



MANUAL METODOLÓGICO
SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS
BRASIL



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do
Complexo Econômico-Industrial da Saúde
Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde

MANUAL METODOLÓGICO
SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS
BRASIL



2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2025 – 130 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde

Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 1º andar, Ed. Sede

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2722

Site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/desid>

E-mail: contas.saude@saude.gov.br

Coordenação-geral:

Erika Santos de Aragão – ISC/UFBA

Gabriel Coelho Squeff – Ipea

Gustavo Laine Araújo de Oliveira – Desid/Sectics/MS

Maria Fernanda Godoy Cardoso de Melo – Desid/Sectics/MS

Coordenação técnica:

Danilo Oliveira Imbimbo – Desid/Sectics/MS

Elaboração:

Anderson José Rocha da Silva – Desid/Sectics/MS

Artur Monte Cardoso – UFRJ

Heitor Franco Werneck – ANS

Márcio Nunes de Paula – ANS

Pedro Buriil Saraiva Lins – Desid/Sectics/MS

Raulino Sabino da Silva – Desid/Sectics/MS

Colaboração:

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior – Conass

Blenda Leite Saturnino Pereira – Conasems

Eric do Nascimento Lamounier – Desid/Sectics/MS

Frederico Guth – Desid/Sectics/MS

Leonardo Passeri de Souza – Desid/Sectics/MS

Wesley Rodrigues Trigueiro – Desid/Sectics/MS

Normalização:

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Revisão textual:

Khamila Silva – Editora MS/CGDI

Tamires Felipe Alcântara – Editora MS/CGDI

Projeto gráfico, capa e diagramação:

Leonardo Faria Almenara – Desid/Sectics/MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.
Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde.

Manual metodológico : System of Health Accounts Brasil / Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo
Econômico-Industrial da Saúde, Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.
100 p. : il.

ISBN 978-65-5993-790-5

1. Gestão em Saúde. 2. Gastos em Saúde. 3. Saúde Pública. I. Título.

CDU 614.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0230

Título para indexação:

A brazilian handbook: System of Health Accounts

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde
CF/1988 – Constituição Federal de 1988
Cnes – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSS – Conta-Satélite de Saúde
Desid – Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde
Diops – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde
Tiss – Padrão de Troca de Informações de Saúde Suplementar
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Esspros – Sistema Europeu de Estatísticas de Proteção Social
Eurostat – Gabinete de Estatísticas da União Europeia
Faec – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FNS – Fundo Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICHA-FA – Classificação dos Agentes de Financiamento
ICHA-FS – Classificação das Receitas dos Regimes de Financiamento
ICHA-HC – Classificação das Funções de Cuidado em Saúde
ICHA-HF – Classificação dos Regimes de Financiamento
ICHA-HP – Classificação dos Provedores de Saúde
IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JHAQ – *Joint Health Accounts Questionnaire*
LC – Lei Complementar
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
OOP – Gastos do Bolso (*Out-of-Pocket*)
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
OS – Organização Social
Oscip – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB – Piso da Atenção Básica

PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil

PMC – Pesquisa Mensal de Comércio

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

Sectics – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico Industrial da Saúde

SHA – *System of Health Accounts*

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde

Siafi – Sistema Integrado de Administração Financeira do governo federal

Siape – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

Sidra – Sistema IBGE de Recuperação Automática

Siga Brasil – Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas

Sigtap – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

Siops – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIP – Sistema de Informações de Produtos

SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

Sisab – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 — Marcos do sistema de saúde no Brasil para produção de contas de saúde no Brasil.....	22
QUADRO 2 — Regimes de financiamento (HF) e fontes de recursos correspondentes (ICHA-FS).....	32
QUADRO 3 — Resumo dos principais critérios dos esquemas de financiamento brasileiros.....	44
QUADRO 4 — Classificação das funções de cuidados à saúde (ICHA-HC) utilizadas na produção do SHA do Brasil.....	46
QUADRO 5 — Classificação de provedores de cuidados de saúde no Brasil.....	49
QUADRO 6 — Fontes de informação utilizadas na produção do SHA-BR.....	51
QUADRO 7 — Argumento de identificação e descrição do Siops.....	53
QUADRO 8 — Argumento de identificação e descrição do Sisab.....	54
QUADRO 9 — Argumento de identificação e descrição do SIH/SUS.....	55
QUADRO 10 — Argumento de identificação e descrição do SIA/SUS.....	56
QUADRO 11 — Argumento de identificação e descrição do Sigtap.....	56
QUADRO 12 — Argumento de identificação e descrição do Cnes.....	57
QUADRO 13 — Argumento de identificação e descrição do Siafi.....	58
QUADRO 14 — Argumento de identificação e descrição do Siga Brasil.....	59
QUADRO 15 — Argumento de identificação e descrição do Siape.....	60
QUADRO 16 — Argumento de identificação e descrição dos Portais da Transparência dos estados e do Distrito Federal.....	60
QUADRO 17 — Argumento de identificação e descrição do SI-PNI.....	61
QUADRO 18 — Argumento de identificação e descrição do Diops/ANS.....	62
QUADRO 19 — Argumento de identificação e descrição do Tiss/ANS.....	63
QUADRO 20 — Argumento de identificação e descrição do SIP/ANS.....	63
QUADRO 21 — Argumento de identificação e descrição do IPCA.....	64
QUADRO 22 — Argumento de identificação e descrição da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF).....	65
QUADRO 23 — Argumento de identificação e descrição da Pesquisa Mensal de Comércio (PMC).....	65
QUADRO 24 — Fases das despesas utilizadas para cada esfera de governo.....	68
QUADRO 25 — Sistemas de informação utilizados e sua dimensão de consumo para o SUS.....	75
QUADRO 26 — Instituições identificadas nas UFs.....	77
QUADRO 27 — Tradução do Diops para as funções de cuidado.....	81
QUADRO 28 — Bases de dados e utilizações para a HF.3.1.....	83

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 — Dimensões do SHA.....	15
FIGURA 2 — Esquemas de financiamento identificados no Brasil.....	29
FIGURA 3 — Esquema de financiamento dos regimes governamentais e contributivos compulsórios.....	31
FIGURA 4 — Sistemas de informação utilizados para estimativas SUS	71
FIGURA 5 — Mapa com as UFs identificadas (em azul).....	79

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 O SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS – SHA	13
2.1 Definição e Objetivos	13
2.2 O System of Health Accounts no Contexto Brasileiro.....	16
3 PANORAMA GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	19
4 CLASSIFICAÇÕES SHA 2011 E O SETOR SAÚDE BRASILEIRO	27
4.1 Esquemas de Financiamento no Brasil – HF	27
4.1.1 Sistema Único de Saúde – HF.1.1.1	33
4.1.2 Planos de servidores públicos (não regulados pela ANS) – HF.1.1.2.....	36
4.1.3 Regimes governamentais contributivos compulsórios – HF.1.2.....	39
4.1.4 Planos e seguros de saúde voluntários suplementares – regulados pela ANS – HF.2.1	40
4.1.5 Esquemas de financiamento de instituições sem fins de lucro (ISFL) – HF.2.2....	41
4.1.6 Desembolso direto não relacionado a terceiros – HF.3.1.....	42
4.1.7 Copagamento relacionado a terceiro pagador – HF.3.2	43
4.2 Funções de Cuidado à Saúde – HC.....	45
4.3 Provedores de Cuidados de Saúde – HP	48
5 FONTES DE DADOS	51
6 MÉTODOS	67
6.1 Sistema Único de Saúde – HF.1.1.1 x HC.....	67
6.2 Planos de servidores públicos (não regulados pela ANS) – HF.1.1.2 x HC.....	76
6.3 Regimes governamentais contributivos compulsórios – HF.1.2 x HC	80
6.4 Planos e seguros de saúde voluntários – suplementares regulados pela ANS – HF.2.1 x HC	81
6.5 Desembolso direto não relacionado a terceiros – HF.3.1 x HC.....	82
6.6 Copagamento relacionado a terceiro pagador – HF.3.2 x HC.....	83
7 AGENDAS DE PESQUISA	85
REFERÊNCIAS	89
ANEXOS	93
Anexo A	93
Anexo B.....	98

APRESENTAÇÃO

Este é o primeiro Manual Metodológico do *System of Health Accounts* (SHA), desenvolvido para o Brasil (SHA-BR). Este documento foi elaborado com base na estrutura SHA 2011, criada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat).

O SHA é uma metodologia de estimativa de contas que permite a gestores, a pesquisadores e à sociedade civil compreender o fluxo do financiamento, da produção e da alocação de bens e serviços de saúde em um país, produzindo informações estratégicas e comparáveis internacionalmente sobre o financiamento dos sistemas de saúde.

A publicação do Manual Metodológico do SHA-BR pelo Ministério da Saúde é resultado da parceria firmada em janeiro de 2024 entre o Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde (Desid), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Ministério da Saúde (Sectics/MS), e a OCDE.

Essa colaboração visa à institucionalização do SHA-BR no Ministério da Saúde e em instituições parceiras. Dentro dessa parceria, couberam à OCDE a revisão e a avaliação deste documento e da metodologia adotada, aplicando uma série de recomendações alinhadas aos padrões internacionais. Além disso, resultou na realização de duas oficinas sobre o SHA, bem como em uma publicação de melhores práticas sobre seu uso e sua disseminação.

Destaca-se que a elaboração deste Manual contou com o apoio do MS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), além da OCDE, responsável pela avaliação do documento.

Nesse sentido, esta publicação representa um avanço importante para as contas de saúde no Brasil, consolidando e ampliando o trabalho coletivo desenvolvido ao longo dos anos pelas principais instituições historicamente envolvidas — IBGE, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), ANS e Ministério da Saúde.

Esta publicação tem como objetivos principais institucionalizar a metodologia da OCDE no contexto brasileiro e estabelecer uma abordagem sistemática e comparável para a produção de dados essenciais ao monitoramento dos recursos em saúde. Com isso, busca-se disseminar conhecimento, promover transparência e incentivar o uso do SHA-BR por pesquisadores, gestores e pela sociedade civil. O documento também reforça o compromisso do Estado brasileiro com a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. Nesse sentido, o Manual Metodológico do SHA-BR é uma ferramenta estratégica de gestão, subsidiando o debate público sobre o financiamento da saúde no País.

1 INTRODUÇÃO



As contas de saúde são dados contábeis estruturados que registram as despesas com bens e serviços de saúde de países (ou de regiões, estados, províncias), entre outras informações. São exemplos de contas de saúde a Conta-Satélite de Saúde (CSS), baseada no Sistema de Contas Nacionais (SCN) das Nações Unidas (United Nations, 2009), e as contas na metodologia SHA (OCDE, 2017). Elas desempenham um papel fundamental ao oferecer uma compreensão abrangente dos sistemas de saúde que podem ser usados como ferramenta para sua gestão e avaliação, bem como para a formulação e a implementação de políticas voltadas para o bem-estar coletivo.

No caso do Sistema de Contas de Saúde ou *System of Health Accounts* (SHA), é um dos principais padrões para o desenvolvimento de contas de saúde mundialmente. O SHA é utilizado pelos países-membros da OCDE, bem como por diversos outros países. Atualmente, o SHA se encontra em sua versão revisada, publicada em 2017 (OCDE, 2017).

Duas publicações SHA-BR foram feitas no País (Brasil, 2018, 2022). A primeira publicação contou com o apoio do Ministério da Saúde (MS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e tratou especificamente das estimativas SHA para o SUS entre 2010 e 2014. A segunda publicação teve como avanço o estudo sobre os demais regimes de financiamento do País, discutindo os regimes privados que não estavam incluídos na primeira publicação, tendo como referência os anos de 2015 a 2019. Apesar do avanço considerável entre essas publicações, não houve o estabelecimento de uma publicação regular do SHA-BR.

No âmbito do Ministério da Saúde, historicamente é o Desid o responsável pela atuação no SHA-BR. O Departamento atua desde o início das discussões e contribuiu para as duas publicações realizadas até o momento.

O Brasil possui também a publicação regular da CSS pelo IBGE, como um desdobramento do SCN, seguindo a versão brasileira da metodologia internacional das Nações Unidas. A elaboração deste Manual Metodológico é um passo importante

para a institucionalização, definida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) (Opas, 2021) como “o processo de elaboração e uso dos resultados das contas de saúde”, tendo como base fundamental a capacidade de realização regular da coleta de dados, da produção das contas e da sua utilização para a tomada de decisões. A institucionalização é fundamental para que seja possível produzir as informações de modo sistematizado, garantindo que o País tenha uma base sólida para acompanhar os gastos, avaliar a alocação de recursos e promover uma gestão mais eficiente e transparente do sistema de saúde, tanto nacional quanto internacionalmente.

A abordagem formal e institucionalizada proposta por este Manual assegura a transparência metodológica, um elemento crucial para fortalecer a confiança da sociedade e aumentar a efetividade das políticas públicas. A rastreabilidade dos fluxos financeiros, desde sua origem até a utilização final, permite um monitoramento rigoroso, essencial para a avaliação contínua do desempenho do sistema de saúde. Adicionalmente, a identificação clara da natureza e dos dados provenientes dos diferentes sistemas de informação aumenta a precisão, consistência e tempestividade na geração das informações. Dessa forma, o Manual não só facilita a produção das contas de saúde, mas também contribui para a construção de uma plataforma de informações robusta, promovendo uma gestão pública mais eficiente, transparente e capaz de atender de forma mais eficaz às necessidades da população.

Para tanto, este Manual está organizado em seis sessões além da presente introdução, que apresenta o propósito e a estrutura do documento. A segunda seção aborda a metodologia SHA de um modo geral, incluindo suas definições, seus objetivos e sua aplicação no contexto brasileiro. A terceira seção oferece um panorama geral do sistema de saúde no Brasil, destacando seus principais desafios e características. A quarta seção detalha o SHA 2011 no Brasil, com ênfase nos regimes de financiamento e nas funções específicas de cuidado. A quinta seção descreve as fontes de dados utilizadas para as estimativas SHA-BR, enquanto a sexta seção apresenta os métodos empregados na elaboração das estimativas, garantindo a transparência e a robustez do processo. Encerrando, a última seção apresenta as agendas de pesquisa mapeadas para o aprimoramento do SHA-BR.

2 O SYSTEM OF HEALTH ACCOUNTS – SHA

2.1 Definição e Objetivos

O *System of Health Accounts* (SHA) é uma metodologia internacional desenvolvida para contabilizar e analisar os fluxos financeiros destinados à saúde, promovendo análises comparáveis entre países e produzindo um padrão global em contas de saúde. As diretrizes estabelecidas oferecem uma estrutura analítica robusta para descrever, classificar e medir os fluxos financeiros no setor de saúde, abrangendo tanto os recursos públicos quanto privados, incluindo os gastos com planos de saúde e pagamentos diretos realizados pelas famílias.

Cabe salientar que, no SHA, o setor saúde é definido como os bens e serviços cujo principal propósito é “manter ou prevenir piora no estado de saúde de indivíduos, grupos populacionais ou da população como um todo, bem como mitigar as consequências de problemas de saúde” (Brasil, 2018, p. 17).

Seu objetivo principal é fornecer uma estrutura detalhada e confiável para registrar os gastos com bens e serviços de saúde, individuais ou coletivos. A parte central do SHA mede as despesas com consumo final, isto é, aquelas que se destinam aos usuários finais dos produtos de saúde, exceto despesas de capital. Ele não contabiliza, portanto, as despesas que são consideradas insumos para a produção dos bens e serviços de consumo final, o consumo intermediário.

A avaliação dos gastos com bens e serviços de saúde, públicos ou privados, segue os princípios das Contas Nacionais, que são herdadas pelo SHA, conforme os conceitos contábeis assumidos (OECD; Eurostat; WHO, 2017, p. 44-45).

As transações realizadas por meio do mercado são registradas a preços de consumidor (ou preços do comprador), o que é feito considerando o valor ou o preço básico acrescido de impostos, descontados os subsídios sobre os produtos, além das margens de comercialização e de transporte eventualmente incidentes sobre os produtos (IBGE, 2015a, p.2; United Nations, 2008, p. 101-103). Essa definição é válida para as transações registradas pelos esquemas privados de financiamento predominantes no Brasil: os planos e seguros de saúde e o desembolso direto. No primeiro caso, são registrados os preços pagos em despesas assistenciais das empresas de planos e seguros em benefício de seus segurados; no segundo, são registrados os pagamentos feitos pelas famílias para provedores privados por bens e serviços de saúde adquiridos.

Para o caso da provisão de bens ou serviços sem a intermediação mercantil ou por preços abaixo do custo ou do equivalente valor de mercado, a orientação do *System of National Accounts* (SNA) e do Sistema de Contas Nacionais do Brasil é o registro da despesa por meio da soma dos custos de sua produção (IBGE, 2015b, p. 8; United Nations, 2008, p. 106). Desta forma, a soma das despesas incorridas para a produção de bens ou serviços que são providos no SUS corresponderá à soma das despesas com remunerações, insumos e outros custos e despesas correntes necessários.

Os objetivos do SHA também incluem (OECD; Eurostat; WHO, 2017, p. 27):

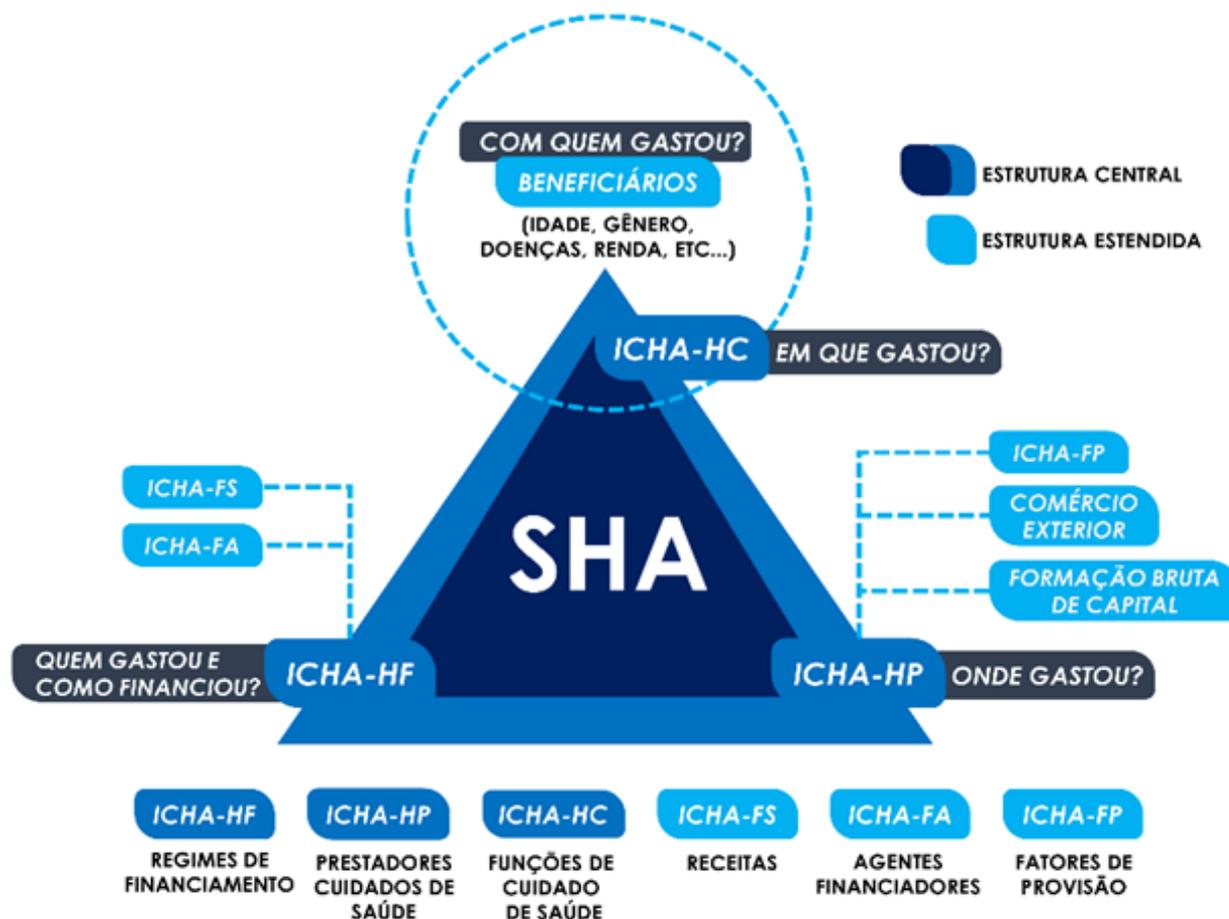
- Monitoramento de gastos em saúde: permitir que governos e instituições monitorem, de forma precisa e consistente, os gastos com saúde, analisando os recursos alocados para diferentes áreas e serviços.
- Transparência e prestação de contas: melhorar a transparência e a prestação de contas dos sistemas de saúde, mostrando claramente a origem e a aplicação dos recursos.
- Equidade e eficiência: analisar a distribuição e o impacto dos gastos em saúde, buscando identificar e aprimorar áreas de equidade e eficiência nos sistemas de saúde.
- Suporte à tomada de decisões e políticas públicas: auxiliar na formulação de políticas baseadas em dados robustos, permitindo que os formuladores de políticas façam ajustes para otimizar o sistema de saúde em termos de acesso, qualidade e sustentabilidade.

