
4.5.46.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
4.5.70.00.00.00	Transferência Inst. Multigovernamentais Nacionais
4.5.71.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio

4.5.72.00.00.00	Execução Orçamentária Delegada a Consórcios Públicos
4.5.73.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
4.5.74.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
4.5.90.00.00.00	Aplicações Diretas
4.5.90.61.00.00	Aquisição de Imóveis
4.5.90.62.00.00	Aquisição de Produtos para Revenda
4.5.90.63.00.00	Aquisição de Títulos de Crédito
4.5.90.64.00.00	Aquisição de Títulos Representativos de Capital já integralizado
4.5.90.65.00.00	Constituição ou Aumento de Capital de Empresas
4.5.90.66.00.00	Concessão de Empréstimos e Financiamentos
4.5.90.67.00.00	Depósitos Compulsórios
4.5.90.82.00.00	Aporte de Recursos pelo Parceiro Público em Favor do Parceiro Privado Decorrente de Contrato de PPP
4.5.90.83.00.00	Despesas Decorrentes de Contrato de PPP, Exceto Subvenções Econômicas e Aporte
4.5.90.91.00.00	Sentenças Judiciais
4.5.90.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores
4.5.90.93.00.00	Indenizações e Restituições
4.5.90.99.00.00	Outras Aplicações Diretas
4.5.91.00.00.00	Aplicações Diretas Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social
4.5.91.61.00.00	Aquisição de Imóveis
4.5.91.91.00.00	Sentenças Judiciais
4.5.91.92.00.00	Despesas de Exercícios Anteriores
4.5.91.99.00.00	A classificar
4.5.99.00.00.00	A Definir
4.6.00.00.00.00	AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA
4.6.35.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS
4.6.36.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
4.6.45.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - RESTOS A PAGAR CANCELADOS

4.6.46.00.00.00	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 - DIFERENÇA DO MÍNIMO NÃO APLICADO EM EXERCÍCIOS ANTERIORES
4.6.71.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio
4.6.73.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012
4.6.74.00.00.00	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012
4.6.90.00.00.00	Aplicações Diretas
4.6.99.00.00.00	A Definir
ACDO000001	Total das Despesas com Saúde
ACDO000002	Total das Despesas com Saúde (Exceto Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio)
ACDO000003	(-) DESPESAS NÃO CONSIDERADAS PARA FINS DE APURAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO
ACDO000004	Inativos e pensionistas
ACDO000005	Despesa com assistência a saúde que não atende ao princípio de acesso universal
ACDO000006	Outras ações e serviços não computados
ACDO000007	Total das Despesas com Saúde Consideradas em ASPS

ANEXO 7: MODALIDADE DE APLICAÇÃO

20	Transferências à União
22	Execução Orçamentária Delegada à União
30	Transferências a Estados e ao Distrito Federal
31	Transferências a Estados e ao Distrito Federal - Fundo a Fundo
32	Execução Orçamentária Delegada a Estados e ao Distrito Federal
35	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar
36	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012
40	Transferências a Municípios
41	Transferências a Municípios - Fundo a Fundo
42	Execução Orçamentária Delegada a Municípios
45	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012
46	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012
50	Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos
60	Transferências a Instituições Privadas com Fins Lucrativos 67 Execução de Contrato de Parceria Público-Privada – PPP
67	Execução de Contrato de Parceria Público-Privada – PPP
70	Transferências a Instituições Multigovernamentais
71	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio
72	Execução Orçamentária Delegada a Consórcios Públicos
73	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012
74	Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012
75	Transferências a Instituições Multigovernamentais a conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012.
76	Transferências a Instituições Multigovernamentais a conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012
80	Transferências ao Exterior
90	Aplicações Diretas
91	Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social

93	Aplicação Direta Decorrente de Operação de Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social com Consórcio Público do qual o Ente Participe
94	Aplicação Direta Decorrente de Operação de Órgãos, Fundos e Entidades Integrantes dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social com Consórcio Público do qual o Ente Não Participe
95	Aplicação Direta à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012
96	Aplicação Direta à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012
99	A Definir

Fonte: STN

ANEXO 8: DESPESAS COM SAÚDE (SIOPS)

Gastos com investimentos em saúde segundo esfera estadual, 2010 – 2018, Brasil – despesas empenhadas