Desenvolvida pela OCDE, OMS e Eurostat, a metodologia SHA permite a análise dos gastos de saúde em três eixos (Brasil, 2018):

- Financiamento, apresentando quem financiou o sistema de saúde e de que forma isso ocorreu, a partir da classificação em Regimes ou Esquemas¹ de Financiamento à Saúde (ICHA-HF).
- Consumo, por meio da classificação em Funções de Cuidado à Saúde (ICHA-HC), indicando com o que foi realizada cada despesa.
- Provisão dos bens e serviços, por meio da classificação dos Prestadores (ICHA-HP), que revela os prestadores ou fornecedores de bens e serviços de saúde.

A **Figura 1** sintetiza a estrutura da metodologia, ilustrando os eixos: financiamento, consumo e prestadores de serviços de saúde.

¹ Para este Manual, esquemas ou regimes de financiamento possuem o mesmo significado.

Figura 1 – Dimensões do SHA

Fonte: adaptado de Brasil (2018)..

Anualmente, a OCDE, em conjunto com a OMS e a Eurostat, encaminha aos países-membros da OCDE, além dos países parceiros, como é o caso do Brasil, um questionário para o envio dos dados do SHA. Esse questionário é o *Joint Health Accounts Questionnaire* (JHAQ), contendo informações sobre os cruzamentos entre HFxHCxHP, além de dados relevantes como os “*Memorandum items*”, itens especiais para análise, bem como esclarecimentos acerca de fontes de informação utilizadas, comparabilidade dos dados, classificações centrais, classificações adicionais, revisões, entre outras.

2.2 O *System of Health Accounts* no Contexto Brasileiro

No Brasil, são utilizadas duas metodologias para a elaboração de contas de saúde: a Conta-Satélite de Saúde (CSS) e o SHA.

A CSS é elaborada desde os anos 2000, sob coordenação do IBGE. A primeira publicação, lançada em 2008, foi mais uma compilação de dados sobre economia da saúde no Brasil do que uma versão completa da CSS. Desde então, sete edições foram publicadas, abrangendo o período de 2005 a 2021.

A mudança do ano-base nas CSS em 2010 trouxe implicações importantes para a análise de séries temporais, tornando os dados de 2010 em diante não comparáveis com os de anos anteriores. O ano-base funciona como uma referência para o cálculo de preços constantes e para definir os parâmetros usados nas contas nacionais. Ele reflete a estrutura econômica e os preços de determinado período, sendo periodicamente atualizado para capturar mudanças na economia.

As CSS são desenvolvidas a partir de um desdobramento do Sistema de Contas Nacionais do Brasil, também elaborado regularmente pelo IBGE. Com enfoque macroeconômico, por meio do desenvolvimento de uma Tabela de Recursos e Usos (TRU) específica para o setor saúde, essas contas possibilitam a análise do setor a partir da ótica da produção, da demanda de bens e serviços de saúde e da distribuição do valor adicionado na ótica da renda. Por meio dela, podem ser encontradas ou calculadas informações como: a importação e a produção doméstica de bens e serviços de saúde; os impostos sobre produto e as margens de comercialização e de transporte; a oferta (recursos) a preços de consumidor; o consumo intermediário e os componentes da demanda final: exportações, consumo das famílias e do governo e o investimento – formação bruta de capital fixo e variação de estoques; além do valor adicionado, a sua distribuição em remunerações, excedente operacional bruto, tributos e o número de ocupações, todos segundo a atividade.

Por outro lado, o SHA tem uma ênfase financeira sobre o setor de saúde, fornecendo uma outra ótica de análise do setor, com um olhar mais direto acerca das relações internas do setor saúde (Brasil, 2022), bem como uma maior granularidade sobre os bens e serviços considerados e oferecidos. Apesar da inexistência de um manual brasileiro, os trabalhos com o SHA no Brasil remontam ao início dos anos 2000.

Ainda no início da década de 2000, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Ministério da Saúde e o IBGE iniciaram discussões acerca de uma metodologia para elaborar e implementar contas de saúde no Brasil. Esses esforços culminaram na

publicação da Portaria n.º 437, de 1º de março de 2006, que estabeleceu formalmente a Câmara Técnica das Contas de Saúde no Brasil². Essa Câmara, composta pelo MS, pelo Ipea, pelo IBGE, pela ANS e pela Fiocruz, concebeu o fórum de discussão primordial para o desenvolvimento das primeiras contas baseadas no SHA no País. A primeira publicação ocorreu em 2018, abrangendo dados entre 2010 e 2014.

Com a revogação, em 2019, da referida portaria, esse fórum permanente de discussões sobre o tema foi descontinuado. Apesar disso, o processo de elaboração do SHA continuou por conta do esforço de um grupo de pesquisadores relacionados às instituições membros da Câmara Técnica, mas sem a devida formalização e institucionalização que a temática merecia, sendo esses processos tão caros à gestão pública. Mesmo assim, em 2022, foi publicada a segunda versão do SHA-BR, com informações dos anos de 2015 até 2019. Desde então, não existem novas publicações do SHA-BR para o País, o que reforça a necessidade do processo de institucionalização e a importância deste documento.

Com essas duas publicações, percebe-se que a implementação do SHA tem sido progressiva, adaptando as diretrizes internacionais para atender às necessidades do País e integrando dados de várias fontes de informação. Se a primeira publicação *Contas do SUS na Perspectiva da Contabilidade Internacional: Brasil, 2010-2014* (Brasil, 2018) avançou apenas nos dados do SUS, a segunda publicação *Contas de Saúde na Perspectiva da Contabilidade Internacional: Conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019* (Brasil, 2022) contou com grandes avanços.

Além de incluir dados do SUS, a segunda publicação estimou os regimes de financiamento (HF) mais relevantes e sua distribuição em funções de cuidado (HC), com o detalhamento do setor privado. Essa publicação abrangeu os planos de saúde da saúde suplementar, o gasto do bolso – desembolso direto das famílias –, além de uma análise simplificada das despesas de servidores públicos e de seguros sociais obrigatórios.

A partir de 2023, a temática do SHA retoma destaque no Ministério da Saúde. Nesse contexto, a produção das contas firma-se sob a coordenação do Desid, inclusive com a criação de um Núcleo de Contas de Saúde, dentro da Sectics. Além disso, foi formalizada nas competências e atribuições do Desid a coordenação do *System of Health Accounts*. Apesar disso, ainda carece de um marco legal da Câmara Técnica de Contas de Saúde, que hoje funciona a partir da parceria informal dos participantes históricos.

2 A portaria foi assinada pelos ministros da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Em janeiro de 2024, firmou-se um acordo entre o MS e a OCDE. Como produtos principais, esse acordo previu a realização de um workshop, a elaboração deste Manual e a elaboração de um guia de boas práticas para o uso do SHA. Nesse contexto, entre os dias 17 e 20 de junho, foi realizado em Brasília o workshop “*System of Health Accounts: Institucionalização e Potencialidades no Brasil*”, com o objetivo de discutir a ferramenta com a academia, técnicos e principais partes interessadas (*stakeholders*) das instituições envolvidas.

O evento também proporcionou um espaço para debater melhorias metodológicas e as iniciativas em andamento no âmbito do Núcleo de Contas de Saúde, no processo de elaboração do SHA-BR.

3 PANORAMA GERAL DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) representou um marco importante na promoção de direitos sociais e civis da população brasileira. Promulgada após a Ditadura Militar (1964-1985) e durante o período de redemocratização, é reconhecida como a “Constituição Cidadã”. O documento estabeleceu direitos fundamentais em diversas áreas, incluindo a saúde, tratada especificamente na Seção II (“Da Saúde”) dentro do Capítulo II (“Da Seguridade Social”) do Título VIII (“Da Ordem Social”), em seus artigos 196 a 200 (Brasil, 1988). Nesses artigos, a saúde é definida como um direito de todos e um dever do Estado, que deve assegurar, mediante políticas sociais e econômicas, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196). O Estado também é responsável por regulamentar, fiscalizar e executar tais serviços (art. 197).

A promulgação da Constituição significou uma ruptura com o modelo assistencial vigente, que determinava o acesso à assistência à saúde à relação de trabalho formal³, por meio do vínculo com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)⁴. Esse cenário deu lugar ao SUS, instituído na Constituição Federal de 1988 e regulado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990), orientado pelos princípios do acesso universal e igualitário e do atendimento integral. O SUS trouxe inovações significativas, como a descentralização político-administrativa e financeira – em linha com o caráter da própria Constituição, a regionalização e a hierarquização dos serviços, além da participação social (Paim *et al.*, 2011).

A Constituição Federal de 1988 previu que as ações e os serviços públicos de saúde constituíssem um sistema único, em rede descentralizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), atendimento integral e participação da comunidade. Ela ainda previu a criação de um Orçamento da Seguridade Social que financiaria a saúde e contaria com contribuições de todos os entes federados. (Brasil, 1988).

3 Até então, o acesso à saúde no Brasil estava vinculado a duas principais possibilidades: a formalização no mercado de trabalho ou dotar de recursos suficientes para acesso ao mercado privado. Ressalta-se que o Brasil possui um histórico de considerável informalidade no mercado de trabalho.

4 Antes do Inamps, que foi criado em 1977, o acesso era vinculado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), de 1966. Antes do INPS, era vinculado aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) de diversas categorias profissionais, criados a partir dos anos 1930, na esteira do modelo de seguro social inaugurado com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas pela Lei “Eloy Chaves”, de 1923.

A Lei n.º 8.080/1990 reafirmou os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização da rede, criando as autoridades sanitárias (Ministério da Saúde no governo federal e as Secretarias de Saúde nos estados, no Distrito Federal e nos municípios), as competências de cada nível de governo no sistema e as formas de pactuação entre as autoridades. Além de competências comuns aos três níveis de governo, ficou reservada ao Ministério da Saúde, entre outras atribuições, a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, das redes de laboratórios de saúde pública, da vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária.

Atribuem-se às Secretarias de Saúde dos estados, entre outras responsabilidades, a promoção da descentralização dos serviços para os municípios, a coordenação e execução (em caráter complementar) de ações e serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, a identificação e gestão de hospitais e sistemas de alta complexidade de referência estadual ou regional, a coordenação da rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

Por sua vez, as Secretarias de Saúde municipais assumiram a responsabilidade principal pela execução dos serviços de saúde e pela participação na constituição da rede regionalizada e hierarquizada de saúde. Prevvia-se, assim, que os serviços fossem feitos pelos municípios, enquanto aqueles de maior complexidade ou com abrangência populacional superior ao nível municipal fossem realizados de forma regionalizada – por meio de uma pactuação entre municípios vizinhos e o estado – ou assumidos diretamente pelo governo estadual, de modo a garantir a oferta necessária de serviços⁵.

O modelo descentralizado do SUS conferiu maior protagonismo aos municípios na gestão e no financiamento das ações e dos serviços de saúde (De Souza; Andrade, 2020). Essa estruturação teve como pilar a articulação entre os entes federativos, com planejamento ascendente, iniciando nos níveis locais e culminando no âmbito federal (Brasil, 1988).

Contudo a criação de um sistema universal de saúde também exigiu a formulação de mecanismos financeiros robustos. Inicialmente, a Constituição previu o financiamento da saúde de forma conjunta com o da seguridade social (incluindo também a previdência e a assistência social) por meio de um orçamento próprio (art. 195 da CF 1988), replicado e detalhado na Lei n.º 8.080/1990. Apesar disso, o Orçamento da Seguridade Social não foi implementado à época, e o setor saúde passou por uma década sem regras claras de financiamento.

⁵ Para saber mais sobre o financiamento do SUS, acesse: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/introducao-sus/modulo2/aula4.html>

Somente com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000 foram estabelecidas regras de gasto mínimo com saúde para cada um dos entes federados (governo federal, estados, Distrito Federal e municípios), criando uma estabilidade mínima para o setor.

Doze anos depois, a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, manteve critérios de gasto mínimo em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), estipulando que os estados e o Distrito Federal destinassem pelo menos 12% de seus recursos próprios, enquanto os municípios deveriam aplicar no mínimo 15%. Além disso, a legislação detalhou o escopo das ASPS⁶.

A Lei Complementar n.º 141/2012 definiu também que os recursos da União vinculados às ASPS, repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, devem observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e da capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, em conformidade com as normas vigentes. Cabe ao Ministério da Saúde definir e publicar, anualmente, com base em metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), os montantes a serem transferidos a cada estado, ao Distrito Federal e a cada município para o custeio das ações e serviços públicos de saúde.

As regras de gasto mínimo federal foram modificadas pela EC n.º 86/2015 e pela EC n.º 95/2016 e, por fim, reestabelecidas em 2023 para o disposto pela n.º EC 86/2015, equivalendo a 15% da Receita Corrente Líquida. Com isso, ficava estabelecido um novo modelo assistencial para a população brasileira, marcado pela universalidade do SUS, tendo a participação do setor privado em caráter complementar.

Entre esses principais desafios do SUS, destacam-se o subfinanciamento – o cenário no Brasil aponta para um financiamento privado maior do que o público no País, em contraposição ao encontrado em outros países com sistemas universais de saúde –, a desigualdade regional na alocação de recursos e as dificuldades de desenvolvimento entre os três níveis de governo. A ausência de mecanismos eficientes para monitorar e avaliar a alocação de recursos agrava as disparidades no acesso aos serviços de saúde, principalmente em regiões menos aplicadas do País (Piola e Barros, 2016).

A Constituição de 1988 também estabeleceu, em seu artigo 199, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, o que favoreceu a expansão da oferta privada de serviços — especialmente os hospitalares — e impulsionou o crescimento de um amplo

6 A Lei n.º 141/2012 define quais são as despesas com ASPS em seu artigo 3º.

mercado de planos e seguros de saúde. Esse processo teve início antes da criação do SUS e continuou a se desenvolver após sua implementação (Paim *et al.*, 2011). O **Quadro 1** sintetiza os marcos históricos e legais da saúde brasileira, incluindo as produções das Contas Nacionais de Saúde mencionadas anteriormente.

Quadro 1 - Marcos do sistema de saúde no Brasil para produção de contas de saúde no Brasil

Ano	Acontecimento	Descrição
1953	Criação do Ministério da Saúde	O Ministério da Saúde foi criado para centralizar e coordenar as políticas públicas de saúde no Brasil, marcando o início da organização do setor.
1988	Constituição de 1988	A Constituição Federal de 1988 assegurou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, criando a base legal para a criação do SUS e a universalização do acesso à saúde.
1990	Lei n.º 8.080/1990 — SUS	A Lei n.º 8.080/1990 cria o SUS, que organiza e regulamenta a atenção à saúde no Brasil, com foco na universalidade, na equidade e integralidade do atendimento.
1990	Lei n.º 8.142/1990 — sobre a participação da comunidade e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde	A Lei n.º 8.142/1990 complementou a Lei n.º 8.080, descrevendo as instâncias colegiadas do SUS — Conferências e Conselhos de Saúde nos três níveis — e descreveu as condições para os repasses federais para entes subnacionais.
1993	Lei n.º 8.689/1993	Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), responsável pela gestão do antigo seguro social brasileiro.
1998	Lei n.º 9.656/1998 – Marco Regulatório da Saúde Suplementar	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
2000	Lei n.º 9.961/2000	Criação da ANS para regular os planos de saúde.

continua

continuação

Ano	Acontecimento	Descrição
2000	Emenda Constitucional n.º 29/2000	Altera a Constituição e assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde (atualização das despesas federais pelo crescimento nominal do PIB; gasto mínimo com saúde de um percentual das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais de 12% para estados e 15% para municípios).
2000	Institucionalização do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) pela Portaria Conjunta MS/PGR n.º 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR n.º 446, de 16 de março de 2004.	O Siops foi instituído como um sistema para coleta e análise de dados orçamentários da saúde, promovendo maior transparência e controle dos recursos públicos destinados ao setor.
2006	Portaria Interministerial n.º 437/2006 (revogada)	Institui Comitê Gestor e Grupo Executivo com o objetivo de viabilizar a realização das atividades de implementação e manutenção das contas de saúde no Brasil.
2008	Primeiras Contas Nacionais de Saúde	As Contas Nacionais de Saúde foram criadas para permitir a medição e o acompanhamento dos gastos públicos com saúde, oferecendo transparência e dados importantes sobre o financiamento do SUS.
2012	Lei Complementar n.º 141/2012	Regulamenta o art. 198, parágrafo 3º, da CF/1988; estabelece critérios de rateio de recursos para saúde; e cria normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas.
2014	Publicação da conta SUS (2010-2014)	Publicação da primeira versão do SHA no Brasil, que só continha a parte do HC referente ao SUS.

continua

conclusão

Ano	Acontecimento	Descrição
2015	Emenda Constitucional n.º 86/2015	Entre outras providências, estabeleceu o critério de gasto mínimo do governo federal como 15% da Receita Corrente Líquida (RCL).
2016	Emenda Constitucional n.º 95/2016	Instituiu o Novo Regime Fiscal federal, limitando a ampliação dos gastos à variação da inflação para o governo federal, não afetando as regras para estados e municípios.
2022	Publicação do <i>System of Health Accounts</i> do Brasil (2014-2019)	Publicação da segunda versão do SHA-BR, mais completa, contendo outros regimes de financiamento.
2022	Emenda Constitucional n.º 126/2022	Encerrou o Novo Regime Fiscal estabelecido pela EC n.º 95/2016.
2023	Lei Complementar n.º 200/2023	Em exigência à EC n.º 126/2022, a Lei Complementar 200/2023 estabelece o regime fiscal sustentável, reestabelecendo a regra de 15% da RCL para o gasto federal.

Fonte: elaborado pelos autores.

O sistema de saúde brasileiro é composto por três subsistemas (Paim et al., 2011):

[...] o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

O sistema público é representado principalmente pelo SUS, que assegura acesso universal e é utilizado, em caráter assistencial, por 71,5% da população, que depende exclusivamente dele para cuidados de saúde (IBGE, 2019). Vale ressaltar que todos os brasileiros são atendidos pelo SUS, direta ou indiretamente, uma vez que o sistema também é responsável por ações essenciais, como a vigilância sanitária, a vigilância

epidemiológica, a imunização e o sistema de transplantes, entre outros serviços que beneficiam a totalidade da população. Além disso, o setor público também inclui os subsistemas financiados majoritariamente com recursos públicos, mas com abrangência restrita, como é o caso das despesas com saúde dos servidores públicos civis e militares.

O subsetor privado corresponde ao setor provedor de serviços constituído por instituições privadas, lucrativas ou sem fins lucrativos. Esse setor privado está vinculado sobretudo ao subsistema de saúde suplementar, que é o seu maior financiador, contudo uma parte considerável das despesas desse setor é realizada por desembolso das famílias. O SUS também adquire serviços do subsetor privado, majoritariamente do setor filantrópico, mas também do setor com fins lucrativos.

O subsistema de saúde dito suplementar corresponde ao mercado de planos e seguros de saúde privados voluntários, obtidos principalmente como benefício empregatício, mas também por diversas modalidades de planos familiares ou coletivos por adesão, financiados pelas famílias. Ele se destaca como um subsistema à parte pela importância relativa dentro do sistema de saúde brasileiro, com uma cobertura que atingiu cerca de 25% da população desde 2014 (ANS, 2024b) e com 31% do gasto com saúde em 2019 (Brasil, 2022). O gasto per capita com planos privados está em um nível bastante superior ao do gasto do SUS e comanda a maior parte das despesas com serviços privados de saúde, sejam eles clínico ou ambulatoriais, de hospitais e de serviços diagnósticos (Costa *et al.*, 2022).