UF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AC	24.446.150	15.591.997	19.610.706	26.794.342	39.763.928	16.123.837	15.923.972	21.293.786	65.618.133
AL	30.943.551	28.387.322	25.066.138	29.354.827	33.488.629	20.742.204	10.649.553	46.426.483	100.713.535
AM	119.791.573	43.635.766	29.374.927	157.099.896	113.018.942	24.918.019	38.975.823	28.042.108	40.017.804
AP	1.447.194	2.296.311	6.437.368	14.721.381	20.416.274	5.864.376	13.281.058		
BA	108.216.329	68.017.121	54.269.394	81.022.359	134.172.797	79.194.804	185.269.013	276.489.528	460.952.059
CE	470.785.146	500.877.524	198.933.137	97.982.297	156.453.165	27.996.815	36.650.629	34.787.774	69.712.240
DF	80.931.263	107.484.867	130.899.005	112.086.804	61.607.467	48.672.053	25.516.153	63.159.340	19.793.194
ES	104.812.856	127.970.672	65.320.249	36.083.276	69.594.213	28.614.903	11.235.412	22.583.486	49.461.025
GO	50.824.812	53.684.877	42.204.414	122.318.541	263.391.874	71.360.425	141.079.667	169.747.027	121.780.250
MA	166.480.287	144.771.473	93.311.429	190.011.694	186.407.330	35.531.419	38.417.649	109.835.589	81.679.638
MG	109.456.100	126.271.697	99.805.664	274.004.065	189.059.503	241.449.758	150.728.330	241.898.918	74.563.924
MS	119.620.184	31.924.916	14.250.320	17.359.806	26.637.765	37.755.653	16.297.007	33.598.412	30.404.191
MT	10.835.991	2.767.722	13.280.315	5.310.068	5.066.227	5.358.519	29.622.334	8.307.646	12.240.882
PA	83.478.602	70.100.258	90.468.521	94.583.519	157.533.190	87.940.041	67.248.998	147.406.499	431.186.204
PB	105.462.234	48.309.289	20.719.356	12.041.682	25.327.427	15.968.593	20.195.630	36.270.929	40.629.906
PE	244.546.119	184.388.024	176.402.000	229.652.553	235.032.377	47.907.224	23.613.653	38.168.702	33.207.377
PI	48.289.019	47.687.089	41.989.791	53.600.123	42.788.631	25.351.096	29.060.947	43.771.729	41.638.382
PR	58.227.812	29.448.618	80.755.144	81.582.993	195.606.230	88.757.849	75.737.695	53.398.610	65.275.614

RJ	236.111.356	164.582.941	151.503.221	169.989.597	118.920.223	64.509.519	19.296.766	4.905.551	23.157.771
RN	11.379.092	8.630.870	25.984.245	17.237.191	19.483.152	12.009.184	6.600.185	9.250.000	20.882.513
RO	32.368.187	19.456.789	23.364.809	46.732.808	41.022.924	81.533.336	38.188.583	25.059.109	23.544.102
RR	5.129.595	6.680.478	13.768.060	11.572.377	11.409.446	21.819.256	22.995.811	27.531.982	22.636.620
RS	20.018.847	30.524.950	25.408.155	23.369.562	55.080.047	9.848.686	8.728.311	2.374.875	3.164.387
SC	42.424.399	22.601.845	37.873.588	40.014.312	80.803.647	93.837.591	94.090.073	68.231.587	69.238.943
SE	80.460.763	15.393.357	17.558.846	7.093.557	24.577.442	9.820.974	12.563.551	14.500.139	21.589.501
SP	229.908.780	286.701.395	310.688.744	415.319.937	641.297.126	418.689.559	446.471.443	800.998.547	644.699.229
TO	17.759.108	6.099.250	18.584.476	27.992.084	65.608.007	15.424.402	46.351.094	31.104.919	11.145.494
Total Geral	2.614.155.345	2.194.287.415	1.827.832.023	2.394.931.649	3.013.567.981	1.637.000.095	1.624.789.340	2.359.143.275	2.578.932.920

Gastos com investimentos em saúde segundo esfera estadual, 2010 – 2018, Brasil – despesas liquidadas

UF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AC	24.446.150	12.813.719	17.667.425	15.843.053	34.163.410	13.732.763	15.291.489	19.911.808	54.357.295
AL	25.283.818	20.867.384	22.761.104	25.114.021	26.691.692	12.834.953	5.509.095	46.426.483	97.556.443
AM	103.049.182	20.174.255	21.026.012	99.926.031	88.418.565	19.661.496	22.712.748	16.534.024	30.340.000
AP	806.913	1.593.813	839.758	4.786.863	5.124.559	3.424.941	8.562.866		
BA	107.884.000	64.252.087	52.419.675	78.387.458	134.016.395	79.127.050	157.870.094	239.342.486	387.407.051
CE	459.557.681	481.193.558	162.477.675	82.857.861	141.218.078	21.974.956	31.456.292	18.454.017	64.851.587
DF	42.109.304	56.401.826	50.269.261	76.549.467	38.751.955	16.807.987	18.713.751	46.153.576	5.018.788
ES	103.352.146	127.963.081	64.965.483	35.911.262	64.422.492	27.527.369	10.760.375	21.048.006	46.086.625
GO	42.307.913	2.487.238	23.484.012	45.033.240	194.419.838	49.179.688	54.660.956	101.563.679	100.874.620
MA	111.998.641	90.299.295	72.759.496	89.322.353	175.024.660	31.047.303	11.217.114	85.084.550	69.466.349
MG	109.456.100	126.271.697	99.805.664	274.004.065	189.059.503	43.785.486	24.399.546	23.670.730	25.069.344
MS	45.285.096	14.974.970	8.376.220	9.314.240	15.869.300	19.457.023	9.747.690	20.765.843	19.831.205
MT	6.123.150	1.380.770	2.765.713	3.802.254	2.543.412	1.501.995	24.636.207	1.441.586	7.312.733
PA	83.478.602	69.525.911	86.052.327	94.583.519	157.533.190	87.940.041	67.167.098	146.883.909	430.989.795
PB	54.196.013	46.185.943	19.527.524	11.190.541	24.411.857	15.860.395	17.592.193	32.587.818	40.314.571
PE	244.386.413	184.388.024	176.402.000	229.652.553	235.032.377	47.907.224	23.613.653	38.168.702	33.207.377
PI	41.137.164	22.527.714	20.830.637	37.394.780	39.566.776	23.407.656	23.110.352	21.380.817	25.597.698
PR	41.742.752	13.223.211	18.682.648	14.033.490	46.014.674	7.160.615	45.271.994	18.626.195	35.001.838
RJ	236.111.356	163.965.560	148.603.444	168.088.304	118.319.175	53.850.820	19.290.766	4.905.551	23.157.770

RN	11.195.295	6.585.905	13.823.581	12.532.334	11.704.194	7.571.238	4.380.689	5.107.240	12.753.550
RO	21.014.546	8.745.801	12.708.004	20.730.052	28.564.946	19.690.326	13.483.345	14.990.373	18.982.528
RR	5.129.595	6.321.041	13.768.060	11.572.377	11.237.200	15.626.564	13.707.857	15.744.303	12.850.571
RS	17.936.440	29.975.276	23.458.765	21.023.490	44.108.539	9.532.176	7.336.677	2.154.049	3.164.387
SC	40.186.489	18.249.724	32.635.537	40.014.312	61.099.766	81.299.214	85.864.238	52.550.926	56.069.544
SE	80.460.763	15.393.357	17.558.846	7.093.557	24.577.442	9.820.974	12.563.551	14.500.139	21.589.501
SP	229.908.780	286.701.395	310.688.744	415.240.244	534.967.695	415.978.997	446.471.443	708.717.881	644.699.229
TO	17.354.551	6.099.250	18.584.476	13.971.999	43.205.805	14.707.153	41.823.856	29.433.428	8.757.836
Total Geral	2.305.898.850	1.898.561.804	1.512.942.091	1.937.973.720	2.490.067.497	1.150.416.402	1.217.215.935	1.746.148.120	2.275.308.236

Gastos com investimentos em saúde segundo esfera estadual, 2010 – 2018, Brasil – inscritos em restos a pagar não processados

UF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AC	0	2.778.278	1.943.281	10.951.289	5.600.517	2.391.075	632.483	1.381.978	11.260.838
AL	5.659.733	7.519.938	2.305.034	4.240.806	6.796.937	7.907.251	5.140.458	0	3.157.092
AM	16.742.390	23.461.511	8.348.915	57.173.865	24.600.376	5.256.522	16.263.075	11.508.084	9.677.804
AP	640.281	702.498	5.597.610	9.934.517	15.291.715	2.439.435	4.718.192		
BA	332.330	3.765.034	1.849.719	2.634.901	156.402	67.754	27.398.919	37.147.042	73.545.008
CE	11.227.466	19.683.966	36.455.462	15.124.436	15.235.087	6.021.859	5.194.337	16.333.758	4.860.654
DF	38.821.959	51.083.040	80.629.744	35.537.337	22.855.512	31.864.066	6.802.402	17.005.764	14.774.406
ES	1.460.710	7.591	354.766	172.014	5.171.721	1.087.534	475.037	1.535.480	3.374.400
GO	8.516.899	51.197.639	18.720.401	77.285.301	68.972.036	22.180.738	86.418.710	68.183.348	20.905.630
MA	54.481.646	54.472.178	20.551.933	100.689.340	11.382.670	4.484.116	27.200.535	24.751.039	12.213.289
MG	0	0	0	0	0	197.664.272	126.328.785	218.228.188	49.494.581
MS	74.335.087	16.949.946	5.874.100	8.045.566	10.768.464	18.298.630	6.549.317	12.832.569	10.572.986
MT	4.712.841	1.386.952	10.514.602	1.507.815	2.522.814	3.856.525	4.986.126	6.866.059	4.928.150
PA	0	574.346	4.416.194	0	0	0	81.900	522.589	196.408
PB	51.266.221	2.123.346	1.191.832	851.141	915.570	108.198	2.603.437	3.683.110	315.335
PE	159.706	0	0	0	0	0	0	0	0
PI	7.151.855	25.159.375	21.159.153	16.205.343	3.221.855	1.943.440	5.950.595	22.390.912	16.040.683
PR	16.485.059	16.225.407	62.072.496	67.549.503	149.591.556	81.597.233	30.465.701	34.772.415	30.273.776
RJ	0	617.381	2.899.777	1.901.294	601.048	10.658.699	6.000	0	1

RN	183.797	2.044.965	12.160.664	4.704.857	7.778.958	4.437.946	2.219.496	4.142.761	8.128.963
RO	11.353.641	10.710.988	10.656.806	26.002.755	12.457.978	61.843.011	24.705.238	10.068.736	4.561.574
RR	0	359.437	0	0	172.246	6.192.692	9.287.954	11.787.679	9.786.049
RS	2.082.407	549.674	1.949.390	2.346.071	10.971.508	316.510	1.391.635	220.825	0
SC	2.237.911	4.352.120	5.238.051	0	19.703.880	12.538.377	8.225.835	15.680.661	13.169.399
SE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SP	0	0	0	79.693	106.329.431	2.710.562	0	92.280.667	0
TO	404.557	0	0	14.020.085	22.402.202	717.250	4.527.238	1.671.491	2.387.658
Total Geral	308.256.496	295.725.610	314.889.932	456.957.929	523.500.484	486.583.692	407.573.405	612.995.155	303.624.684