4 CLASSIFICAÇÕES SHA 2011 E O SETOR SAÚDE BRASILEIRO

4.1 Esquemas de Financiamento no Brasil – HF

Como detalhado em seu manual (OECD; Eurostat; WHO, 2017), a estrutura de financiamento do SHA pauta-se pela lógica de esquemas ou regimes de financiamento (em inglês, *health financing schemes*), por meio da classificação *International Classification for Health Accounts – Health Care Financing Schemes* (ICHA-HF). Os esquemas, ou regimes, de financiamento são, conforme a definição do SHA, arranjos por meio dos quais a população, ou cada grupo da população vinculado a um determinado regime, tem acesso a bens e serviços de saúde (Brasil, 2022).

Além do pagamento direto ao prestador de serviços, os esquemas de financiamento podem ser intermediados por uma instituição que atue como terceiro pagador (*third-party*), ou seja, por meio de um conjunto de regras que definem as condições de participação, os critérios de elegibilidade aos serviços para indivíduos ou grupos, bem como os mecanismos de captação e agregação dos recursos financeiros (OECD; Eurostat; WHO, 2017, p. 164). Tal definição desdobra o conceito de esquemas de proteção social definido pelo Sistema Europeu de Estatísticas de Proteção Social (Esspros) (OECD; Eurostat; WHO, 2017). Assim, constituem o arcabouço central que organiza e regula o financiamento e o acesso aos serviços de saúde em um país.

Os esquemas de financiamento podem ser definidos pela combinação de diversas características. As quatro principais, que estruturam a classificação do SHA, são as seguintes:

- **Modo de participação** (*mode of participation*): refere-se à relação entre os indivíduos (residentes no país) e cada esquema, podendo ser dividido em dois grandes grupos: (a) os **compulsórios ou obrigatórios** (*compulsory/obligatory*), caracterizados por cobertura automática e universal para todos os cidadãos, ou para determinados grupos, ou com participação e contribuição obrigatória definida pela lei; (b) os **voluntários** (*voluntary*), para os quais a cobertura é discricionária, a critério dos indivíduos ou dos empregadores.
- **Base para a elegibilidade ao benefício** (*basis for benefit entitlement*): refere-se às condições gerais para o acesso aos serviços em cada regime, podendo ser: (a) não contributiva, prevista na Constituição ou na legislação, caracterizada pela ausência de contribuição financeira específica por parte do beneficiário; (b) contributiva, em que a legislação ou o governo exigem uma contribuição

financeira realizada pelo indivíduo coberto ou em seu nome (como o seguro social); (c) discricionário, conforme escolha da entidade privada (empregador, instituição filantrópica, entidade estrangeira).

- **Método básico de arrecadação de fundos** (*method for raising funds*): refere-se ao mecanismo pelo qual as receitas de um determinado regime são definidas e arrecadadas, sendo classificadas em: (a) compulsórias, que incluem tributos gerais do governo ou pré-pagamentos obrigatórios, como as contribuições para seguros sociais; e (b) voluntários, que englobam pagamentos realizados de forma espontânea, seja para seguros privados, seja por meio de desembolsos diretos.
- **Mecanismos e extensão da agregação e realocação de recursos** (*mechanism and extent of the pooling and re-allocation of funds*): a agregação refere-se à combinação de recursos levantados por pessoas, ou em nome de um grupo de pessoas, com o objetivo de financiar o acesso a bens e serviços para esse mesmo grupo. Cada esquema é caracterizado pela presença ou ausência de agregação: quando presente, ela pode ocorrer em nível geográfico e/ou no âmbito do próprio esquema (como um seguro ou programa); quando ausente — como no caso do desembolso direto — os gastos são realizados individualmente, em benefício da pessoa ou de um dependente.

Utilizando essas quatro dimensões, podemos abordar os principais regimes de financiamento existentes no Brasil.

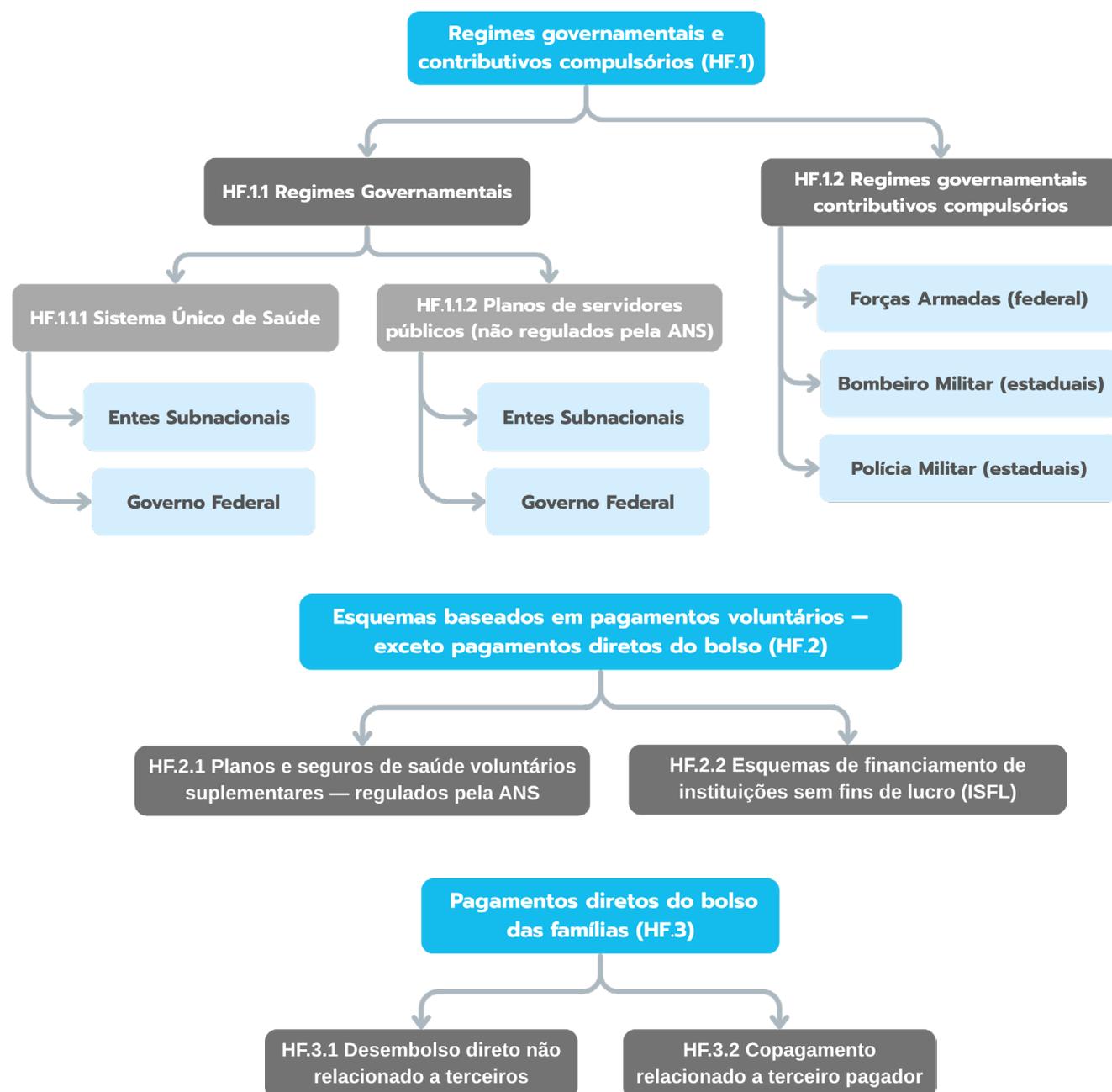
O SUS, por exemplo, é um regime compulsório (universal para cidadãos), não contributivo (não é preciso pagar uma contribuição para participar dele), com arrecadação de fundos compulsória (tributos gerais dos três níveis de governo o financiam) e com agregação interpessoal em todo o sistema (com realocação de fundos entre níveis de governo). Já os planos e seguros privados de saúde são regimes de participação voluntária (da família ou do empregador), de elegibilidade discricionária, com arrecadação voluntária de fundos (pré-pagamentos aos seguros privados) e com agregação de recursos, segundo cada instituição seguradora e cada plano ao qual se está vinculado. Os gastos por desembolso são de modo de participação voluntária, no momento do gasto, base de elegibilidade voluntária, por decisão de quem gasta, com arrecadação de fundos voluntária, por meio de desembolso, e sem agregação.

A lista de regimes de financiamento disposta no manual da OCDE difere um pouco do que é encontrado no Brasil. Essas diferenças decorrem das especificidades de cada

país, em que são realizadas adaptações a partir da realidade existente, enquanto o manual SHA foi desenvolvido para possuir a maior abrangência internacional possível.

No caso do Brasil, que possui um setor de saúde complexo, a **Figura 2** ilustra os regimes de financiamento identificados. Estes pontos são relevantes ao considerar que a partir dos HFs se inicia a estimativa do SHA-BR.

Figura 2 — Esquemas de financiamento identificados no Brasil



Fonte: adaptado pelos autores de Brasil (2022).

Duas informações que complementam a descrição dos regimes de financiamento são os agentes de financiamento e os tipos de receitas. Em linhas gerais, os regimes são arranjos financiados por receitas das unidades institucionais em função dos seus beneficiários (segundo a regra de cada um) e com administração própria. Os agentes de financiamento (*financing agents*) (classificação ICHA-FA) são unidades institucionais que operam ou administram os regimes (OECD; Eurostat; WHO, 2017, p. 156-157). Podem ser: governamentais (nacional ou subnacional, instituto de seguro social, entre outros, FA. 1); empresas seguradoras (FA. 2); empresas (não seguradoras, FA. 3); instituições sem fins lucrativos (FA. 4); as famílias (FA. 5); e o resto do mundo (FA. 6) (*Idem*, p. 447-452).

Os tipos de receitas (*types of revenues*) (classificação ICHA-FS) correspondem à abordagem utilizada para identificar, classificar e medir a combinação de fontes de receitas de cada esquema de financiamento. Elas podem ser, segundo a classificação básica: transferência de receitas governamentais domésticas (FS. 1), transferências de origem estrangeira distribuídas pelo governo (FS. 2), contribuições para o seguro social (FS. 3), pré-pagamentos compulsórios (FS. 4), pré-pagamentos voluntários (FS. 5), outras receitas domésticas (das famílias, das empresas e de instituições sem fins lucrativos, FS. 6) e transferências diretas de estrangeiros (FS. 7).

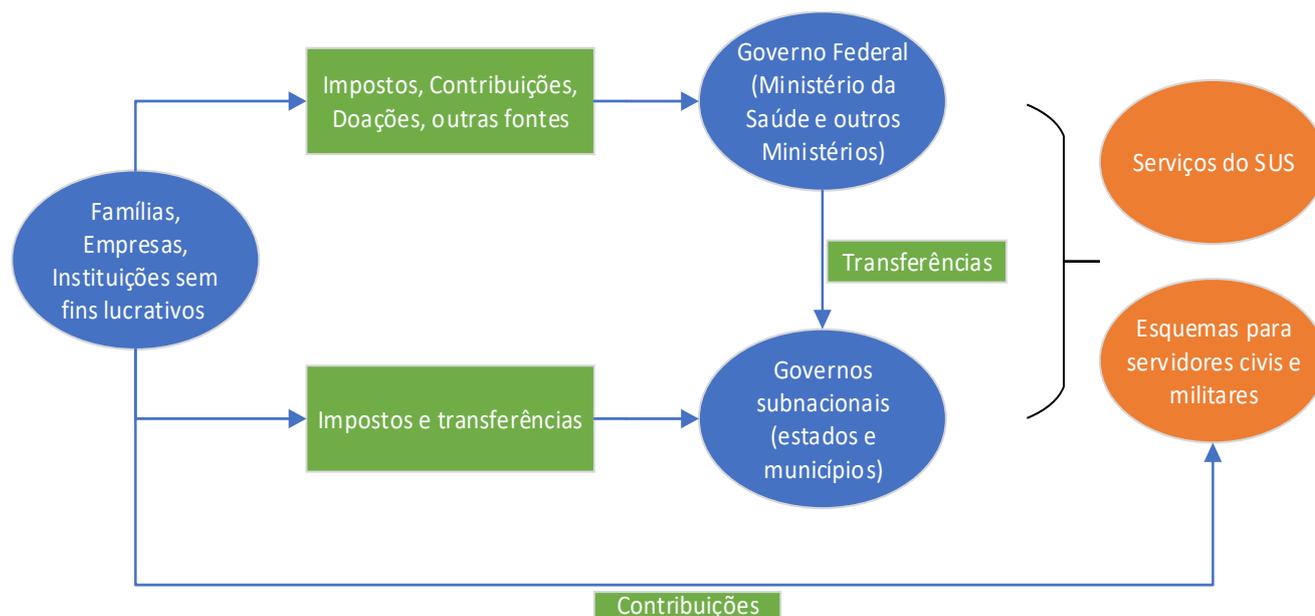
Dessa forma, é possível descrever os regimes com dimensões adicionais. O SUS é um esquema governamental financiado por diferentes tipos de tributos públicos (FS 1.1. "Transferências internas e subsídios") e administrado pelo Ministério da Saúde (FA 1.1.1) e pelas Secretarias de Saúde de estados, municípios e do Distrito Federal (FA 1.2). Os planos de saúde são financiados com pré-pagamentos voluntários das famílias (FS 5.1) e das empresas (FS 5.2), além das deduções do imposto de renda com despesas com planos de saúde (FS 1.3); sua administração cabe a diferentes instituições com fins lucrativos (FA 2.1) ou sem fins lucrativos (FA 2.2).

Nesta versão do Manual SHA-BR, a identificação de fontes de receitas e de agentes de financiamento é realizada apenas de maneira descritiva, sem a discussão do método do cálculo das receitas vinculadas a cada tipo de receita e a cada agente de financiamento, cabendo uma agenda de pesquisa mais detalhada para o futuro. Adiante, é feita a descrição dos tipos de receitas (ICHA-FS) de cada regime de financiamento do Brasil.

Em linhas gerais, os esquemas de financiamento do HF1 (regimes governamentais e contributivos compulsórios) referem-se àqueles financiados essencialmente com

recursos públicos (de tributos ou contribuições para seguro social), com vinculação compulsória (por cidadania ou regulação), independentemente do público-alvo, e agregam o maior volume de recursos na saúde do Brasil. A **Figura 3** ilustra resumidamente como se dá o financiamento desses esquemas no SHA-BR.

Figura 3 — Esquema de financiamento dos regimes governamentais e contributivos compulsórios



Fonte: elaborado pelos autores.

Por outro lado, os regimes HF.2 (esquemas baseados em pagamentos voluntários — exceto pagamentos diretos do bolso) e HF.3 (pagamentos diretos do bolso das famílias) possuem um financiamento majoritariamente privado⁷. Enquanto o HF.2 é financiado principalmente a partir dos benefícios pagos pelos empregadores aos funcionários (planos de saúde)⁸, o HF.3 é financiado diretamente pelas famílias, com despesas do próprio bolso.

Quando a vinculação a um plano ou seguro privado de saúde é feita por meio de gastos das famílias, é comum haver uma confusão entre a classificação HF. 2, que se refere a esquemas voluntários, e a HF. 3, relacionada ao desembolso das famílias. O Manual SHA (OECD; Eurostat; WHO, 2017) permite diferenciar os dois regimes por pelo menos dois aspectos.

⁷ No caso da HF.3, exclusivamente privados.

⁸ Nesse aspecto, há uma discussão sobre quem é o financiador. Como o valor sai diretamente da folha de pagamento dos funcionários, discute-se se esse financiamento não seria um financiamento direto do bolso. Para este Manual, segue o entendimento de Brasil (2022) de que esse valor se enquadra na HF.2.1.

Nos seguros privados, normalmente há mecanismos de agregação interpessoal e/ou intertemporal dos recursos financeiros (*pooling*), o que não ocorre no caso do desembolso. Os seguros privados são financiados por pré-pagamentos, desvinculados do momento do eventual uso de serviços de saúde, enquanto no desembolso a provisão de serviços é feita mediante pagamento. Portanto não é o fato de o regime ser financiado por recursos das famílias que caracteriza, por si só, um regime como desembolso (HF. 3), tanto é que são identificados dois tipos de receitas: (i) os pré-pagamentos voluntários das famílias (FS. 5.1) para planos e seguros; e (ii) as outras receitas das famílias (FS. 6.1) para o desembolso.

O **Quadro 2** detalha os regimes de financiamento (HF) e as fontes de recursos correspondentes (ICHA-FS).

Quadro 2 — Regimes de financiamento (HF) e fontes de recursos correspondentes (ICHA-FS)

Regime de financiamento (HF) detalhado	Receitas dos regimes de financiamento (FS)
HF.1.1.1. Sistema Único de Saúde (atendimento universal)	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
	FS 2. Transferências de governos estrangeiros
	FS 6. Outras receitas domésticas ⁹
HF.1.1.2. Planos de servidores públicos (não regulados pela ANS)	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
	FS 5. Pré-pagamento voluntário
HF.1.2. Regimes governamentais contributivos compulsórios	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
	FS 3. Contribuições do Seguro Social
HF.2.1. Planos e seguros de saúde voluntários suplementares (regulados pela ANS)	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
	FS 5. Pré-pagamento voluntário
	FS 6.1 Outras receitas domésticas das famílias
HF.2.2. Regimes de financiamento de instituições sem fins de lucro (ISFL)	FS 1. Transferências de receitas domésticas governamentais
	FS 2. Transferências de governos estrangeiros
	FS 6. Outras receitas domésticas ⁸
	FS 7. Transferências diretas do exterior

continua

9 Doações.

conclusão

Regime de financiamento (HF) detalhado	Receitas dos regimes de financiamento (FS)
HF.3.1. Desembolso direto não relacionado a terceiros	FS 6.1 Outras receitas domésticas das famílias
HF.3.2. Copagamento relacionado a terceiro pagador	

Fonte: adaptado de Brasil (2022).

4.1.1 Sistema Único de Saúde – HF.1.1.1

O HF.1.1.1 refere-se ao esquema de financiamento (HF) do SUS, sistema universal que tem como público-alvo toda a população brasileira. Desse modo, a totalidade da população brasileira está incluída automaticamente, de forma direta ou indireta, o que indica um total de 203 milhões de pessoas, segundo o último Censo (IBGE, 2023).

O SUS é o principal esquema público de financiamento em termos de volume de recursos no Brasil. Conforme apontado na seção 3 deste Manual, a legislação brasileira, especificamente a Constituição Federal e a Lei n.º 8.080/1990, estabelece que seu financiamento é tripartite, ou seja, compartilhado entre o governo federal, os estados e os municípios.

A definição de regras para despesas mínimas com ASPS em cada ente federado foi estabelecida a partir da Emenda Constitucional n.º 29/2000 (Brasil, 2000) e ratificada pela Lei Complementar n.º 141/2012 (Brasil, 2012). Essa lei também delimita que as despesas para as quais há apuração do gasto devem ser destinadas às ASPS de acesso universal, igualitário e gratuito, estar em conformidade com o Plano de Saúde de cada ente federado (plano quadrienal das políticas de saúde) e ser de responsabilidade específica do setor saúde. O artigo 3º da referida lei detalha essas despesas em seus incisos, englobando tanto despesas de consumo quanto de investimento.

É importante ressaltar que há despesas públicas com bens e serviços de saúde, ou gastos públicos para financiar essas despesas, que não estão vinculadas ao acesso universal. Essa distinção é importante, pois há gastos públicos destinados a outros regimes de financiamento que não o SUS, como os planos para servidores civis e os esquemas de seguro social para servidores militares.

Nesse contexto, são consideradas despesas do SUS aquelas relacionadas à prevenção, à assistência básica e à assistência de média e alta complexidade, à

vacinação, além de medicamentos para o consumo final, que incluem, por exemplo, o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). No caso do PFPB, ressalta-se que uma parte do programa prevê a coparticipação para a retirada de medicamentos. Essa discussão é realizada na seção 4.1.7.