Gastos com investimentos em saúde segundo esfera municipal, 2010 – 2018, Brasil

Ano	Orçado	Empenhado	Liquidado	Pago	Inscrição de Restos a pagar não processados	Restos a pagar processados
2010	5.931.782.432	2.835.050.939	2.205.451.259	2.011.108.289	629.599.680	194.342.970
2011	6.288.612.735	3.289.595.632	2.608.862.524	2.402.007.925	680.733.108	206.854.598
2012	6.724.725.316	3.862.729.140	3.249.954.653	3.067.341.812	612.774.488	182.612.840
2013	10.094.566.893	3.416.335.624	2.558.173.382	2.308.698.870	858.162.242	249.474.513
2014	10.480.813.234	5.790.389.349	4.381.717.199	4.085.708.934	1.408.672.150	296.008.266
2015	0	4.394.574.026	3.318.750.642	3.062.969.471	1.075.823.384	255.781.171
2016	7.588.459.162	4.592.162.089	4.068.312.119	3.840.279.429	523.849.970	228.032.691
2017	8.352.109.508	3.097.416.503	2.489.884.255	2.288.083.115	607.532.248	201.801.140
2018	6.673.272.903	5.066.648.076	4.046.545.741	3.704.138.401	1.020.102.335	342.407.340

Fonte: SIOPS

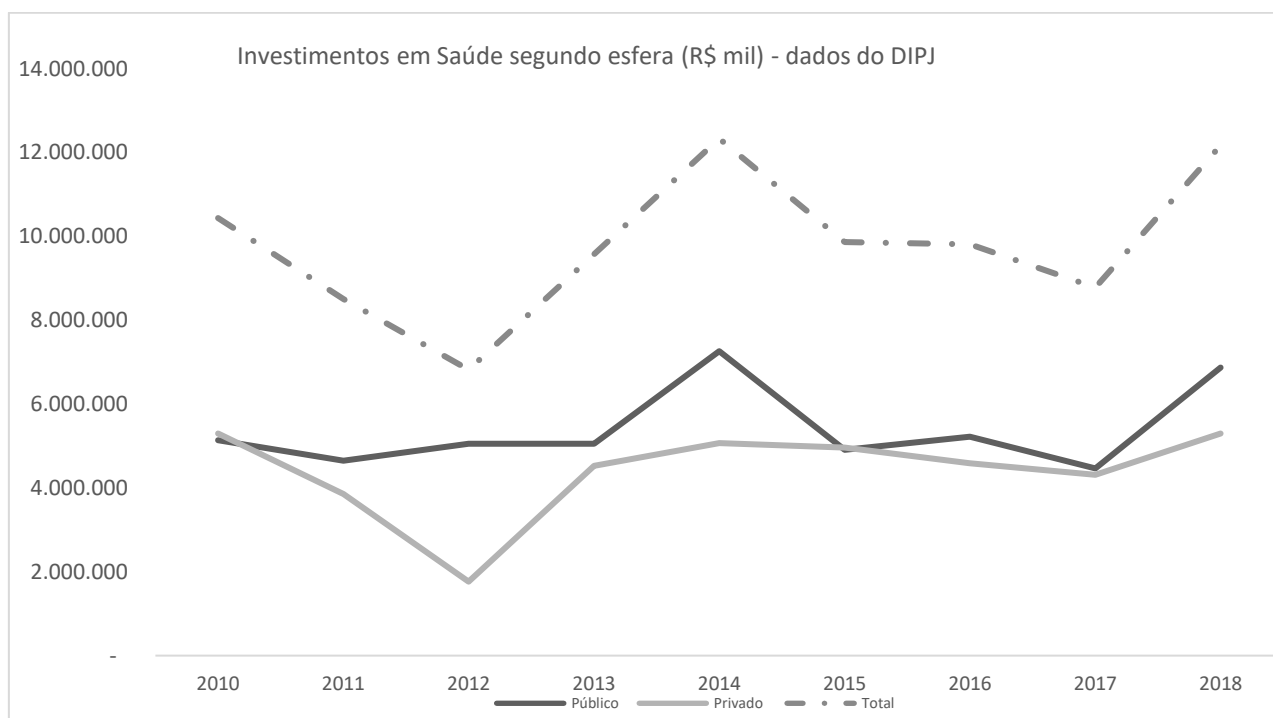
ANEXO 9: RATEIO DO SIOPS: ESFERAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

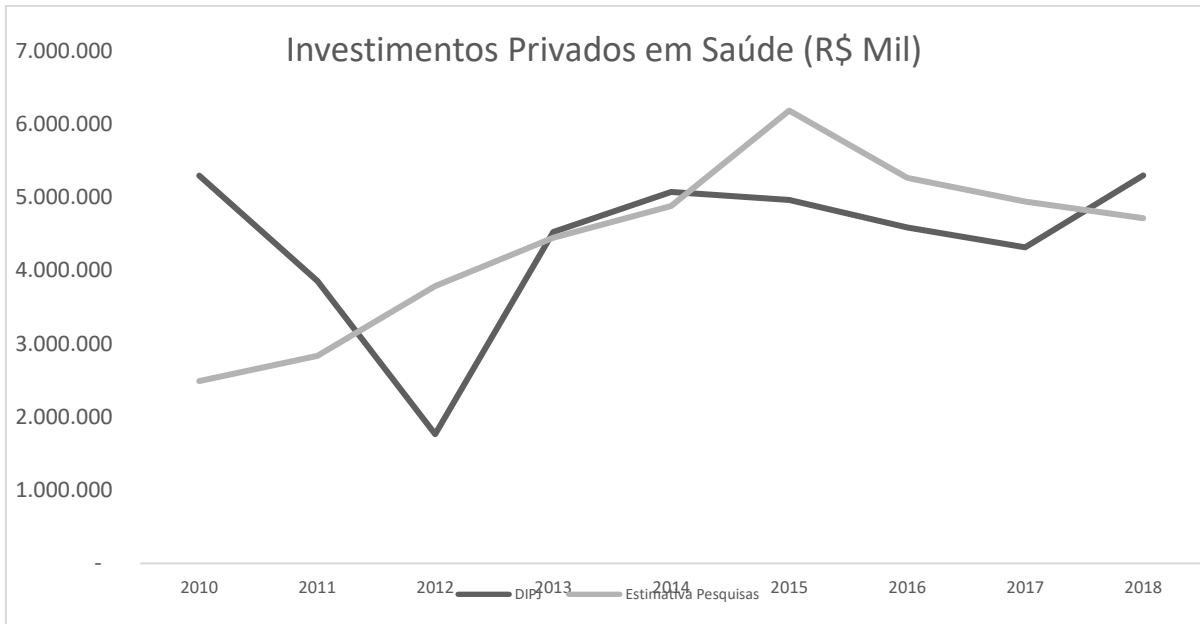
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Despesas Estaduais									
Equipamentos e Material Permanente	837.310	633.414	680.145	870.643	1.025.469	330.379	425.565	462.921	761.017
Rateio	0,50	0,76	0,43	0,41	0,32	0,41	0,48	0,33	0,28
Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar	420.869	482.910	291.666	354.811	333.228	135.102	205.437	151.128	216.127
Despesas Municipais									
Equipamentos e Material Permanente	945.220	979.686	1.179.408	1.000.958	1.574.567	1.115.209	1.517.312	1.380.308	2.754.863
Rateio	0,37	0,36	0,33	0,31	0,28	0,33	0,39	0,35	0,32
Aparelhos, Equipamentos, Utensílios Médico Odontológico Laboratorial e Hospitalar	352.476	349.636	394.977	310.441	441.345	370.813	588.559	482.980	887.682
TOTAL (estados + municípios)	773.345	832.546	686.642	665.252	774.573	505.915	793.997	634.107	1.103.809
União	768.195	339.112	482.464	666.362	472.424	494.053	341.444	314.083	688.811.440
TOTAL	1.541.540	1.171.658	1.169.107	1.331.615	1.246.998	999.968	1.135.441	948.190	689.915.249

ANEXO 10: ESTIMATIVA DE FBCF A PARTIR DOS DADOS DO DIPJ
Investimento em Saúde (R\$ mil reais)

Ano	Público	Privado
2010	5.140.952	5.295.362
2011	4.652.415	3.855.832
2012	5.054.702	1.764.520
2013	5.051.877	4.525.952
2014	7.260.820	5.071.374
2015	4.906.145	4.960.501
2016	5.223.424	4.585.124
2017	4.464.835	4.316.097
2018	6.872.126	5.297.639

Fonte: SIOPS e DIPJ





ANEXO 11: TRADUTOR PIA X CONTAS NACIONAIS X PRODLIST

Código CNAE 1.0 4 Dígitos	Código PRODLIST	Descrição Código PRODLIST	Código BEC	Descrição Código BEC	Código Ref. (Nível de Divulgação - 110)	SCN 2000 de - 110)	Descrição Código SCN Ref. (Nível de Divulgação - 110)	Código SCN Ref. 2010 (Nível de Divulgação - 128)	Descrição Código SCN Ref. (Nível de Divulgação - 128)
3310	3310.00 80	Aparelhos de eletrodiagnóstico (eletrocardiógrafos, endoscópios, audiômetros, ressonância magnética etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.00 85	Aparelhos de eletrodiagnóstico (eletrocardiógrafos, endoscópios, audiômetros, ressonância magnética etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.00 90	Aparelhos de mecanoterapia, de massagem ou de psicotécnica	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.01 30	Aparelhos de ozonoterapia, de oxigenoterapia, respiratório de reanimação ou outros de terapia respiratória, inclusive pulmões de aço	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.01 40	Aparelhos de raios ultravioleta ou infravermelhos para cirurgia, inclusive que operem por laser	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.01 50	Aparelhos computadorizados ou não para diagnosticar (aparelhos de raios X, tomografia; etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.01 55	Aparelhos para diagnóstico, computadorizados ou não, que utilizem radiações (aparelhos de raios X, tomografia etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.01 80	Aparelhos computadorizados ou não para diagnosticar (aparelhos de raios X; de tomografia; e outros aparelhos que utilizem radiação)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.01 85	Aparelhos para oftalmologia	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.02 20	Aparelhos para medida da pressão arterial	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.02 40	Aparelhos para terapia intra-uretral por microondas, computadorizado	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901		Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos

3310	3310.02 90	Bisturis de todos os tipos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.03 22	Cadeiras de dentista	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31801	Móveis
3310	3310.03 25	Cadeiras de salões de cabeleireiro	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31801	Móveis
3310	3310.03 30	Câmaras gama	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.03 40	Camas hospitalares	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31801	Móveis
3310	3310.03 50	Cardiodesfibrilador automático	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.03 90	Endoscópios para eletrodiagnósticos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.04 30	Grampos, cliques, aplicador, extrator para aparelhos medicinais	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.04 50	Incubadora para bebês	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.04 55	Aparelhos para odontologia, inclusive aparelhos operando por "laser" ou projeção cinética	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3310	3310.04 60	Instrumentos e aparelhos para odontologia (limas, brocas, etc., inclusive aparelhos operando por laser ou projeção cinética)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.04 65	Instrumentos para odontologia (limas, brocas, etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.04 70	Instrumentos e aparelhos para medicina, cirurgia, etc., de outros tipos (litótomos e outros litotritores)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.04 75	Instrumentos e aparelhos para medicina, cirurgia, etc., de outros tipos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.04 80	Instrumentos e aparelhos para oftalmologia	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.04 85	Instrumentos e aparelhos para medicina, cirurgia etc., de outros tipos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas

3310	3310.04 90	Instrumentos ou aparelhos para transfusão de sangue etc.	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.05 60	Máscaras contra gases ou aparelhos respiratórios semelhantes	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.05 70	Mesas para operação cirúrgica	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31801	Móveis
3310	3310.05 80	Mobiliários para medicina, cirurgia, odontologia etc., de outros tipos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31801	Móveis
3310	3310.07 20	Rins artificiais	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3310	3310.99 99	Outros - Fabricação de aparelhos e instrumentos para usos médico-hospitalares, odontológicos e de laboratórios e aparelhos ortopédicos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos

Código CNAE 2.0 4 Dígitos	Código PRODL IST	Descrição Código PRODLIST	Código BEC	Descrição Código BEC	Código SCN Ref. 2000 (Nível de Divulgação - 110)	Descrição Código SCN Ref. 2000 (Nível de Divulgação - 110)	Código SCN Ref. 2010 (Nível de Divulgação - 128)	Descrição Código SCN Ref. 2010 (Nível de Divulgação - 128)
2660	2660.20 10	Aparelhos para eletrodiagnóstico (eletrocardiógrafos, endoscópios, audiômetros, ressonância magnética etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
2660	2660.20 30	Aparelhos de ozonoterapia, de oxigenoterapia, respiratório de reanimação ou outros de terapia respiratória, inclusive pulmões de aço	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
2660	2660.20 40	Aparelhos de raios ultravioleta ou infravermelhos para cirurgia, que operem por laser, exceto para odontologia	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
2660	2660.20 45	Aparelhos de raios ultravioleta ou infravermelhos para medicina e odontologia, que operem por laser	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
2660	2660.20 50	Aparelhos para diagnóstico, computadorizados ou não, que utilizem radiações (aparelhos de raios X, tomografia, etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
2660	2660.20 60	Aparelhos para odontologia, inclusive aparelhos de raios ultravioleta ou infravermelhos, que operem por laser ou por projeção cinética	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
2660	2660.20 70	Cardiodesfibrilador automático	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
2660	2660.20 80	Hemodialisador	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
2660	2660.20 90	Incubadora para bebês	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	26004	Equip. de medida, teste e controle, ópticos e eletromédicos
3102	3102.20 90	Cadeiras para salões de cabeleireiro	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31801	Móveis
3250	3250.20 20	Aparelhos de mecanoterapia, de massagem ou de psicotécnica	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.20 35	Aparelhos de ozonoterapia, de oxigenoterapia, respiratório de reanimação e outros de terapia respiratória, inclusive pulmões de aço	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.20 40	Aparelhos para diálise denominados rins artificiais	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.20 50	Aparelhos para medir a pressão arterial	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas

3250	3250.20 60	Aparelhos para oftalmologia	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.21 00	Bisturis de todos os tipos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.21 40	Esterilizadores médico-cirúrgicos ou de laboratório	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.21 50	Grampos, cliques, aplicador, extrator para aparelhos medicinais	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.21 80	Instrumentos ou aparelhos para transfusão de sangue etc.	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.21 90	Instrumentos e aparelhos para medicina, cirurgia etc., de outros tipos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.21 95	Instrumentos e aparelhos para medicina, cirurgia etc., de outros tipos	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.22 00	Instrumentos para odontologia (limas, brocas etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.22 05	Instrumentos e aparelhos para odontologia (limas, brocas etc.)	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.22 30	Máscaras contra gases ou aparelhos respiratórios semelhantes	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31802	Produtos de indústrias diversas
3250	3250.22 40	Mobiliários para medicina, odontologia ou veterinária (cadeiras de dentistas, mesas cirúrgicas, etc.), inclusive partes	41	Bens de capital – exceto equipamentos de transporte	032901	Aparelhos/instrumentos médico-hospitalar, medida e óptico	31801	Móveis