Box 1 — Detalhamento do financiamento e das despesas públicas com o SUS no sistema federal de três níveis

Desde o ano 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) n.º 29/2000, o SUS possui a previsão de despesas mínimas com ASPS, que compreendem gastos correntes e de capital com saúde no SUS. Os entes subnacionais precisam gastar valores mínimos das suas respectivas Receitas com Impostos e Transferências Constitucionais e Legais (RITCL). Essas receitas são compostas, grosso modo, por impostos arrecadados em cada nível, mais as parcelas transferidas de receitas de impostos de outros entes, menos o valor dos impostos próprios transferidos para outros entes, conforme a Constituição Federal ou a legislação. Para municípios, o valor mínimo é de 15% dessas receitas enquanto o valor para os estados é de 12%. O Distrito Federal (DF) deve aplicar os percentuais correspondentes aos seus impostos estaduais e municipais. Por ser um ente federado distinto, o DF possui impostos estaduais e municipais, fazendo com que a conta altere de acordo com o tipo de imposto.

A regra para a despesa mínima do governo federal mudou ao longo dos anos. Entre 2000 e 2015, vigorou uma atualização anual da despesa existente com saúde por meio da variação nominal do PIB do País. A partir da EC n.º 86/2015, passou a valer a destinação de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União – receita total menos os valores transferidos para estados e municípios por determinação constitucional ou legal. Com a EC n.º 95/2016 (“Novo Regime Fiscal”), a regra passou a ser uma atualização anual do valor do início do período por meio do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Desde dezembro de 2022, com a revogação do “Novo Regime Fiscal”, foi reestabelecida a regra anterior, de 15% da RCL, aprovada por meio da Lei Complementar n.º 200/2023.

Os tipos de receitas que financiam o SUS provêm majoritariamente de transferências de receitas domésticas do governo (FS. 1), por meio de tributos – contribuições sociais¹⁰ e outros impostos gerais. No Brasil, são pouco relevantes as transferências de governos estrangeiros (FS.2) e outras receitas domésticas, como doações, (FS.6), que podem ser doações de pessoas jurídicas ou físicas.

Assim, são despesas com esse regime de financiamento aquelas efetuadas pelo governo federal pelos estados, pelos municípios e pelo Distrito Federal para o financiamento do SUS, realizadas basicamente pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos respectivos entes subnacionais.

Além disso, também são consideradas despesas do SUS aquelas realizadas por hospitais universitários (HUs) públicos vinculados ao setor educação. Como instituições não dedicadas exclusivamente à atividade de saúde, por serem também provedoras de serviços de educação (ensino e pesquisa), é preciso tomar decisões metodológicas sobre como incluí-las nas despesas com saúde, já que, normalmente, há um financiamento duplo do setor educação e do setor saúde.

Em primeiro lugar, o SHA prevê, na classificação de provedores (ICHA-HP), algumas orientações para adotar critérios para definir quanto das despesas de uma instituição não dedicada exclusivamente (ou mesmo minoritariamente) à saúde deve ser considerado gasto com saúde. Sugere-se identificar a importância relativa da atividade de saúde nas suas receitas, nas despesas com pessoal ou na carga horária do pessoal empregado (OECD; Eurostat; WHO, 2017, p. 124-126). Em segundo lugar, e talvez mais importante, uma orientação de contabilidade do setor educação feita pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), pela OCDE e pelo Eurostat indica que os gastos em hospitais universitários não devem ser registrados como gastos com educação. Portanto a orientação geral deste Manual é considerar os HUs públicos que prestam atenção ao SUS como parte do regime de financiamento.

No caso do governo federal, trata-se das despesas do Ministério da Educação (MEC) com HUs federais, instituições de ensino, pesquisa e assistência do SUS, sendo geralmente centros de referência para serviços de média e alta complexidade. Desta forma, integram-se ao SUS, de acordo com a Lei n.º 8080/1990, “mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa” (Brasil, 1990). O financiamento dessas instituições é misto, marcado mais recentemente por duas políticas importantes: a criação, em 2010, do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

¹⁰ Contribuições sociais são tributos que se vinculam a uma prestação do Estado em uma área específica de política pública. Neste caso, não são contribuições para seguro social.

(REHUF), que prevê o financiamento compartilhado entre o MS e o MEC; e a criação, em 2011, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao MEC, e a progressiva transferência da gestão dos HUs federais para essa empresa. As despesas de custeio (exceto as despesas com pessoal e com juros e encargos) e de investimento com os HUs federais passaram a integrar, a partir de 2024, a relação de ASPs previstas na Lei Complementar n.º 141/2012. Para o SHA-BR, o conjunto das despesas com esses hospitais é considerado parte do gasto com o SUS, independentemente dessa última alteração.

Como destacado anteriormente, as despesas estaduais são realizadas pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES); e as municipais, pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O financiamento do SUS, baseado em um modelo tripartite que envolve os governos federal, estaduais e municipais, é essencial para sustentar a universalidade e integralidade do sistema. Desse modo, de forma resumida, esse esquema de financiamento se dá por meio de:

$$HF.1.1.1 (SUS) = Governo\ Federal(MS + MEC/HUs) + Estados(SES) + Municípios(SMS)$$

Além dessas despesas, existem as despesas com hospitais universitários de estados e municípios, mas que ainda não foram mapeadas, ou seja, a estimativa atual do SUS ainda não conta com os recursos para esses hospitais.

Nesse contexto, a implementação de metodologias como o SHA-BR torna-se necessária para aprimorar a transparência e a eficiência na gestão do SUS. Essa abordagem contribui para a formulação de políticas públicas baseadas em dados concretos, facilitando uma tomada de decisões que visam corrigir desigualdades e melhorar a alocação de recursos.

4.1.2 Planos de servidores públicos (não regulados pela ANS) – HF.1.1.2

O HF.1.1.2 refere-se a um regime de financiamento (HF) público, mas não universal. Esse regime registra as despesas realizadas pelo governo federal, pelos estados e pelos municípios com seus servidores públicos. Por esse motivo, esses subsistemas são chamados de **clientela fechada**¹¹, pois não atendem ao princípio da universalidade

¹¹ A Resolução n.º 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde define clientela fechada em sua sétima diretriz.

presente no SUS, mesmo sua existência sendo resultante, parcial ou totalmente, de financiamento público. Registre-se que aqui se consideram os servidores dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário. Este esquema é classificado dentro do grupo HF.1.1 (regimes governamentais) porque tal classificação abrange quaisquer regimes mantidos pelo governo, independentemente de serem de acesso universal ou a grupos específicos. Por conta disso, desde a identificação desse regime, optou-se pela separação em HF.1.1.2 (para servidores), considerando as particularidades desse regime e a necessidade de uma identificação distinta.

Com isso, são várias as formas desses arranjos na Administração Pública brasileira. Podem ser semelhantes a seguros sociais obrigatórios, a planos não regulados pela ANS, baseados ou não na rede pública, contratação direta pelo servidor por meio de subsídios governamentais, contratação de planos de saúde privados intermediados e com financiamento do setor público, ou ainda a arranjos por meio de reembolsos e ressarcimentos (Brasil, 2022). Dessa forma, possuem natureza organizacional muito distintas.

A clientela fechada acaba por ser uma consequência da criação do SUS em 1988, regulado posteriormente pela Lei n.º 8.080/1990. Conforme destacado no Capítulo 3, até então a saúde no País era condicionada à atuação no mercado de trabalho, havendo então uma ruptura com o modelo de saúde vigente no Brasil até aquele momento. Normalmente, servidores públicos possuíam alguns tipos de vínculo com institutos ou programas específicos para acesso a bens e serviços de saúde. O SUS transforma essa lógica ao se pautar pelos princípios da integralidade, igualdade e universalidade. Todavia, no caso dos servidores públicos, foi deixada uma lacuna em relação à saúde dessa categoria de profissionais (Ramminger; Nardi, 2007). Antes do SUS, os servidores públicos estavam normalmente vinculados a esquemas específicos, distintos daqueles dos trabalhadores formais do setor privado e demais grupos cobertos.

A aprovação do Estatuto do Servidor Público, pela Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990, previu o direito à assistência à saúde específica para os servidores públicos, ativos ou inativos, e seus dependentes. Entretanto a mera existência dessa lei não foi capaz de preencher essa lacuna. Essa ausência permitiu, na esfera federal, que os ministérios e outros órgãos mantivessem ou criassem sistemas e serviços de saúde próprios ou prestados pela iniciativa privada com a concessão de benefícios por adesão (Sarmiento; Prazeres, 2010), gerando uma disparidade entre os órgãos. Em relação aos entes subnacionais, esse cenário descrito no nível federal acabou por se replicar, ficando ao encargo de cada estado e município a provisão de assistência à saúde do servidor.

Somente no governo federal em 2022, havia em torno de 834 mil servidores públicos estatutários, além de 251 mil temporários, 65,7 mil comissionados e 30,5 mil em regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), sem contar os dependentes e pensionistas, que também podem possuir acesso ao regime de financiamento. No caso dos estados e municípios, eram cerca de 3,35 milhões e 7,33 milhões respectivamente, independentemente da forma de contratação (Ipea, 2024).

Esses números apenas ajudam a dimensionar o tamanho das despesas com clientela fechada, não significando que essa seja a totalidade dos beneficiários vinculados aos esquemas desse tipo, dada sua natureza muitas vezes não obrigatória de adesão voluntária, apesar da disposição de obrigatoriedade da existência dos planos de saúde para servidores prevista na Lei n.º 8.112/1990. Isto é, na prática, há uma diferença considerável entre poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), órgãos e entes subnacionais para a disponibilidade desses esquemas, variando o tipo de benefício, a obrigatoriedade de adesão, entre outras características. Nesse sentido, ressalta-se a importância de avanços na identificação desses regimes de seguros para servidores públicos.

Dessa forma, consideram-se despesas para clientela fechada aquelas que financiam os planos de saúde de servidores, seja ele federal, estadual ou municipal. Há de se considerar que o Brasil possuía 5.568 municípios em 2024, o que dificulta o rastreamento desse esquema de financiamento. As despesas desse regime em relação aos municípios ainda não foram mapeadas, não havendo estimativas até o momento. Considera-se, porém, que o volume relevante para os municípios deve se encontrar nas capitais brasileiras, cidades com mais recursos, não sendo um montante considerável no resto dos municípios brasileiros, dado que nem todo ente subnacional possui um regime de planos de saúde constituído. Essa lacuna configura uma importante agenda de pesquisa futura. Assim, de forma resumida, esse esquema de financiamento se dá por meio de:

*HF.1.1.2 = Despesa de Assistência à Saúde aos Servidores do Governo Federal
+ Despesa de Assistência à Saúde aos Servidores dos Estados*

sendo a despesa dos municípios ainda não mapeada.

4.1.3 Regimes governamentais contributivos compulsórios – HF.1.2

O HF.1.2 refere-se a um regime de financiamento (HF) público, mas não universal. Esse regime registra as despesas realizadas pelo governo federal, pelos estados e municípios com as Forças Armadas e parte das forças de segurança pública.

Em 2023, havia aproximadamente 352 mil vínculos militares ativos na Administração Pública Federal, sem considerar os dependentes e pensionistas (Brasil, 2024). Dessa forma, pela mesma lógica da HF.1.1.2, por ser um sistema financiado primordialmente com recursos públicos, pode ser também considerado como clientela fechada, mas o que o classifica como HF.1.2 é a compulsoriedade do regime.

Os regimes governamentais contributivos compulsórios são conhecidos como os seguros sociais obrigatórios, uma forma de proteção social “que assegura benefícios somente a seus segurados” (Brasil, 2013, p.19). No Brasil, o seguro social obrigatório era um dos principais esquemas de financiamento de saúde, coordenado pelo Inamps e cobrindo os trabalhadores com vínculos formais até a criação do SUS em 1988 (Brasil, 2013). Atualmente, as Forças Armadas e parte das forças de segurança pública, como os Corpos de Bombeiros Militares (CBM) e as Polícias Militares (PM) de algumas unidades da Federação (UFs), ainda adotam esse tipo de esquema de financiamento (Brasil, 2022).

A assistência médico-hospitalar é um direito dos servidores militares e de seus dependentes previsto no Estatuto dos Militares (Brasil, 1980), além de ser obrigação do governo federal na provisão de assistência médica a ex-combatentes, seus dependentes, pensionistas e dependentes de pensionistas (Brasil, 1967, 1990). No âmbito das Forças Armadas, as fontes de financiamento de seu seguro de saúde são: (i) os aportes do governo federal (FS.1); (ii) as contribuições compulsórias dos servidores militares (FS.3); e (iii) o pagamento de coparticipação desses usuários pelos atendimentos realizados no País¹² (FS.6) (Brasil, 1986). Esses pagamentos de coparticipação efetuados pelos usuários conforme estabelecido no Decreto n.º 92.512/1986, e até o momento não são mensuráveis.

De acordo com o Decreto n.º 92.512/1986, os aportes do governo federal baseiam-se no fator de custos da assistência à saúde aos militares e seus dependentes, incluindo recursos: (i) para os atendimentos médico-hospitalares aos militares e seus dependentes; (ii) para o custeio de convênios e contratos relacionados à assistência à saúde dos militares; e (iii) demais despesas de assistência à saúde dos militares no País (Brasil, 1986).

¹² Decreto n.º 92.512, de 2 de abril de 1986, que estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes.

Considerando a Medida Provisória n.º 2.215-10/2001, regulamentada pelo Decreto n.º 4.307, de 18 de julho de 2002, a contribuição compulsória dos servidores militares será de até 3,5%, incidindo sobre a remuneração, a pensão ou os proventos na inatividade (Brasil, 2002).

Assim, consideram-se despesas com seguros obrigatórios aquelas que financiam a saúde das Forças Armadas e de parte das forças de segurança pública, seja federal, estadual ou municipal. Ressalta-se, todavia, que esse trabalho só mapeia atualmente a despesa com as Forças Armadas considerando o governo federal, sendo uma agenda de pesquisa futura estender para os entes subnacionais. Dessa forma:

HF.1.2.1 = Despesa com Saúde das Forças Armadas

4.1.4 Planos e seguros de saúde voluntários suplementares – regulados pela ANS - HF.2.1

O HF.2.1 refere-se a um regime de financiamento de contribuição voluntária, isto é, não há obrigatoriedade na adesão. Os planos e os seguros de saúde em questão são aqueles regulados pela ANS.

A ANS é uma agência vinculada ao Ministério da Saúde responsável por regular a maior parte dos planos de saúde no País¹³. Nesse sentido, a agência cria normas, controla e fiscaliza as empresas que atuam no setor para assegurar o interesse público. O setor possui diferentes empresas que atuam como operadoras de planos ou seguros de saúde, apesar de suas características distintas; por exemplo, sem fins lucrativos, cooperativas, seguradoras, empresas de sociedade anônima (S.A.), entre outras.

A saúde suplementar no Brasil possuía 50,8 milhões de beneficiários em dezembro 2023 (ANS, 2024). Esse regime de financiamento é composto pelos serviços de planos e seguradoras de saúde, tendo um financiamento majoritariamente privado, proveniente de benefícios a trabalhadores, mas com subsídios públicos (Pietrobon; Prado; Caetano; 2008).

Desse total de beneficiários (ANS, 2024), 17,0% são de planos individuais ou familiares (custeados com renda familiar), 71,5% de planos coletivos empresariais (custeados sobretudo por contribuições de pré-pagamento dos empregadores, podendo também contar com uma parcela ao prêmio contributivo dos empregados), e 11,5% de planos coletivos por adesão (financiados com pré-pagamentos das famílias), entre outros.

¹³ Os planos e seguros de saúde dos servidores públicos não são regulados pela ANS.

O financiamento privado advém de várias fontes como pré-pagamento voluntário individual, pré-pagamento voluntário de empregadores (FS.5) e receitas financeiras ou patrimoniais das operadoras (FS.6) (Brasil, 2022). No caso dos subsídios governamentais (FS.1), este se dão majoritariamente com a restituição de uma parcela do imposto de renda, já que os valores gastos com planos (assim como determinados tipos de serviços de saúde privados) são deduzidos do total da renda sobre a qual é cobrado o imposto (gasto tributário)¹⁴.

Desse modo, consideram-se como despesas com planos e seguros de saúde voluntários suplementares, regulados pela ANS, aquelas que financiam a saúde privada daqueles que pagam por um plano ou seguro, em qualquer ente federado do Brasil. Dessa forma:

HF.2.1 = Despesa com Planos e Seguros de Saúde regulados pela ANS

4.1.5 Esquemas de financiamento de instituições sem fins de lucro (ISFL) — HF.2.2

O regime de financiamento HF.2.2 refere-se a quaisquer regimes que sejam vinculados a instituições sem fins lucrativos (ISFL). Diferentemente dos regimes públicos, que são financiados pelo governo a partir de impostos, e dos regimes privados, que são financiados pelos empregadores ou pelas famílias, esse regime é financiado principalmente por contribuições e doações do público em geral, do governo e de empresas.

Esse regime é caracterizado por um modo de participação voluntário, um direito ao benefício não contributivo, definido pela instituição promotora do esquema, financiado por doações e com uma agregação normalmente vinculada aos programas. É muito importante separar esse tipo de regime do papel desempenhado por instituições sem fins de lucro como provedoras de bens e serviços de saúde: uma instituição, enquanto provedora de serviços, poderia ser financiada pelo SUS ou por um plano de saúde privado como terceiro pagador.

Exemplos possíveis da atuação de ISFL como regimes de financiamento são Organizações Não Governamentais (ONGs) que atuam na provisão de bens e serviços para populações específicas (por exemplo, gestantes e crianças durante a primeira infância), em geral vulneráveis, e/ou na provisão de bens e serviços de saúde que,

¹⁴ A partir dos dados da Receita Federal, o gasto tributário estimado em 2024 com planos e seguros de saúde foi de R\$ 40,73 bilhões de reais, em torno de 18,2% do orçamento do Ministério da Saúde para o mesmo ano.

embora previstos no SUS, tenham baixa oferta no sistema público e cujo acesso esteja muito vinculado a gastos por desembolso, como medicamentos, óculos, serviços odontológicos, consultas com especialistas ou mesmo cirurgias.

Além disso, a instituição responsável pelo esquema de financiamento pode, frequentemente, ser também a provedora do serviço, seja por meio da contratação de profissionais e aquisição de insumos, seja pela aquisição de medicamentos e outros bens médicos destinados à distribuição.

Em outros casos, a instituição pode financiar uma instituição provedora parceira para atender à população escolhida. É o caso de associações ou fundações filantrópicas vinculadas a grandes empresas que atuam nas áreas de educação, saúde, assistência social e cultura vinculadas a populações específicas, diferentes dos empregados das empresas.

Acerca da estimação desse regime, ainda não houve a elaboração de uma estratégia viável para que possibilite mensurar seu tamanho. Algumas fontes de informação foram mapeadas, como os dados de imposto de renda de pessoa física e jurídica, mas é necessária maior investigação para identificar quais dados podem ser obtidos dessas fontes e se condizem com o que se almeja identificar, portanto este Manual não apresentará esse regime na seção seis.

4.1.6 Desembolso direto não relacionado a terceiros — HF.3.1

O HF.3.1 refere-se ao regime de financiamento de despesas de saúde realizadas diretamente pelas famílias, sem a intermediação de terceiros, como planos de saúde, seguradoras ou instituições públicas. Esse regime é caracterizado por gastos diretamente do próprio orçamento, de forma voluntária, de acordo com a disposição a pagar de cada família, e representa um componente importante do financiamento da saúde no Brasil. Nesse caso, toda a população que se dispõe a realizar esse tipo de gasto se enquadra como beneficiária, não havendo distinção.

Nesse regime, os indivíduos ou famílias utilizam recursos próprios para pagar por serviços de saúde, medicamentos, dispositivos médicos, consultas, exames diagnósticos, tratamentos odontológicos, internações e outros bens e serviços relacionados à saúde. O financiamento desse regime ocorre por outras receitas domésticas (FS.6). Ainda que exista isenção tributária às famílias a partir da declaração de Imposto de Renda, famílias que declaram despesas médicas podem ter parte desses valores descontados da base de cálculo do imposto e, assim, serem restituídas.

O montante dispendido pelas famílias está intimamente ligado aos gastos catastróficos em saúde, principalmente para a população de menor renda. Esses gastos são uma forma relevante de avaliar a proteção financeira das famílias, sendo estabelecidos como despesas de saúde que ultrapassam determinados limites de renda preestabelecidos, podendo indicar barreiras relevantes de acesso à saúde (Torres *et al.*, 2024).

O peso do regime *out-of-pocket* é particularmente elevado em casos de condições crônicas ou doenças raras, que demandam tratamentos de alto custo e de longa duração.