ANEXO 12: TRADUTOR PAIC X PRODLIST X CONTAS NACIONAIS

PRODLIST	PAIC	Classificação nível 68 - 2010	NOME	Classificação 51 - série retropolada	NOME
Postos de combustível		4680	Comércio por atacado e a varejo, exceto veículos automotores	0601	Comércio
Guarita		8000	Atividades de vigilância, segurança e investigação	1103	Serviços prestados às empresas
Arte e Cultura		9080	Atividades artísticas, criativas e de espetáculos	1106	Serviços prestados às famílias
Garagem		5280	Armazenamento, atividades auxiliares dos transportes e correio	0701	Transporte, armazenagem e correio
Estádios		9080	Atividades artísticas, criativas e de espetáculos	1106	Serviços prestados às famílias
Hotéis		5500	Alojamento	1102	Serviços de alojamento e alimentação
Fortes e Fortalezas		8400	Administração pública, defesa e seguridade social	1203	Administração pública e seguridade social
Igrejas		7880	Outras atividades administrativas e serviços complementares	1103	Serviços prestados às empresas
Prisões		8400	Administração pública, defesa e seguridade social	1203	Administração pública e seguridade social
Plantas de incineração		3680	Água, esgoto e gestão de resíduos	0401	Eletricidade e gás, água, esgoto e limpeza urbana
Restaurantes		5600	Alimentação	1102	Serviços de alojamento e alimentação
Estábulos e outros edifícios destinados ao uso agropecuário		0192	Pecuária, inclusive o apoio à pecuária	0102	Pecuária e pesca
Saúde		8691	Saúde pública	1202	Saúde pública
Saúde		8692	Saúde privada	1105	Saúde mercantil
Educação		8591	Educação pública	1201	Educação pública
Educação		8592	Educação privada	1104	Educação mercantil

Fonte: PAIC, Contas Nacionais. Elaboração Própria

ANEXO 14: COMPONENTES DA FBCF
Valores Correntes

Componentes da formação bruta de capital	Valor a preços correntes (1 000 000 R\$)									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Total	847166	955 201	1 031 188	1 156 629	1 187 483	1 043 964	938 490	963 165	1 057 278	
Formação bruta de capital fixo	797946	901 927	997 460	1 114 944	1 148 453	1 069 397	973 271	958 779	1 057 409	
Construção	397310	454 419	519 571	568 616	597 352	566 408	522 944	475 553	478 509	
Residencial	159167	182 206	221 830	248 044	262 691	265 283	252 781	227 093	229 624	
Outros edifícios e estruturas	238143	272 213	297 741	320 572	334 661	301 125	270 163	248 460	248 885	
Máquinas e equipamentos	310656	342 874	362 281	421 649	420 240	365 623	317 711	341 283	426 625	
Equipamentos de transporte	117234	127 598	125 635	145 280	134 027	104 421	87 104	103 620	156 478	
Equipamentos de TIC	41816	46 178	52 596	61 200	66 397	61 864	53 280	59 840	67 031	
Outras máquinas e equipamentos	151606	169 098	184 050	215 169	219 816	199 338	177 327	177 823	203 116	
Produtos de propriedade intelectual	74905	90 481	100 373	109 198	114 347	118 958	112 999	121 564	131 516	
Pesquisa e desenvolvimento	33082	37 189	41 715	45 794	45 817	47 608	43 343	43 317	44 925	
Software, banco de dados, exploração e avaliação mineral	41823	53 292	58 658	63 404	68 530	71 350	69 656	78 247	86 591	
Outros ativos fixos	15075	14 153	15 235	15 481	16 514	18 408	19 617	20 379	20 759	
Variação de estoque	49220	53 274	33 728	41 685	39 030	(-) 25 433	(-) 34 781	4 386	(-) 131	

Valores Constantes

Componentes bruta de capital	da formação	Valor a preços constantes (1 000 000 R\$)							
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total		895 700	930 892	1 091 797	1 094 079	959 975	898 382	962 768	996 451
Formação bruta de capital fixo		852 478	908 951	1 055 584	1 067 848	988 284	939 681	948 381	1 008 940
Construção		426 310	472 106	541 354	550 741	536 854	505 320	477 371	468 217
Residencial		168 910	188 877	229 431	240 929	242 289	243 154	232 090	224 844
Outros edifícios e estruturas		257 400	283 229	311 923	309 812	294 565	262 166	245 281	243 373
Máquinas e equipamentos		328 266	329 312	396 806	392 012	326 707	302 259	334 388	393 770
Equipamentos de transporte		124 379	112 569	143 863	125 280	94 772	82 900	99 824	148 050
Equipamentos de TIC		45 358	47 825	55 056	60 171	53 777	50 753	62 599	61 489
Outras máquinas e equipamentos		158 529	168 918	197 887	206 561	178 158	168 606	171 965	184 231
Produtos de propriedade intelectual		83 079	93 167	102 405	109 009	108 490	114 053	116 865	126 741
Pesquisa e desenvolvimento		34 226	37 470	43 962	41 653	43 939	44 782	43 599	43 976
Software, banco de dados, exploração e avaliação									
mineral		48 853	55 697	58 443	67 356	64 551	69 271	73 266	82 765
Outros ativos fixos		14 823	14 366	15 019	16 086	16 233	18 049	19 757	20 212
Variação de estoque		43 222	21 941	36 213	26 231	(-) 28 309	(-) 41 299	14 387	(-) 12 489