HF.3.1 = Despesa das famílias com bens e serviços de saúde

4.1.7 Copagamento relacionado a terceiro pagador — HF.3.2

O HF.3.2, ainda que se refira a pagamentos do bolso das famílias, está circunscrito a outra lógica e, por isso, encontra-se em um regime distinto dentro da HF.3. Assim como no HF.3.1, esse regime também está relacionado aos gastos catastróficos. De acordo com o Manual SHA (OECD; Eurostat; WHO, 2017), os copagamentos relacionados a terceiros são subdivididos em:

- HF.3.2.1 – copagamentos realizados ao governo e seguros obrigatórios.
- HF.3.2.2 – copagamentos realizados aos planos e seguros de saúde voluntários.

No contexto brasileiro, esses dois tipos de copagamentos são tratados de forma única na classificação HF.3.2, refletindo a estrutura do financiamento de saúde no País.

Desse modo, esse regime é caracterizado por outras receitas domésticas (FS.6) relacionadas a um terceiro, o que pode ocorrer dentro da lógica do regime de planos e seguros de saúde regulados pela ANS (HF.2.1), em planos em que há coparticipação. Como destacado em Brasil (2022), esses pagamentos não são livremente definidos pelo contratante do plano, mas sim determinados em contratos ou regulamentações específicas, fazendo com que essas despesas sejam caracterizadas nesse regime de financiamento.

Além desse modelo de copagamento, os pagamentos realizados pelas famílias para a aquisição de medicamentos subsidiados dentro do PFPB também se incluem nesse regime.

HF.3.2 = Copagamento das famílias relacionadas a um terceiro pagador

O **Quadro 3** sintetiza as principais informações acerca dos Regimes de Financiamento no Brasil.

Quadro 3 — Resumo dos principais critérios dos esquemas de financiamento brasileiros

Regime de financiamento (HF)	Modo de participação	Direito ao beneficiário	Método básico para arrecadação	Método de agregação (<i>pooling</i>)
Sistema Único de Saúde — HF.1.1.1	Automático para toda a população e estrangeiros residentes e não residentes.	Não contributivo, universal e integral.	Impostos e taxas, entre outras de menor dimensão.	Nacional e subnacional.
Planos de servidores públicos (não regulados pela ANS) — HF.1.1.2	Pela Lei n.º 8.112/1990, é obrigatória a disponibilização desses planos, mas não necessariamente sua adesão.	Pode ou não ser contributivo, baseado na determinação em cada esquema.	Impostos e taxas, contribuição dos beneficiários e subsídio governamental.	Por cada esquema.
Regimes governamentais contributivos compulsórios — HF.1.2	Obrigatório para os servidores militares, definido por lei.	Contributivo.	Impostos e taxas, contribuição dos beneficiários e subsídio governamental.	Por cada força (Marinha, Exército e Aeronáutica).
Planos e seguros de saúde voluntários suplementares — regulados pela ANS — HF.2.1	Voluntário.	Pode ou não ser contributivo, baseado na determinação em contrato.	Benefícios pagos pelos empregadores, subsídios governamentais, renda das famílias.	Dentro de cada seguradora.

continua

conclusão

Regime de financiamento (HF)	Modo de participação	Direito ao beneficiário	Método básico para arrecadação	Método de agregação (<i>pooling</i>)
Esquemas de financiamento de instituições sem fins de lucro (ISFL) — HF.2.2	Voluntário.	Não contributivo.	Doações do público em geral, do governo e de empresas.	Em geral, dentro de cada programa.
Desembolso direto não relacionado a terceiros — HF.3.1	Voluntário, a partir da disposição a pagar.	Contributivo. Os serviços são prestados de acordo com o pagamento.	Renda ou poupança das famílias.	Não há.
Copagamento relacionado a terceiro pagador — HF.3.2	Obrigatório.	Contributivo. Os serviços são prestados de acordo com o pagamento.	Renda ou poupança das famílias.	Não há.

Fonte: elaborado pelos autores.

4.2 Funções de Cuidado à Saúde – HC

Em linhas gerais, as funções de *Health Care* (HC) no contexto do SHA são definidas de acordo com as atividades, os bens e serviços relacionados à atenção à saúde (ICHA-HC), considerando aspectos como o tipo de cuidado, os objetivos de saúde e o local de provisão, conforme detalhado no manual da OCDE. O SHA foca o gasto corrente que envolve o contato direto da população com os sistemas de saúde com o objetivo de satisfazer as necessidades de saúde (OECD; Eurostat; WHO, 2017).

Essas funções de cuidado (HC) são fundamentais para mapear e classificar os recursos e serviços oferecidos dentro de um sistema de saúde, procurando mostrar em que e com quem foi realizada a despesa em saúde (Brasil, 2018). Essa lógica é a que mais se aproxima de uma análise funcional do gasto de modo mais semelhante ao que existe na contabilidade pública brasileira, isto é, uma análise por função e subfunção (Brasil, 2022). No caso da contabilidade do Brasil, no entanto, são apenas seis subfunções, por natureza, vinculadas à Função Saúde: 301 — atenção básica;

302 – atenção hospitalar e ambulatorial; 303 – suporte profilático e terapêutico; 304 – vigilância sanitária; 305 – vigilância epidemiológica; e 306 – alimentação e nutrição.

O HC compreende categorias amplas, como: (i) **HC.1** – cuidados médicos e assistenciais gerais de caráter individual – atenção curativa; (ii) **HC.2** – atendimentos de reabilitação; (iii) **HC.3** – cuidados de longo prazo; (iv) **HC.4** – atividades complementares ao diagnóstico e tratamento; (v) **HC.5** – medicamentos e artigos médicos; (vi) **HC.6** – prevenção, promoção e vigilância em saúde; e (vii) **HC.7** – gestão e regulação do sistema.

No Brasil, as especificidades locais adaptam as categorias de HC para refletir a complexidade do sistema nacional e as classificações existentes nos sistemas de informação de saúde brasileiros. A combinação dessas categorias com os esquemas de financiamento (HF) possibilita um entendimento detalhado dos fluxos de recursos e da organização do sistema de saúde. O **Quadro 4** detalha as classificações das funções de cuidados à saúde (ICHA-HC) utilizadas na produção do SHA-BR.

Quadro 4 – Classificação das funções de cuidados à saúde (ICHA-HC) utilizadas na produção do SHA do Brasil

FUNÇÕES DE CUIDADO À SAÚDE
<p>HC 1 – Atenção curativa</p> <p>HC 1.1 – Internações gerais</p> <p>HC 1.2 – Hospital-dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e longo prazo)</p> <p>HC 1.3 – Atenção curativa ambulatorial</p> <p style="padding-left: 20px;">HC 1.3.1 – Atenção curativa ambulatorial básica</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>HC 1.3.1.1 – Atenção ambulatorial básica (SHA-BR)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>HC 1.3.1.2 – Atenção ambulatorial básica – urgência (SHA-BR)</i></p> <p style="padding-left: 20px;">HC 1.3.2 – Atenção ambulatorial odontológica</p> <p style="padding-left: 20px;">HC 1.3.3 – Atenção ambulatorial especializada (exceto reabilitação e longo prazo)</p> <p style="padding-left: 40px;"><i>HC 1.3.3.1 – Atenção ambulatorial especializada (SHA-BR)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>HC 1.3.3.2 – Atenção ambulatorial especializada – emergência (SHA-BR)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>HC 1.3.4 – Atendimento curativo ambulatorial – práticas alternativas (SHA-BR)</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>HC 1.3.9 – Atenção ambulatorial – não especificado (SHA-BR)</i></p> <p>HC 1.4 – Atendimentos gerais em domicílio</p>

continua

continuação

FUNÇÕES DE CUIDADO À SAÚDE

HC 2 – atendimentos de reabilitação

- HC 2.1 – Internações em reabilitação
- HC 2.2 – Hospital-dia em reabilitação
- HC 2.3 – atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial
- HC 2.4 – atendimentos domiciliares em reabilitação
- HC 2.9 – *Atendimentos de reabilitação não especificado (SHA-BR)*

HC 3 – Cuidados de longo prazo

- HC 3.1 – Internações de longo prazo e psicossociais
- HC 3.2 – Hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais
- HC 3.3 – atendimentos ambulatoriais de longo prazo e psicossociais
- HC 3.4 – Cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares

HC 4 – Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento

- HC 4.1 – Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos
- HC 4.2 – Exames de imagem e métodos gráficos
- HC 4.3 – Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência
 - HC 4.3.1 – *Transporte de pacientes, inclusive subsídios (SHA-BR)*
 - HC 4.3.2 – *Transporte de pacientes – emergência (SHA-BR)*
- HC 4.9 – *Outras atividades complementares ao diagnóstico e tratamento (SHA-BR)*

HC 5 – Medicamentos e artigos médicos

- HC 5.1 – Medicamentos e artigos médicos não duráveis
 - HC 5.1.1 – Medicamentos com obrigatoriedade de prescrição
 - HC 5.1.1a – *Medicamentos com obrigatoriedade de prescrição, exceto o PFPB (SHA-BR)*
 - HC 5.1.1b – *Programa Farmácia Popular do Brasil (SHA-BR)*
 - HC 5.1.2 – Medicamentos isentos de prescrição
 - HC 5.1.3 – Outros artigos médicos não duráveis
- HC 5.2 – Órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares
 - HC 5.2.1 – Óculos, lentes e produtos oftalmológicos
 - HC 5.2.2 – Próteses e outros dispositivos para audição
 - HC 5.2.3 – Órteses e outros dispositivos para ortopedia e mobilidade
 - HC 5.2.4 – *Órteses e outros dispositivos para saúde bucal (SHA-BR)*
 - HC 5.2.9 – *Outras órteses e dispositivos não especificados (SHA-BR)*
- HC 5.3 – *Atividades complementares à obtenção de produtos médicos e tecidos humanos (SHA-BR)*

continua

conclusão

FUNÇÕES DE CUIDADO À SAÚDE

HC 6 – Cuidados preventivos

- HC 6.1 – Programas de informação, educação e aconselhamento
- HC 6.2 – Programas de imunização
- HC 6.3 – Programas para detecção precoce de doenças
- HC 6.4 – Programas de monitoramento de populações saudáveis
- HC 6.5 – Programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença
- HC 6.6 – Programas de recuperação de desastres e respostas emergenciais

HC 7 – Governança e administração do financiamento do sistema de saúde

- HC 7.1 – Governança e administração do sistema de saúde
- HC 7.2 – Administração do financiamento da saúde

HC 9 – Outras atividades de saúde não classificadas

Fonte: Conta SHA (2015-2019) (Brasil, 2022), adaptado pelos autores.

Observação: em itálico e com “SHA-BR” ao lado estão as classificações específicas do sistema brasileiro, sem correspondência direta no SHA 2011.

No Anexo A, consta um glossário da classificação de funções de cuidados de saúde e suas categorias conforme o SHA 2011, com correspondência direta no sistema de saúde do Brasil.

O SHA sugere a identificação de itens específicos — os *Memorandum items* —, como gasto total com medicamentos, gastos com práticas integrativas ou gastos com serviços de saúde pública e prevenção. Neste momento, ainda não houve avanço no desenvolvimento acerca dos itens de memorando especificados na coleta de dados conjunta do SHA, em colaboração com a OCDE, o Eurostat e a OMS.

4.3 Provedores de Cuidados de Saúde – HP

Os provedores de cuidados de saúde são aqueles que realizam atividades relacionadas à atenção à saúde, provendo bens e serviços como sua função principal ou secundária. A OCDE reconhece que esses provedores variam conforme as estruturas legais, organizacionais e operacionais de cada país, mas existem elementos comuns na forma de organização e provisão de cuidados. A classificação internacional de

provedores de saúde (ICHA-HP) organiza essas entidades em categorias globais, com base na principal atividade que desempenham.

No Brasil, essa classificação foi adaptada para criar categorias mais relevantes, de acordo com critérios nacionais, mas mantendo a conexão e alguma correspondência com a classificação internacional estabelecida pela OCDE. Isso permite uma comparação mais precisa entre os sistemas de saúde de diferentes países, destacando a diversidade de arranjos organizacionais e mecanismos de financiamento existentes (Brasil, 2022; OECD; Eurostat; WHO, 2017). O **Quadro 5** detalha os provedores e os estabelecimentos de cuidados de saúde no Brasil.

Todavia cabe ressaltar que, por conta da limitação de dados, principalmente em relação à saúde suplementar e aos regimes públicos não SUS, o Brasil não submete o cruzamento com os provedores no JHAQ. Desse modo, destaca-se que esta seção serve mais em termos informativos do que especificamente para questões de desenvolvimento de método, havendo a necessidade de um avanço nesse aspecto.

Quadro 5 — Classificação de provedores de cuidados de saúde no Brasil

PROVEDOR/ESTABELECIMENTO
01 - Hospital
02 - Unidade de Cuidados Domiciliares
03 - Unidade de Teleatendimento
04 - Consultório Isolado
05 - Unidade de Atenção especializada — Psicossocial
06 - Unidade de Atenção Primária
07 - Unidade Ambulatorial de Urgência e Emergência
08 - Ambulatório Especializado
09 - Unidade Móvel
10 - Laboratório e Centro Diagnóstico
11 - Farmácia
12 - Unidade de Gestão e Apoio Logístico
13 - Unidade de Vigilância e Prevenção em Saúde
14 - Não Classificado

Fonte: Brasil (2022) com base em OECD, Eurostat e WHO (2017).

Observação: classificações adaptadas ao contexto do sistema de saúde brasileiro.

5 FONTES DE DADOS



A viabilidade de desenvolver uma contabilidade para despesas em saúde, no contexto do SHA, depende da disponibilidade de bases de dados adequadas e atualizadas, que abranjam suas diferentes dimensões. O Brasil possui bancos de dados bastante detalhados, contendo informações sobre os gastos por fontes e agentes de financiamento, funções de cuidados de saúde, prestadores de serviços e beneficiários.

O **Quadro 6** apresenta uma visão geral das bases de dados ou sistemas de informação que fornecem as principais informações sobre o financiamento, as despesas e a produção/utilização de serviços em cada ponto desse fluxo, bem como o responsável pelo sistema e sua aplicabilidade na produção do HCxHFxHP no SHA-BR.

Quadro 6 – Fontes de informação utilizadas na produção do SHA-BR

Responsável	Sigla	HF	HC	HP	Acesso público?
Ministério da Saúde	Siops	Sim	Sim	Não	Sim
Ministério da Saúde	Sisab	Não	Sim	Sim	Sim
Ministério da Saúde	SIH/SUS	Não	Sim	Sim	Sim
Ministério da Saúde	SIA/SUS	Não	Sim	Sim	Sim
Ministério da Saúde	Sigtap	Não	Sim	Não	Sim
Ministério da Saúde	Cnes	Não	Sim	Sim	Sim
Ministério da Saúde	FNS	Sim	Não	Não	Sim
Ministério da Fazenda	Siafi	Sim	Sim	Não	Não
Senado Federal	Siga Brasil	Sim	Sim	Não	Sim

continua

conclusão

Responsável	Sigla	HF	HC	HP	Acesso público?
Ministério do Planejamento e Orçamento	Siape	Não	Sim	Não	Não
Governos Subnacionais	Portais da Transparência dos estados e do Distrito Federal	Sim	Não	Não	Sim
Ministério da Saúde	SI-PNI	Não	Sim	Sim	Sim
ANS	Diops	Sim	Não	Não	Sim
ANS	Tiss	Não	Sim	Não	Sim
ANS	SIP	Sim	Não	Não	Sim
IBGE	Sidra	Sim	Não	Não	Sim

Fonte: elaborado pelos autores.

A seguir, está descrito, de maneira detalhada, cada um dos sistemas de informação utilizados na produção do SHA, destacando sua natureza e os marcos legais que os institucionalizam.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde — Siops

O Siops foi criado para aferição do gasto mínimo em saúde nos estados, no Distrito Federal, nos municípios e no governo federal do Brasil.

O sistema inclui informações sobre receitas e despesas destinadas às ações e aos serviços de saúde, além de registros administrativos de natureza declaratória, em conformidade com a classificação de receitas e despesas definida pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN) por meio de portarias específicas. Instituído pela Portaria Conjunta MS/PGR n.º 1.163, de 11 de outubro de 2000, e posteriormente retificado pela Portaria Interministerial MS/PGR n.º 446, de 16 de março de 2004, o sistema é de responsabilidade do Ministério da Saúde.

O sistema organiza os dados de acordo com as subfunções orçamentárias da saúde, conforme o *Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (McasP)*, além de dispor as informações de acordo com a origem dos recursos. As subfunções da saúde (atenção básica, assistência ambulatorial e hospitalar, suporte profilático

e terapêutico, entre outras) não possuem correspondência direta com as funções de cuidado SHA (ICHA-HC).

Os dados são preenchidos pelos entes federados, coletados e disponibilizados bimestralmente, abrangendo todo o território nacional, com detalhamento por estado, Distrito Federal, município e governo federal. As informações estão acessíveis ao público no site do Siops (<http://Siops.datasus.gov.br>) e no TabNet, plataforma do Ministério da Saúde. O uso do sistema é um requerimento legal e obrigatório, fornecendo transparência e controle principalmente sobre a aplicação mínima de recursos em saúde por cada ente federativo. A não submissão das informações pode implicar em punições legais.

Quadro 7 – Argumento de identificação e descrição do Siops

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério da Saúde
Marco legal	Portaria Conjunta MS/PGR n.º 1.163/2000 e Portaria Interministerial MS/PGR n.º 446/2004
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Bimestral
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Apuração o gasto mínimo em saúde, além de monitorar a execução orçamentária da saúde nos entes federativos e as receitas totais.
Abrangência geográfica	Governo federal, estados, Distrito Federal e municípios
Uso no SHA-BR	Identifica as despesas com saúde dos estados e municípios. A partir das informações do Siops também são calculados os fatores de expansão, descritos na seção métodos.

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – Sisab

O Sisab foi criado para integrar e fornecer informações detalhadas sobre as ações e os serviços prestados pelo SUS, com foco específico na Atenção Básica.

O sistema abrange dados sobre as ações, os procedimentos e a gestão da saúde nos municípios, nos estados e na União. Instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.412, de 10 de julho de 2013, do Ministério da Saúde, o Sisab tem como objetivo consolidar e coletar informações sobre a execução das ações de saúde em todas as esferas de governo, promovendo o acompanhamento e o controle social. Utiliza as fichas de

atendimento como base para coleta de dados e contém informações sobre consultas, visitas domiciliares, procedimentos odontológicos e de atividades coletivas.

O acesso aos dados é público e pode ser realizado por meio do portal oficial do sistema (<https://sisab.saude.gov.br/>). No contexto do SHA-BR, os valores presentes no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Sigtap), descritos a seguir, são utilizados para calcular os valores dos procedimentos registrados no Sisab.

Quadro 8 – Argumento de identificação e descrição do Sisab

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério da Saúde
Marco legal	Portaria GM/MS n.º 1.412/2013
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Mensal
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Prestar informações sobre ações e serviços de saúde prestados pela Atenção Básica no SUS
Abrangência geográfica	Governo federal, estados, Distrito Federal e municípios
Uso no SHA-BR	Identifica a produção acerca dos procedimentos realizados na Atenção Básica

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS

O SIH/SUS foi criado para registrar e processar dados relacionados aos serviços hospitalares prestados no âmbito do SUS incluindo informações sobre internações, diagnósticos, procedimentos realizados, período de internação e valor pago pelos procedimentos de acordo com a Tabela SUS (Sigtap).

O SIH/SUS reúne registros administrativos, provenientes das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que são preenchidas pelas unidades hospitalares públicas e privadas contratadas pelo SUS. Instituído pela Portaria GM/MS n.º 896, de 2 de julho de 1990, o sistema é de responsabilidade do Ministério da Saúde e tem como objetivo apoiar o pagamento e a gestão dos serviços hospitalares prestados.

Os dados são coletados mensalmente e disponibilizados no portal do Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS), com abrangência nacional e granularidade em nível de estabelecimento, oferecendo detalhamento

por estado e município. As informações estão acessíveis ao público no site do DataSUS (<http://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>), permitindo consultas detalhadas sobre internações e procedimentos hospitalares no País.

Quadro 9 – Argumento de identificação e descrição do SIH/SUS

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério da Saúde
Marco legal	Portaria GM/MS n.º 896/1990
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Mensal
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Prestar informações sobre os serviços hospitalares no âmbito do SUS
Abrangência geográfica	Governo federal, estados, Distrito Federal e municípios
Uso no SHA-BR	Identifica as informações de produção das internações hospitalares no âmbito do SUS.

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS

O SIA/SUS foi criado para registrar e processar dados sobre os atendimentos ambulatoriais realizados nas unidades públicas e privadas contratadas pelo SUS. O sistema utiliza a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (Apac) como base para coleta de dados, abrangendo informações sobre consultas médicas, exames, procedimentos e valor pago por cada um deles, de acordo com a Tabela SUS (Sigtap).

Instituído pela Portaria GM/MS n.º 896, de 2 de julho de 1990, o SIA/SUS é responsabilidade do Ministério da Saúde e gerido pelo DataSUS. Os dados são coletados mensalmente e disponibilizados no portal DataSUS, com abrangência nacional, incluindo dados detalhados por estado, município e estabelecimento.

A periodicidade de atualização é mensal, com a divulgação dos dados ocorrendo com uma defasagem de cerca de três meses. As informações estão acessíveis ao público no site do DataSUS (<https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>) e na plataforma TabNet, permitindo o acesso a tabulações detalhadas sobre os atendimentos ambulatoriais realizados no País.

Quadro 10 – Argumento de identificação e descrição do SIA/SUS

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério da Saúde
Marco legal	Portaria GM/MS n.º 896/1990
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Mensal
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Prestar informações sobre os serviços ambulatoriais no âmbito do SUS
Abrangência geográfica	Governo federal,, estados, Distrito Federal e municípios
Uso no SHA-BR	Identifica a produção ambulatorial no âmbito do SUS

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – Sigtap

O Sigtap foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde para gerenciar a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) utilizada no SUS. Atualizado mensalmente, o sistema promove a padronização e a transparência na gestão de recursos, sendo essencial para autorizações, faturamentos e auditorias dos serviços prestados. É utilizado como parâmetro para a transferência de recursos entre governo federal, estados, Distrito Federal e municípios.

Instituído pela Portaria MS n.º 321, de 8 de fevereiro de 2007, o Sigtap desempenha um papel estratégico ao valorar os procedimentos cobertos pelo SUS. As informações estão acessíveis ao público no site do sistema (<https://sigtap.datasus.gov.br/>).

Quadro 11 – Argumento de identificação e descrição do Sigtap

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério da Saúde
Marco legal	Portaria MS n.º 321/2007
Tipo de registro	Registros administrativos
Periodicidade	Mensal
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Gerir a tabela de procedimentos do SUS, permitindo o faturamento de serviços de saúde
Abrangência geográfica	Governo federal, estados, Distrito Federal e municípios

continua

conclusão

Argumento	Descrição
Uso no SHA-BR	Valorar os procedimentos do SIA/SUS e do Sisab. Há uma tabela tradutora entre procedimentos SIGTAP e funções de cuidado SHA, disponíveis no Anexo B.

Fonte: elaborado pelos autores.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Cnes

O Cnes é uma base de dados que visa abranger a totalidade dos estabelecimentos de saúde no Brasil, incluindo informações sobre área física, recursos humanos, equipamentos e serviços prestados, tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Sua principal natureza é administrativa, sendo uma ferramenta essencial para a gestão de diversos sistemas de informações do SUS.

Instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.890, de 18 de dezembro de 1997, e com regulamentações posteriores, o Cnes é de responsabilidade do Ministério da Saúde. O sistema coleta dados como nome do estabelecimento, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), recursos físicos e humanos, entre outros.

Os dados são atualizados pelos gestores estaduais e municipais, com disponibilização pública por meio do portal do Cnes, no site do DataSUS (<https://cnes.datasus.gov.br/>). A periodicidade de atualização dos dados é mensal, com a tabulação disponibilizada após aproximadamente 45 dias.

Quadro 12 – Argumento de identificação e descrição do Cnes

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério da Saúde
Marco legal	Portaria GM/MS n.º 1.890/1997
Tipo de registro	Pesquisa por estabelecimento ou empresa censitária
Periodicidade	Mensal
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Dispor sobre informações da totalidade dos estabelecimentos de saúde do País
Abrangência geográfica	Governo federal, estados, Distrito Federal e municípios
Uso no SHA-BR	Identifica os estabelecimentos de saúde no âmbito do SUS e o ente federativo responsável pela sua gestão.

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema Integrado de Administração Financeira – Siafi

O Sistema Integrado de Administração Financeira do governo federal (Siafi) foi criado pela Instrução Normativa n.º 022, de 22 de dezembro de 1986, com o objetivo de garantir o controle e a fiscalização das despesas e receitas do governo federal. Trata-se de um sistema informatizado que permite o registro e o acompanhamento detalhados da execução orçamentária, financeira e patrimonial da União, abrangendo tanto as despesas quanto as receitas e as transferências realizadas.

O tipo de registro dos dados do Siafi é administrativo, com informações abrangentes sobre o planejamento e a execução orçamentária do governo federal, além de dados relacionados a repasses financeiros para estados e municípios. A granularidade dos dados no sistema é focada no nível da União, mas também possibilita a identificação dos valores transferidos para outros entes federativos, como estados, Distrito Federal e municípios. A atualização dos dados ocorre diariamente e o acesso às informações é exclusivo para usuários previamente cadastrados e habilitados (<https://siafi.tesouro.gov.br/>).

Quadro 13 – Argumento de identificação e descrição do Siafi

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério da Fazenda
Marco legal	Instrução Normativa n.º 022/1986
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Diária
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Visa apoiar o controle da execução orçamentária, financeira e patrimonial do governo federal.
Abrangência geográfica	Governo federal
Uso no SHA-BR	Identifica as despesas com saúde realizadas pelo governo federal.

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema de Informações Orçamentárias Gerenciais Avançadas – Siga Brasil

O Siga Brasil foi criado em 2004. Seu objetivo é integrar dados oriundos de diversos sistemas orçamentários, como Siafi e Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (Siasg), em um único repositório, tornando as informações sobre a execução do orçamento federal acessíveis ao público por meio de um portal on-line.

O sistema disponibiliza dados detalhados sobre a elaboração e a execução do orçamento, incluindo despesas, receitas, emendas parlamentares, créditos orçamentários e transferências. O tipo de registro dos dados é administrativo, com foco na execução orçamentária e no controle das finanças públicas. A granularidade dos dados é federal e permite uma visão detalhada das despesas, por função, subfunção, órgão executor, entre outras, incluindo os gastos com saúde, mas também sendo possível a visualização de despesas em todas as outras áreas do governo.

O sistema é atualizado diariamente e oferece acesso público livre a todos os usuários, além de acesso especializado para usuários cadastrados. As informações podem ser consultadas diretamente no site oficial do sistema (<https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrasil>).

Quadro 14 – Argumento de identificação e descrição do Siga Brasil

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Senado Federal
Marco legal	Instrução Normativa n.º 022/1986
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Diária
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Visa apoiar o controle da execução orçamentária, financeira e patrimonial do governo federal
Abrangência geográfica	Governo federal
Uso no SHA-BR	Identifica as despesas com saúde realizadas pelo governo federal

Fonte: Elaborado pelos autores.

Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos – Siape

O Siape é um sistema utilizado pelo governo federal para a gestão de recursos humanos no setor público, incluindo o registro e a administração de informações sobre os servidores públicos federais, como dados cadastrais, folha de pagamento e movimentações funcionais.

Instituído a partir das necessidades impostas pela Lei n.º 8.112/1990, que estabelece o regime jurídico dos servidores públicos civis da União. O Siape é operado pelo Ministério do Planejamento e Orçamento, por meio da Secretaria de Gestão de Pessoas. Os dados do Siape não estão acessíveis ao público em geral (siapenet.gov.br/).

Quadro 15 – Argumento de identificação e descrição do Siape

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério do Planejamento e Orçamento
Marco legal	Lei n.º 8.112/1990
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Diária
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Dispõe de informações sobre servidores públicos federais, incluindo dados cadastrais, folha de pagamento e movimentações funcionais
Abrangência geográfica	União
Uso no SHA-BR	Identifica a alocação dos servidores civis do Poder Executivo Federal nas unidades orçamentárias do governo. Pode ser utilizado para alocar despesas com recursos humanos.

Fonte: elaborado pelos autores.

Portais da Transparência dos estados e Distrito Federal

Os Portais da Transparência estaduais e do Distrito Federal atuam na garantia do acesso à informação pública, estando regulamentados pela Lei de Acesso à Informação (Lei n.º 12.527, 18 de novembro de 2011), que assegura a transparência dos atos administrativos em todos os níveis de governo. Por meio desses portais, é possível acessar informações detalhadas sobre a execução orçamentária, despesas, receitas e contratos públicos realizados pelos estados e pelo Distrito Federal. Cada estado possui seu próprio portal, oferecendo acesso a dados sobre os gastos com recursos públicos, incluindo, por exemplo, a estimativa das despesas com planos de saúde dos servidores estaduais e distritais. As atualizações dos dados são realizadas diariamente e estão acessíveis ao público.

Quadro 16 – Argumento de identificação e descrição dos Portais da Transparência dos estados e do Distrito Federal

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Governos estaduais (cada estado possui um portal) e do Distrito Federal
Marco legal	Lei n.º 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação)
Tipo de registro	Registro Administrativo
Periodicidade	Diária (podendo variar entre estados)

continua

conclusão

Argumento	Descrição
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Dispõe sobre informações financeiras dos estados e Distrito Federal
Abrangência geográfica	Estados e Distrito Federal
Uso no SHA-BR	Identifica os gastos com saúde dos servidores estaduais e distritais

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações — SI-PNI

O SI-PNI é um sistema utilizado pelo Ministério da Saúde para gerenciar e monitorar as ações de imunização no Brasil, incluindo a distribuição de vacinas, a cobertura vacinal e os dados sobre campanhas de vacinação. O sistema permite a coleta e a análise de dados sobre vacinas administradas em todo o território nacional, garantindo maior eficiência e controle das políticas públicas de imunização. O acesso aos dados do SI-PNI é público e pode ser realizado por meio do portal oficial do sistema (<https://si-pni.saude.gov.br/>).

Quadro 17 — Argumento de identificação e descrição do SI-PNI

Argumento	Descrição
Instituição responsável	Ministério da Saúde
Marco legal	Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975* Decreto n.º 78.231, de 30 de dezembro de 1976*
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Mensal
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Dispõe de informações sobre vacinação, distribuição de vacinas e cobertura vacinal
Abrangência geográfica	Governo federal, estados, Distrito Federal e municípios
Uso no SHA-BR	Identifica as informações sobre imunização no Brasil.

Fonte: elaborado pelos autores.

* Não há normativa instituindo o SI-PNI. A Lei n.º 6.259/1975 e o Decreto n.º 78.231/1976 versam sobre a origem do Programa Nacional de Imunizações.

Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – Diops/ANS

O Diops, criado pela ANS, tem como objetivo o monitoramento da situação econômico-financeira e cadastral das operadoras de planos de saúde.

O Diops foi instituído pela Resolução n.º 1, de 13 de fevereiro de 2001, e visa garantir a transparência na gestão dessas operadoras. A natureza dos dados no Diops é econômica e financeira, com informações sobre o balanço patrimonial, demonstrativos de resultados, receitas e despesas.

A granularidade dos dados abrange todas as operadoras de planos de saúde que atuam legalmente no Brasil, independentemente do porte ou da modalidade. A periodicidade de atualização do sistema é trimestral, com as operadoras obrigadas a enviar as informações até 60 dias após o encerramento de cada trimestre fiscal. Esses dados são disponibilizados de forma pública no portal de dados abertos do governo federal (<https://dados.gov.br/dados/conjuntos-dados>).

Quadro 18 — Argumento de identificação e descrição do Diops/ANS

Argumento	Descrição
Instituição responsável	ANS
Marco legal	Resolução n.º 1/2001
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Trimestral
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Dispõe de informações financeiras e cadastrais das operadoras de planos saúde
Abrangência geográfica	Estados, Distrito Federal e municípios
Uso no SHA-BR	Disponibiliza informações financeiras das operadoras de planos de saúde

Fonte: elaborado pelos autores.

Padrão para Troca de Informações de Saúde Suplementar — Tiss/ANS

O Padrão para Troca de Informações na Saúde Suplementar (Tiss) é um painel desenvolvido pela ANS para consultar os dados recebidos por meio do Padrão Tiss, que padroniza a comunicação entre as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde no Brasil.

Regulamentado pela Resolução Normativa n.º 305, de 9 de outubro de 2012, o Padrão Tiss estabelece um padrão único para o envio de informações assistenciais, permitindo maior interoperabilidade e eficiência na troca de dados.

O sistema abrange informações detalhadas sobre procedimentos realizados, como consultas, exames, internações e outros atendimentos. O acesso aos dados do Tiss/ANS é público e pode ser realizado por meio do portal oficial da ANS (<https://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar>).

Quadro 19 — Argumento de identificação e descrição do Tiss/ANS

Argumento	Descrição
Instituição Responsável	ANS
Marco legal	Resolução Normativa n.º 305/2012
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Trimestral
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Informações sobre serviços prestados e procedimentos no setor de saúde suplementar
Abrangência geográfica	Estados, Distrito Federal e municípios
Uso no SHA-BR	Disponibiliza informações detalhadas sobre a produção na saúde suplementar

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema de Informações de Produtos — SIP/ANS

O SIP/ANS coleta dados sobre os planos de saúde no Brasil, sendo regulamentado pela Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e os seguros privados de assistência à saúde. A ANS é responsável por normatizar e fiscalizar os serviços de saúde suplementar no País.

O SIP/ANS é utilizado para calcular o gasto privado com saúde, abrangendo tanto os planos e seguros regulados pela ANS quanto os gastos com saúde conhecidos como *out-of-pocket* (despesas diretas da população).

Quadro 20 — Argumento de identificação e descrição do SIP/ANS

Argumento	Descrição
Instituição responsável	ANS
Marco legal	Lei n.º 9.656/1998
Tipo de registro	Registro administrativo
Periodicidade	Trimestral
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Disponibiliza informações sobre quantitativo de eventos e despesas assistenciais

continua

conclusão

Abrangência geográfica	O dado público não disponibiliza recortes geográficos
Uso no SHA-BR	Identificar a produção assistencial realizada pelas operadoras de planos de saúde

Fonte: elaborado pelos autores.

Sistema IBGE de Recuperação Automática – Sidra

O Sidra é uma plataforma desenvolvida pelo IBGE que fornece acesso a uma vasta base de dados estatísticos sobre diversos temas, como economia, saúde e outros indicadores sociais relevantes.

O Sidra disponibiliza informações como o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), utilizado no SHA-BR para o ajuste dos valores de gastos com serviços de saúde privados, e dados da Pesquisa Mensal de Comércio (PMC). Embora o Sidra não seja regulamentado por uma portaria específica, ele faz parte das atribuições do IBGE, conforme estabelecido pela Lei n.º 5.534, de 14 de novembro de 1968, que regula o funcionamento do Instituto.

Os dados disponibilizados no Sidra são públicos e podem ser acessados por qualquer usuário. A plataforma é atualizada periodicamente, com a frequência de atualização variando conforme o tipo de dado ou pesquisa. O sistema pode ser acessado no portal do IBGE (<http://sidra.ibge.gov.br>).

Quadro 21 – Argumento de identificação e descrição do IPCA

Argumento	Descrição
Instituição responsável	IBGE
Marco legal	NA
Tipo de registro	Pesquisa por estabelecimento ou empresa amostral
Periodicidade	Mensal
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Dispõe de informações acerca da variação dos preços de bens e serviços
Abrangência geográfica	Brasil e regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Recife, Fortaleza, Belém, Salvador, e dos municípios de Goiânia e Brasília.
Uso no SHA-BR	Utilizado para realização do reajuste anual dos procedimentos da Atenção Básica

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 22 – Argumento de identificação e descrição da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)

Argumento	Descrição
Instituição responsável	IBGE
Marco legal	NA
Tipo de registro	Pesquisa domiciliar amostral
Periodicidade	Decenal
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Dispõe de informações acerca da estrutura orçamentária das famílias
Abrangência geográfica	Brasil, por unidades da Federação e por grandes regiões
Uso no SHA-BR	Identifica a estrutura de gastos do regime de financiamento <i>out-of-pocket</i>

Fonte: elaborado pelos autores.

Quadro 23 – Argumento de identificação e descrição da Pesquisa Mensal de Comércio (PMC)

Argumento	Descrição
Instituição responsável	IBGE
Marco legal	NA
Tipo de registro	Pesquisa por estabelecimento ou empresa amostral
Periodicidade	Varia conforme o dado
Objetivo da pesquisa ou do registro administrativo	Dispõe de dados conjunturais do comércio varejista no País
Abrangência geográfica	Brasil e unidades da Federação
Uso no SHA-BR	Contribui para calcular variações de volume no regime de financiamento <i>out-of-pocket</i> .

Fonte: elaborado pelos autores.

6 MÉTODOS

Esta seção tem como objetivo o detalhamento dos métodos utilizados para a produção do SHA-BR. Desse modo, para a estimação das contas brasileiras, parte-se da estrutura das despesas com os regimes de financiamento (HF), que são alocadas posteriormente nas funções de cuidado (HC) e serão alocadas futuramente nos provedores de saúde (HP). Com isso, as subseções a seguir detalharão o processo de estimação partindo do HF para a HC, em cada um dos regimes identificados para o Brasil.

6.1 Sistema Único de Saúde – HF.1.1.1 x HC

Como previamente destacado, o HF.1.1.1 é o regime de financiamento mais relevante em termos de recursos. Sua estimação, de maneira simplificada, dá-se assim:

$$\begin{aligned} HF.1.1.1 (SUS) = & \text{ Governo Federal}(MS + MEC/HUs) \\ & + \text{ Estados (SES)} + \text{ Municípios (SMS)} \end{aligned}$$

Desse modo, são quatro partes que compõem o todo, sendo as despesas estimadas do governo federal, compostas pelas despesas do MS e as do MEC com os hospitais universitários federais, bem como as despesas com saúde dos estados e dos municípios. Para o caso das despesas do MS e do MEC/HUs, o Siafi é a fonte de informação utilizada; e, para o caso de estados e municípios, o Siops. Para os dois casos, são consideradas apenas as despesas correntes. As despesas de capital não são utilizadas aqui, ainda que sejam parte do grupo de despesas com ASPS. Futuramente, serão consideradas na conta específica do SHA para a conta de capital (HK).

Quanto à fase da despesa, optou-se pela alteração da definição estabelecida na Conta SHA para o Brasil (2015-2019) (Brasil, 2022). Nesse caso, utiliza-se para este Manual:

Quadro 24 — Fases das despesas utilizadas para cada esfera de governo

Ente da Federação	Fases da despesa, de acordo com Brasil (2022)	Fases da despesa, Manual SHA-BR
Governo federal	$\begin{aligned} Total &= Despesas Pagas \\ &+ Restos a Pagar Processados Pagos \\ &+ Restos a Pagar Não Processados \end{aligned}$	$\begin{aligned} Total &= Despesa Liquidada \\ &+ Restos a Pagar \\ &Não Processados Liquidados \end{aligned}$
Estados, Distrito Federal e municípios	$Total = Despesa Liquidada$	$Total = Despesa Liquidada$

Fonte: elaborado pelos autores.

A decisão metodológica de alterar considera que é importante que a mesma fase da despesa seja utilizada para todos os entes nacionais, além da definição do Manual SHA OCDE (2017, p. 43-44) de que o regime de competência seria mais apropriado para as contas de saúde. Nesse sentido, a fase de liquidação seria mais adequada do que o uso das despesas pagas mais restos a pagar, como anteriormente definido. Todavia, para o caso do governo federal, utilizou-se ainda o somatório com os Restos a Pagar Não Processados Liquidados (RAPNPL). Os Restos a Pagar Não Processados (RAPNP) são despesas consideradas extra-orçamentárias que não foram liquidadas (não processadas) no momento de sua inscrição, porém, ocorrendo sua liquidação em ano fiscal posterior, transformam-se em RAPNPL. Dessa forma, a utilização das despesas liquidadas conjuntamente aos RAPNPL gera uma aproximação maior sobre as despesas executadas concomitante à realização dos serviços, conforme preconiza o Manual SHA OCDE.

Desse modo, para o governo federal, são extraídos relatórios do Siafi que consideram as despesas com as funções Saúde (10) e Educação (12). A partir desses relatórios, são realizados filtros para se chegar às despesas na ótica do SHA-BR.