ANEXO 15: TABELA DE RECURSOS E USOS (NÍVEL 68)

Proposta de Rateio para o item: Outros edifícios e estruturas

Tabela 08 - FBCF

Valores Correntes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Construção	397310	454 419	519 571	568 616	597 352	566 408	522 944	475 553	478 509
Residencial	159167	182 206	221 830	248 044	262 691	265 283	252 781	227 093	229 624
Outros edifícios e estruturas (A)	238143	272 213	297 741	320 572	334 661	301 125	270 163	248 460	248 885
Edifícios não residenciais (A - B)	62445	74684	74205	77548	83380	78913	69645	64141	65907
Tabela de Recursos e Usos: demanda de FBCF									
Valores Correntes									
Edificações	220377	255321	293268	321944	342570	340306	318229	287698	292038
Obras de infraestrutura	109773	118454	139731	144772	150645	119076	96358	82353	79749
Serviços especializados para construção	65925	79075	83805	98252	100636	103136	104160	101966	103229
Total TRU	396075	452850	516804	564968	593851	562518	518747	472017	475016
Obras de infraestrutura + Serviços especializados para construção (B)	175698	197529	223536	243024	251281	222212	200518	184319	182978

Tabela 08 - FBCF

Valores Constantes	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Construção	426 310	472 106	541 354	550 741	536 854	505 320	477 371	468 217
Residencial	168 910	188 877	229 431	240 929	242 289	243 154	232 090	224 844
Outros edifícios e estruturas (A)	257 400	283 229	311 923	309 812	294 565	262 166	245 281	243 373
Edifícios não residenciais (A - B)	68 634	77 294	77 999	75 257	76 642	72 949	63 590	63 125
Tabela de Recursos e Usos: demanda de FBCF								
Valores Constantes								
Edificações	236308	264286	303937	312600	315376	311480	291787	284613
Obras de infraestrutura	115980	126409	140644	140666	118714	90533	85024	82459
Serviços especializados para construção	72786	79526	93280	93889	99209	98684	96667	97789
Total TRU	425074	470221	537861	547155	533299	500697	473478	464861
Obras de infraestrutura + Serviços especializados para construção (B)	188766	205935	233924	234555	217923	189217	181691	180248

Correspondência entre a TRU e a Tabela 08 - FBCF

TRU 68		Tabela 08 - FBCF	Construção
41801	Edificações	Residencial + outros edifícios e estrutura	
41802	Obras de infraestrutura	Outros edifícios e estruturas	
41803	Serviços especializados para construção	Outros edifícios e estruturas	

Tabela 08 - FBCF

Valores Correntes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Construção	397310	454 419	519 571	568 616	597 352	566 408	522 944	475 553	478 509
Residencial	159167	182 206	221 830	248 044	262 691	265 283	252 781	227 093	229 624
Outros edifícios e estruturas (A)	238143	272 213	297 741	320 572	334 661	301 125	270 163	248 460	248 885
Edifícios não residenciais (A - B) ESTIMATIVA	62445	74684	74205	77548	83380	78913	69645	64141	65907
Tabela de Recursos e Usos: demanda de FBCF									
Valores Correntes									
Edificações	220377	255321	293268	321944	342570	340306	318229	287698	292038
Obras de infraestrutura	109773	118454	139731	144772	150645	119076	96358	82353	79749
Serviços especializados para construção	65925	79075	83805	98252	100636	103136	104160	101966	103229
Total TRU	396075	452850	516804	564968	593851	562518	518747	472017	475016
Obras de infraestrutura + Serviços especializados para construção (B)	175698	197529	223536	243024	251281	222212	200518	184319	182978

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 08 - FBCF

Valores Constantes	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Construção	426 310	472 106	541 354	550 741	536 854	505 320	477 371	468 217
Residencial	168 910	188 877	229 431	240 929	242 289	243 154	232 090	224 844
Outros edifícios e estruturas (A)	257 400	283 229	311 923	309 812	294 565	262 166	245 281	243 373
Edifícios não residenciais (A - B) ESTIMATIVA	68 634	77 294	77 999	75 257	76 642	72 949	63 590	63 125
Tabela de Recursos e Usos: demanda de FBCF								
Valores Constantes								
Edificações	236308	264286	303937	312600	315376	311480	291787	284613
Obras de infraestrutura	115980	126409	140644	140666	118714	90533	85024	82459
Serviços especializados para construção	72786	79526	93280	93889	99209	98684	96667	97789
Total TRU	425074	470221	537861	547155	533299	500697	473478	464861
Obras de infraestrutura + Serviços especializados para construção (B)	188766	205935	233924	234555	217923	189217	181691	180248

Fonte: Elaboração Própria