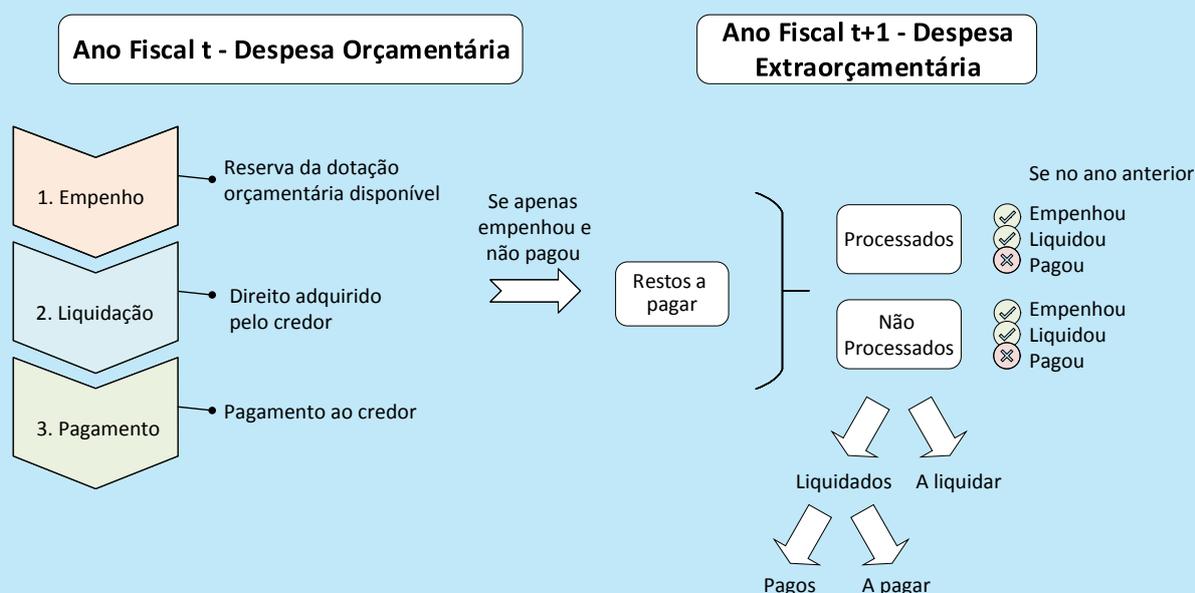
Esses filtros consideram para o MS: (i) as despesas em ASPS (Identificador de Uso – IDUso = 6); e (ii) as despesas não ASPS, mas que se consideram na perspectiva SHA, como despesas com as unidades orçamentárias ligadas ao MS (Fundo Nacional de Saúde, Fiocruz, Funasa, Agência Nacional de Saúde Suplementar e Agência Nacional de Vigilância Sanitária), com hospitais universitários não dispostos no orçamento do MEC, com o Programa Farmácia Popular do Brasil, além de outras ações identificadas no orçamento. Enquanto para o MEC, consideram as despesas realizadas pelos

Hospitais Universitários, bem como as despesas correntes das ações ligadas à modernização e ao funcionamento dessas instituições.

Box 2 — Os estágios da despesa pública

De acordo com a Lei n.º 4.320, de 17 de março de 1964, os estágios da despesa pública compreendem o empenho, a liquidação e o pagamento, considerando as despesas orçamentárias, ou seja, aquelas previstas por Lei Orçamentária Anual (LOA) em um dado ano fiscal (t).

Além das despesas orçamentárias, existem aquelas extraorçamentárias, como os restos a pagar, que são obrigações financeiras do poder público oriundas da realização de um empenho e do não pagamento da despesa no término do ano fiscal da inscrição. Essas despesas devem, em algum momento, ser liquidadas e pagas, sendo sua nomenclatura definida pelo momento da inscrição da despesa.



Em relação especificamente aos HUs federais, eles recebem repasses do SUS com base no faturamento, após informada e aprovada a produção pela área de controle e avaliação local. Esses hospitais têm metas quantitativas e qualitativas que precisam ser cumpridas. Por serem unidades federais, o pagamento não é feito diretamente pelo gestor local. Em vez disso, o gestor autoriza o Ministério da Saúde, mediante sistema, a realizar o desconto no teto financeiro de média e alta complexidade (MAC) e efetuar a transferências dos valores autorizados via Siafi.

No caso de estados, do Distrito Federal e dos municípios, são extraídos relatórios do Siops acerca das despesas com a fonte Receitas de Impostos e Transferências de Impostos¹⁵, que são as receitas próprias de cada ente subnacional. Essa fonte é utilizada de forma que não exista dupla contagem com as transferências do governo federal aos entes subnacionais e dos governos estaduais aos municípios. A partir desses relatórios, são estimadas as despesas correntes em ASPS, que são definidas assim:

$$\begin{aligned} \textit{Despesas Correntes em ASPS} &= \sum \textit{Despesas Correntes} \\ &\quad - \sum \textit{Inativos e Pensionistas} \\ &\quad - \sum \textit{Despesas Correntes com outras ações e serviços não computados} \end{aligned}$$

Outro aspecto importante a ser destacado é a diferença contábil entre os conceitos de ASPS para o governo federal em comparação aos entes subnacionais. No caso dos entes subnacionais, a lógica de ASPS insere-se no objetivo de monitorar se estados e municípios cumprem o dispositivo legal do investimento mínimo em saúde (Brasil, 2012). As despesas com inativos e pensionistas não foram consideradas despesas com saúde porque se referem ao pagamento de proventos aos servidores aposentados e seus pensionistas; logo, não pertencem à cadeia produtiva da saúde e não são consideradas despesas com ASPS.

Desse modo, a partir da estimativa do HF descrita, parte-se para a estimativa da HC do regime de financiamento do SUS. Isto é, a distribuição do HC é realizada com base na HF estimada. Por conter as fontes de informação mais precisas, ligadas à execução do orçamento, ainda que não tenham o detalhamento de produção, há uma maior confiabilidade nos resultados encontrados na HF.

A alocação dos recursos descentralizados não é determinada livremente pelos governos subnacionais¹⁶. Os recursos transferidos pelo governo federal para os estados e municípios são distribuídos por meio de blocos de financiamento, que delimitam a aplicação dos valores. Os gestores estaduais e municipais têm a responsabilidade de definir como esses recursos serão alocados, desde que respeitadas as regras de distribuição estabelecidas para cada bloco de financiamento. Nesse processo, é exigido que apresentem informações sobre a aplicação desses recursos por meio do Siops¹⁷.

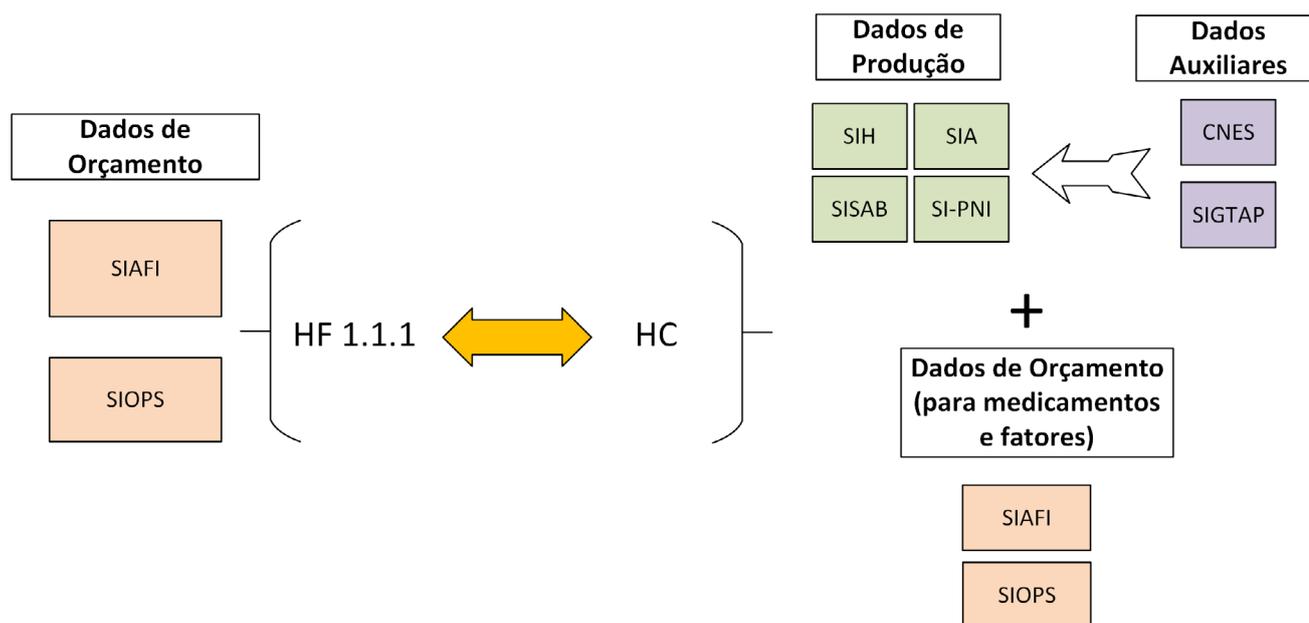
15 Desde 2018, as despesas por ente subnacional dentro do Siops têm a distinção de fonte, que mostra a origem daquele recurso, possibilitando que se façam as estimativas sem a necessidade de realizar subtrações para descontar os repasses do governo federal, que são considerados como despesas do governo federal, mesmo que utilizados diretamente por estados e municípios. As fontes disponíveis no Siops são: Recursos Ordinários, Receitas de Impostos e Transferências de Impostos, Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS, Transferências de Convênios destinados à Saúde, Operações de Crédito vinculadas à Saúde, Royalties do Petróleo destinados à Saúde.

16 Apesar de as Funções de Cuidado (HC) em SHA 2011 não dialogarem diretamente, grande parte dos recursos descentralizados são carimbados a uma atividade específica, geralmente ligadas às subfunções de saúde.

17 Mais informações disponíveis na Portaria n.º 828, de 17 de abril de 2020.

Assim, a conta do HC baseia-se principalmente na análise e na consolidação de dados de produção/utilização de serviços informados pelas três esferas de governo¹⁸ no SIH/SUS, SIA/SUS, Sisab, SI-PNI, bem como os dados de execução orçamentária governamentais disponíveis no Siops e no Siafi. A Figura 4 indica essa interação entre as fontes de informação utilizadas.

Figura 4 – Sistemas de informação utilizados para estimativas SUS



Fonte: elaborado pelos autores.

A partir dos dados de produção, são realizados ajustes para permitir uma integração dos dados oriundos desses vários sistemas de informações, além da confecção de tradutores para compatibilizar os sistemas de informações brasileiros com as classificações-padrão do SHA (Anexo B), considerando principalmente uma relação entre procedimentos disponíveis no Sigtap e as funções de cuidado SHA (HC).

O Sigtap contém os valores de referência de reembolso do governo federal aos entes subnacionais, que são utilizados para estimar os valores despendidos com procedimentos ambulatoriais, a partir do SIA/SUS, e parte dos procedimentos do Sisab. As informações dispostas nos sistemas de informação supracitados (SIA, SIH, Sisab) são essenciais para a transferência de recursos federais de acordo com os seguintes tipos de financiamento:

¹⁸ O processamento das informações sobre os serviços prestados é realizado pelo MS com base nos dados submetidos aos sistemas de produção pelos gestores estaduais e municipais.

- Pisos de Atenção Básica (PAB) estadual e municipal: componente de financiamento para custear as ações e os serviços da Atenção Primária oferecidos pelos municípios, separado entre PAB fixo e PAB variável. A transferência de recursos no caso da Atenção Básica não é diretamente vinculada à produção, mas à parte fixa e à parte variável, que leva em consideração incentivos e pactuações específicas.
- Média e Alta Complexidade (MAC): divide-se entre o componente do Teto MAC, financiamento regular e automático baseado em limites financeiros estabelecidos em portarias, que custeia as ações e os serviços hospitalares e ambulatoriais (dispostos no SIH e SIA), baseado na produção histórica dos entes subnacionais; e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), que é um adicional ao teto MAC, sendo um complemento do financiamento federal, com base na comprovação da realização da produção.

Já os microdados do Cnes são utilizados para identificar os gastos das gestões estadual, municipal e federal a partir da natureza jurídica e do tipo de gestão, variáveis disponíveis no sistema. Além disso, esse sistema fornece uma das principais chaves (o identificador do provedor) para a produção do SHA no Brasil. Vale ressaltar que, embora a gestão de um estabelecimento esteja vinculada a um ente federativo específico (como um município), os recursos que financiam suas despesas podem provir de outros entes federativos, como o estado a que pertence ou o governo federal.

Fatores de expansão

Devido à ausência de informações detalhadas nos bancos de dados do SUS acerca do complemento financeiro realizado por estados, Distrito Federal e municípios, há a necessidade de realizar estimativas das despesas de cada um desses entes. Os denominados fatores de expansão são aplicados aos valores registrados nos sistemas de produção considerando tanto o montante financeiro quanto a quantidade de serviços ambulatoriais e hospitalares realizados.

Dessa forma, a partir da identificação do tipo de prestador Cnes e das informações de produção nos sistemas SIA/SUS, SIH/SUS, Cnes e SI-PNI, são calculados os fatores de expansão para as despesas dos entes federativos com base nos dados das despesas registradas no Siops, para os entes subnacionais, e no Siafi para o governo federal. Enquanto o Cnes identifica o ente responsável pela produção, os outros sistemas de informação identificam o tipo de financiamento (PAB, MAC, Faec) para a compreensão de quais valores de produção serão expandidos.

Assim, são utilizadas as despesas encontradas no Siafi e declaradas no Siops em subfunções específicas do orçamento público brasileiro para a expansão dos sistemas de informação (Vieira; Cruz, 2024). O Box 3 detalha as subfunções de saúde do orçamento público brasileiro. Com isso, é possível identificar uma certa correspondência entre, por exemplo, a subfunção de Atenção Básica e o financiamento PAB (gera os fatores PAB), e a subfunção de Atenção Hospitalar e Ambulatorial e o financiamento MAC (gera os fatores MAC).

Box 3 – As subfunções do orçamento público brasileiro

As subfunções do orçamento brasileiro referem-se a um nível de agregação que indica a natureza da atuação do governo, estando abaixo da função, que indica a missão institucional de um órgão. Encontra-se na forma de classificação funcional do orçamento público (Portaria MOG n.º 42, de 14 de abril de 1999), podendo existir matricialidade entre funções e subfunções, ou seja, uma subfunção específica da saúde pode ser utilizada para classificar uma despesa da função educação, como ocorre, por exemplo, com as despesas com hospitais universitários no MEC.

São funções típicas do orçamento brasileiro: saúde, educação, transporte, defesa, entre outras. Dentro da função **saúde**, são especificadas seis subfunções, que podem se relacionar com os sistemas de informação e o tipo de financiamento:

- 301 – Atenção Básica
- 302 – Atenção Hospitalar e Ambulatorial
- 303 – Suporte Profilático e Terapêutico
- 304 – Vigilância Sanitária
- 305 – Vigilância Epidemiológica
- 306 – Alimentação e Nutrição

As subfunções 301 e 302 são utilizadas para a expansão dos sistemas de informação.

Essa expansão dos dados de produção para cobrir lacunas nos registros de estados e municípios é uma estratégia metodologicamente sólida, mas dependente de *proxies* que podem não capturar todas as especificidades regionais. Vieira e Cruz (2024) destacam que a confiabilidade dos resultados pode ser aprimorada por meio de maior harmonização entre os sistemas de informação.

Cabe ressaltar que para os hospitais universitários federais não há fatores. Os recursos são alocados apenas de acordo com a proporção encontrada nos sistemas de informação do SUS.

De forma resumida, o cálculo das despesas estimadas para os serviços de saúde prestados pelo governo federal, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, relativos aos procedimentos MAC, será feito da seguinte maneira:

$$\text{Despesa Estimada MAC} = \sum \text{Valores Apresentados (SIA, SIH, SISAB)} \times \text{Fator MAC}$$

Destaca-se que o Sigtap não fornece informações sobre os valores monetários relacionados à produção de Procedimentos da Atenção Básica (financiamento PAB), que são majoritariamente encontrados no Sisab, e em menor medida no SIA/SUS. Isso se dá em função de o financiamento da Atenção Básica ser realizado em uma lógica diferente da média e da alta complexidade, que no Brasil funciona parcialmente como *fee-for-service*, mas também por blocos de financiamento e contratualização.

Assim, é necessário estimar as despesas multiplicando a quantidade de procedimentos realizados pelo valor unitário de cada um. Para isso, foram criadas *proxies* (substitutos) de custo, com base na atualização das informações contidas no relatório de pesquisa *Custo e Avaliação de Impacto da Implantação da Parte Fixa do Piso de Atenção Básica: PAB* (COSTA; CHORNY, 2002), cujos valores são atualizados anualmente pelo IPCA (Brasil, 2018). Essa opção metodológica deve ser aperfeiçoada futuramente. Para os procedimentos realizados na Atenção Básica, o cálculo das despesas é realizado conforme a fórmula a seguir:

$$\text{Despesa Estimada PAB} = \sum \text{Quantidade de Procedimentos (SIA, Sisab)} \times \text{Valor do Procedimento} \times \text{Fator PAB}$$

Os procedimentos financiados pelo Faec são integralmente custeados pelo governo federal, portanto não são incluídos no cálculo das despesas estaduais e municipais. Em razão disso, não há cálculo de fatores para os procedimentos Faec, sendo considerados apenas como gastos federais.

Após a aplicação dessas etapas, é necessário utilizar os tradutores para compatibilizar os resultados provenientes dos sistemas de informação do SUS com as classificações-padrão do SHA. O resultado desse processo é uma tabela que identificará o HC, o sistema de informação (dados do SIA/SUS, SIH/SUS, Sisab/SUS e SI-PNI), a quantidade de procedimentos realizados, o valor correspondente a esses procedimentos e o ente federativo responsável pelo gasto.

O **Quadro 25** sintetiza os sistemas de informação utilizados na Conta do HC para a HF.1.1.1 e sua dimensão de consumo para a formulação do SHA. De forma resumida, mostra a importância da integração de sistemas de informações, como o Siafi, Siops, SIH/SUS e Sisab.

Quadro 25 — Sistemas de informação utilizados e sua dimensão de consumo para o SUS

Sistema de Informação	Dimensão de Consumo nas Contas
SIA/SUS	HC 1, HC 2, HC 3, HC 4, HC 6, HC 7, HC 9.
SIH/SUS	HC 1.1, HC 1.2, HC 1.3.1, HC 1.3.3, HC 1.4, HC 2.1, HC 3.1, HC 3.2, HC 3.3, HC 4.3.
Siops	HF.1.1.1. para estados e municípios, para o cálculo dos fatores de expansão, e HC 5 para estados e municípios.
Siafi	HF.1.1.1. para o governo federal, cálculo dos fatores de expansão, e HC 5 para o governo federal e dados complementares executados de forma centralizada.
Sisab	HC 1, HC 1.3.1, HC 1.3.2, HC 1.3.3, HC 1.3.9, HC 1.4, HC 3.4, HC 6.1, HC 6.4.
SI-PNI	HC 6.2
Cnes	É a partir do Cnes que se rateiam as despesas de provedores no SHA por ente federativo. A base disponibilizada pelo Cnes é unida com os dados dos sistemas de produção a partir do identificador do estabelecimento.

Fonte: elaborado pelos autores.

Despesas com medicamentos

Por fim, a base para estimar gastos com medicamentos¹⁹ (HC.5.1) é a mesma usada na Conta-Satélite de Saúde, composta para os estados, o Distrito Federal e os municípios pelo somatório das rubricas do Siops para medicamentos no relatório de elementos de despesa, considerando as despesas liquidadas. Assim, conforme Brasil (2018), a base para estimar os medicamentos é semelhante às da CSS.

No caso do governo federal, utilizam-se os dados do Siafi, considerando o relatório da função 10 (Saúde), despesas correntes e as ações orçamentárias ligadas aos componentes da assistência farmacêutica e ao PFPB, considerando a mesma fase da despesa da estimação da HF.

¹⁹ O gasto com medicamentos é responsabilidade financeira dos três entes federativos, seguindo a lógica tripartite, conforme a Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011.

O PFPB coloca-se como um importante fator no acesso aos medicamentos pela população. Criado em 2004, o programa permite o acesso aos medicamentos por gratuidade e por meio de copagamento, principalmente para as doenças crônicas, como diabetes e hipertensão.

Diferentemente da CSS, os gastos com medicamentos incluem como despesas federais os repasses feitos para o PFPB. Desse modo, não são utilizados os procedimentos de Assistência Farmacêutica encontrados no SIA/SUS para a estimativa do gasto com medicamentos.

6.2 Planos de servidores públicos (não regulados pela ANS) – HF.1.1.2 x HC

Esta subseção retoma o regime de financiamento da clientela fechada, composto pelos planos de saúde destinados aos servidores públicos. A estimativa dessas despesas segue a seguinte lógica:

$$HF.1.1.2 = \textit{Despesa de Assistência à Saúde aos Servidores do Governo Federal} + \textit{Despesas de Assistência à Saúde aos Servidores dos Estados}$$

Ressalta-se novamente que as despesas desse regime em relação aos municípios ainda não foram mapeadas.

Desse modo, são estimadas as despesas do governo federal, que contêm os gastos com saúde de todos os servidores da esfera federal, exceto os servidores civis ligados diretamente à saúde²⁰ e os servidores militares; e as despesas das unidades federativas (UFs) brasileiras, que contêm os gastos com assistência à saúde daquelas UFs em que foi possível identificar essas despesas. Cabe destacar que na última versão publicada das contas brasileiras (Brasil, 2022), foram captados os dados apenas de quatro estados: Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo.

No caso do governo federal foram utilizados os dados do Siafi, enquanto, para os estados e o Distrito Federal, foram utilizados os dados disponibilizados nos Portais da

²⁰ Neste ponto, cabe a discussão sobre a alocação das despesas com os servidores da saúde. Há debate se estes se enquadrariam na clientela fechada, como os outros servidores públicos, ou se, por fazerem parte da administração do SUS, encaixariam-se nas despesas com gestão do sistema, dentro da HF.1.1.1. Para fins deste Manual, estes servidores estão alocados no regime de financiamento do SUS.

Transparência de cada UF. Para os dois casos, são consideradas apenas as despesas correntes. No que diz respeito à fase da despesa, os seguintes critérios foram adotados:

Para o governo federal e para as UFs:

$$Total = Despesas Liquidadas + Restos a Pagar Não Processados Liquidados$$

Os relatórios extraídos do Siafi para o governo federal incluem despesas relacionadas à assistência médica e odontológica dos servidores civis, empregados, militares e seus dependentes. Nos filtros utilizados na estimação, como previamente citado, desconsideram-se as despesas com o Ministério da Saúde (incluídas na HF.1.1.1) e com o Ministério da Defesa (incluídas na HF.1.2.1).

Em relação às UFs, foram consultadas as legislações de cada ente, buscando-se investigar a existência ou não de planos de assistência à saúde do servidor. A partir dessa investigação, foi realizada uma busca em cada portal da transparência, de modo a gerar relatórios dessas despesas considerando as instituições responsáveis (**Quadro 26**) pela assistência à saúde. Ressalta-se que há a necessidade de agenda de pesquisa futura, que eventualmente vise identificar claramente a base jurídica, além de identificar quais poderes estão agregados nessas estimações.

Quadro 26 — Instituições identificadas nas UFs

UF	Instituição
Acre (AC)	Não identificado
Alagoas (AL)	Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Alagoas (Ipaseal)
Amazonas (AM)	Não identificado
Amapá (AP)	Não identificado
Bahia (BA)	Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (Planserv)
Ceará (CE)	Instituto de Saúde dos Servidores do Estado do Ceará (Issec)
Distrito Federal (DF)	Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do DF (Inas-DF)
Espírito Santo (ES)	Não identificado
Goiás (GO)	Instituto de Assistência dos Servidores Públicos de Goiás (Ipasgo)
Maranhão (MA)	Fundo de Benefícios dos Servidores do Estado do Maranhão (Funben)

continua

conclusão

UF	Instituição
Mato Grosso (MT)	Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Mato Grosso (MT Saúde)
Mato Grosso do Sul (MS)	Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul (Cassems)
Minas Gerais (MG)	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)
Pará (PA)	Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Pará (Iasep)
Paraíba (PB)	Instituto de Assistência à Saúde do Servidor (Iass)
Pernambuco (PE)	Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Pernambuco (Sassepe)
Piauí (PI)	Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Piauí (Iaspi)
Paraná (PR)	Sistema de Assistência à Saúde
Rio de Janeiro (RJ)	Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (Iaserj)
Rio Grande do Norte (RN)	Não identificado
Rio Grande do Sul (RS)	IPE Saúde
Rondônia (RO)	Não identificado
Roraima (RR)	Não identificado
Santa Catarina (SC)	Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina (SC Saúde)
São Paulo (SP)	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE)
Sergipe (SE)	Plano de Assistência à Saúde do Estado de Sergipe (Ipesaúde)
Tocantins (TO)	Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Tocantins (Servir)

Fonte: elaborado pelos autores.

A **Figura 5** apresenta as UFs em que foram identificados planos de assistência à saúde. Das 27 unidades federativas do País, não foi possível identificar essas despesas em sete delas: cinco localizadas na Região Norte (Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia e Roraima), o Espírito Santo e o Rio Grande do Norte. No Maranhão, foi identificado o

Fundo de Benefícios dos Servidores do Estado do Maranhão (Funbem), mas não foi possível extrair um relatório das despesas do portal da transparência.

Figura 5 — Mapa com as UFs identificadas (em azul)



Fonte: elaborado pelos autores

Para o caso da HC desse esquema de financiamento, a estrutura utilizada no SHA brasileiro (Brasil, 2022) considera que a clientela fechada atua de forma semelhante ao HF.2.1 — Planos e seguros de saúde voluntários suplementares — regulados pela ANS em termos de produção de serviços em saúde. Dessa forma, utiliza como proxy a distribuição das HCs encontrada nesse regime.

6.3 Regimes governamentais contributivos compulsórios – HF.1.2 x HC

Esta subseção detalha o método utilizado na estimação dos regimes governamentais contributivos compulsórios (HF.1.2). Como previamente ressaltado, esse regime registra as despesas de saúde realizadas pelo governo federal, pelos estados e municípios, com as Forças Armadas e parte das forças de segurança públicas, ou seja, de acesso não universal. A estimativa dessas despesas atualmente segue a seguinte lógica:

$$HF.1.2 = \textit{Despesas com Saúde das Forças Armadas}$$

Dessa forma, são estimadas as despesas do governo federal com saúde dentro do Ministério da Defesa, que congrega as despesas com as três Forças Armadas: Exército Brasileiro, Força Aérea Brasileira e Marinha do Brasil. O Siafi é a fonte de informações para essa estimativa, sendo consideradas apenas as despesas correntes²¹. Quanto à fase da despesa, diferente de Brasil (2022), utiliza-se:

$$\textit{Total} = \textit{Despesas Liquidadas} + \textit{Restos a Pagar Não Processados Liquidados}$$

Assim, são extraídos relatórios do Siafi que consideram as despesas com a função Defesa Nacional. A partir desses relatórios, são realizados filtros para se chegar às despesas na ótica do SHA. Esses filtros consideram: (i) as despesas nas unidades gestoras executoras do orçamento do Ministério da Defesa ligadas à saúde; (ii) as despesas ligadas às subfunções clássicas da saúde em outras unidades gestoras executoras; e (iii) as despesas nas ações orçamentárias ligadas diretamente à assistência médica e aos benefícios obrigatórios por lei.

A partir da estimação da HF, realiza-se a distribuição para as funções de cuidado (HC). Todavia, devido à ausência de fontes de informação públicas e desagregadas sobre a produção de saúde do regime de financiamento dos militares, deve-se realizar uma distribuição estimada. Para isso, utiliza-se como *proxy* de produção as informações do SIA e do SIH sobre a produção dos hospitais federais.

21 Futuramente serão consideradas as despesas de capital na conta específica do SHA (HK).

6.4 Planos e seguros de saúde voluntários – suplementares regulados pela ANS – HF.2.1 x HC

Esta subseção se propõe a detalhar o método utilizado para a estimação do regime de financiamento HF.2.1 — *Planos e seguros de saúde voluntários suplementares*, bem como a HC. Como supracitado, esse esquema se refere às despesas com planos de saúde regulados pela ANS.

Para isso, são utilizados os dados do Diops/ANS, que coleta informações cadastrais e financeiras para o acompanhamento das operadoras no que tange a saúde econômico-financeira das empresas. Mais especificamente, utilizam-se as demonstrações contábeis enviadas pelas operadoras no fechamento do exercício fiscal. Essas informações são públicas e divulgadas trimestralmente no portal de dados abertos do governo federal. O Diops é o único sistema de informações disponível que conta com os dados de receitas e despesas dos planos e seguros de saúde regulados pela ANS com um alto nível de confiabilidade das informações.

Nesse sentido, são extraídos os relatórios relativos ao último trimestre do ano, que contêm as informações consolidadas, sendo utilizados os códigos contábeis disponíveis para realização das estimativas. Dessa forma, são consideradas as despesas administrativas, de comercialização, além dos eventos indenizáveis.

Essas informações compõem a HF.2.1 e, a partir delas, é possível estabelecer uma separação mínima entre a HC, de modo que:

$$HF. 2.1 = \textit{Eventos Indenizáveis} \\ + \textit{Outras Despesas Operacionais} + \textit{Despesas com Comercialização} \\ + \textit{Despesas Administrativas} + \textit{Contraprestação de Administradora de Benefícios}$$

Quadro 27 — Tradução do Diops para as funções de cuidado

Função de cuidado SHA (ICHA-HC)	Código das contas do plano de contas da ANS (Diops)
HC.1 – HC.6: Despesas assistenciais	Eventos Indenizáveis Líquidos (conta 41) e Outras Despesas Operacionais com Assistência da Operadora (conta 441)
HC.7 – Gestão e regulação do sistema de saúde	Despesas com Comercialização (conta 43), Despesas Administrativas (conta 46) e Contraprestação da Administradoras de Benefícios (conta 31)

Fonte: adaptado de Brasil (2022).

Todavia, conforme apontado no **Quadro 27**, utilizando apenas o Diops/ANS tem-se como resultado um cruzamento bastante simplificado entre o regime de financiamento (HF) e suas funções de cuidado (HC). Com isso, considerando a disponibilidade de dados da Agência, é possível utilizar o SIP/ANS, que dispõe de informações sobre a assistência prestada aos beneficiários, bem como a Troca de Informações na Saúde Suplementar (Tiss), base de dados que padroniza as ações das operadoras, além de permitir a interoperabilidade entre os sistemas de informação da ANS e do Ministério da Saúde.

Esses dois sistemas de informação se complementam e permitem que seja observado o volume dos eventos produzidos, bem como o valor médio das atividades realizadas. O SIP apresenta uma informação mais agrupada, permitindo identificar o volume e a despesa assistencial por tipo de evento. Já a Tiss permite uma identificação mais detalhada dos procedimentos realizados ao nível do evento ambulatorial ou hospitalar. Para consolidar as informações em termos das funções de cuidado (HC) SHA, foi realizado um trabalho para classificar os tipos de evento do SIP e parte dos procedimentos da Tiss, conforme as HCs detalhadas em OCDE (2011).

Apesar de o SIP conter a maioria dos dados utilizados para a classificação da assistência em funções de cuidado, não é possível utilizá-lo separadamente. Por ter um alto nível de agregação, torna-se fundamental a utilização da Tiss. Além desses dois sistemas, são realizados alguns ajustes, fazendo com que seja possível classificar as despesas assistenciais identificadas e estimadas para a HC.1-HC.6 por meio do Diops, dentro das funções de cuidado SHA.

6.5 Desembolso direto não relacionado a terceiros – HF.3.1 x HC

Esta subseção detalha o método utilizado na estimação do regime de desembolso direto não relacionado a terceiros (HF.3.1), ou seja, aos gastos do próprio bolso das famílias. As estimativas desse regime seguem a mesma lógica da CSS e utilizam uma gama de fontes de informações.

A partir da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)²², é montada uma estrutura de consumo, com um tradutor entre medicamentos e serviços listados e as funções de cuidado SHA. Essa base de dados permite estudar a composição dos gastos das famílias, tendo como unidade de investigação o domicílio, sendo a única pesquisa do tipo no Brasil.

Como a POF não possui periodicidade anual, essa estrutura é evoluída ano a ano com índices de volume e preço, utilizando os dados do SIP/ANS, SIA, SIH, IPCA,

22 Em 2024, a última POF disponível era a de 2017-2018.

além da PMC. Ainda, os dados do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) da Receita Federal, quando disponíveis, são utilizados para evoluir as despesas com serviços de saúde (exceto medicamentos). No entanto, não há regularidade na disponibilidade dessa fonte de dados.

Como esses sistemas de informação trazem dados acerca do volume da produção assistencial no setor público e privado, acabam por se tornar *proxy* da variação da produção em saúde no País. Para o caso de medicamentos, é a PMC que trará essa *proxy*, a partir da atividade Artigos Farmacêuticos, Médicos, Ortopédicos, de Perfumaria e Cosméticos. Apesar de conter outras áreas, não há outra informação disponível que poderia identificar essa variação com medicamentos. O **Quadro 28** detalha as bases de dados utilizadas e suas funções para a estimativa da HF.3.1. Mais detalhes sobre essas bases de dados estão descritos na seção 5.

Quadro 28 — Bases de dados e utilizações para a HF.3.1

Bases de Dados	Descrição de uso
POF	Estrutura inicial de consumo por função de cuidado (ICHA-HC)
SIP/ANS	Índice de volume para serviços de saúde, considerando todas as outras funções SHA, exceto medicamentos.
SIA/SUS SIH/SUS	Índice de volume para serviços de saúde, de modo a realizar verificação da magnitude da variação encontrada.
PMC	Índice de volume para medicamentos a partir da atividade “Artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos”.
IRPF	Índice de volume para serviços de saúde, porém, não há regularidade nessa fonte de dados
IPCA	Índice de preços

Fonte: elaborado pelos autores.

6.6 Copagamento relacionado a terceiro pagador – HF.3.2 x HC

Esta subseção tem como objetivo detalhar o método de estimação do regime de financiamento do copagamento relacionado a um terceiro pagador (HF.3.2). Como destacado previamente, esse regime agrupa as despesas realizadas do bolso pelas famílias, mas com algum intermediador.

Até o momento, estão mapeadas as despesas com coparticipação nos planos de saúde regulados pela ANS, em que o intermediador são as operadoras de saúde. Cabe ressaltar que outras despesas podem ser encaixadas nesse esquema, como as despesas com o PFPB, bem como a coparticipação nos planos não regulados pela ANS, sendo uma agenda futura de pesquisa para o grupo de contas em saúde.

Para o caso da coparticipação dos planos regulados, são utilizados os dados do Diops/ANS. Os dados contábeis das operadoras de saúde contêm as informações de receitas advindas da coparticipação paga pelos beneficiários, sendo o único banco disponível com frequência anual com essas informações. Nesse sentido, são extraídos os relatórios relativos ao último trimestre do ano, que contêm as informações consolidadas, sendo utilizados os códigos contábeis relativos à coparticipação disponíveis para a estimativa.

Nesse caso específico, há a impossibilidade de realizar a distribuição para as funções de cuidado. Assim, não é possível estimar diretamente com o que essa coparticipação é dispendida. Esse recurso recebido pelas operadoras pode ser utilizado para custear o procedimento realizado ou outros procedimentos, além de ser absorvido pelo caixa da operadora.

7 AGENDAS DE PESQUISA



Esta primeira versão do Manual do SHA para o Brasil levou ao apontamento de diversas agendas de pesquisa e desenvolvimento de bases de dados, metodologias e análises que levem ao desenvolvimento futuro das contas de saúde brasileiras.

Como parte da agenda de pesquisa do *System of Health Accounts* do Brasil (SHA-BR), destaca-se a necessidade de analisar pontos relacionados à coleta de dados e ao aprimoramento das metodologias de gestão da informação. Um aspecto inicial importante é o envio de dados de provedores de saúde (HP), pois, atualmente, o Cnes é a principal fonte de informações no SHA-BR.

Ainda que o Cnes possua informação sobre todos os estabelecimentos do país, públicos ou privados, as bases de dados públicas de produção do setor privado não permitem ainda identificação do tipo de estabelecimento em que ocorreu a produção. A pesquisa deve investigar a viabilidade de integrar dados dos provedores privados de saúde ao sistema, desenvolvendo um mecanismo eficaz para incluir essas informações e, assim, expandir a base de dados, proporcionando uma análise financeira e orçamentária mais completa do sistema de saúde.

Outro ponto crucial é a revisão da classificação dos prestadores de serviços de saúde. A estrutura atual de classificação dos prestadores precisa ser adaptada para refletir com maior precisão as características do sistema de saúde do Brasil, além das variações regionais e estruturais que afetam os serviços. A pesquisa deve abordar formas de revisar e ajustar essas classificações para garantir que elas atendam à realidade brasileira. Todavia, deve-se pensar em uma forma de produzir essas informações de maneira mais próxima à lógica desenvolvida pela OCDE, de modo que o aspecto comparativo não se perca.

A produção da tabela de formação de capital (HK) no SHA-BR é outro ponto que merece atenção. O conceito de formação de capital, conhecido de forma genérica como investimento, refere-se às despesas com ativos fixos aos investimentos feitos na infraestrutura, em equipamentos de saúde e intangível (como as próprias bases de dados), sendo um componente fundamental para a sustentabilidade e melhoria contínua do sistema de saúde. A pesquisa deve identificar as melhores formas de sistematizar e contabilizar esses gastos no SHA-BR, desenvolvendo indicadores e métricas que permitam uma análise precisa dos investimentos em saúde.

Outro aspecto relevante é a disponibilização de variáveis de controle no SHA-BR, como gênero, raça/cor, renda e recortes regionais. O objetivo é proporcionar uma análise mais detalhada das informações de gastos em saúde, permitindo a identificação de necessidades específicas e a formulação de políticas públicas direcionadas a grupos populacionais distintos ou a determinadas regiões do Brasil.

A análise da Atenção Básica no SHA-BR precisa ser mais precisa, especialmente na valoração dos procedimentos. Atualmente, utilizam-se *proxies* de custo baseadas no relatório *Custo e Avaliação de Impacto da Implantação da Parte Fixa do Piso de Atenção Básica: PAB* (Costa; Chorny, 2002), atualizadas anualmente pelo IPCA. Esse método, embora útil, ainda apresenta fragilidade nas estimativas, pois depende de valores substitutivos que podem não refletir com precisão os custos reais de operação da Atenção Básica em diferentes contextos.

Outro ponto central refere-se aos esquemas de financiamento e aos agentes de financiamento no sistema de saúde. É fundamental investigar a classificação e o papel dos agentes financeiros, como o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos entes subnacionais e as operadoras de planos de saúde, a fim de compreender a dinâmica e a interdependência desses financiamentos. É necessário desenvolver uma agenda de pesquisa futura que permita aprofundar as estimativas relacionadas aos esquemas de financiamento (ICHA-FS) e aos agentes de financiamento (ICHA-FA) no Brasil. Isso viabilizará uma análise mais detalhada e robusta das interações entre os diversos agentes e as fontes de recursos.

Também é importante abordar o mapeamento das despesas com seguros obrigatórios, que incluem a saúde das Forças Armadas e das forças de segurança pública, tanto em nível federal, quanto subnacional, como as Polícias Militares e os Corpos de Bombeiros Militares. Atualmente, o mapeamento das despesas com seguros obrigatórios é limitado, focando principalmente as Forças Armadas em âmbito federal. A pesquisa futura deve expandir esse mapeamento para incluir também as forças de segurança pública em esferas estaduais, identificando as fontes de financiamento e os mecanismos de gestão desses gastos.

A investigação das despesas com planos de saúde para servidores públicos nas diferentes unidades federativas (UFs) representa uma área relevante de pesquisa. O objetivo é compreender como esses planos de saúde são estruturados em cada UF, a partir da análise das legislações e das informações disponíveis nos portais da transparência de cada ente. É necessário identificar as bases jurídicas que sustentam esses planos, bem como as instituições responsáveis pela gestão dessas despesas.

Além disso, uma pesquisa futura pode ajudar a consolidar informações sobre as fontes de financiamento dessas despesas, levando em consideração as especificidades de cada um dos três poderes — Executivo, Legislativo e Judiciário. Sabe-se que há diferentes formas de organização que variam muito entre cada ente e cada estado. Um mapeamento completo desses regimes em nível estadual também permitiria um levantamento posterior, mais abrangente, que alcance também os maiores municípios do País.

O mapeamento das despesas com coparticipação em planos de saúde também precisa ser ampliado. Embora já existam dados sobre as despesas com coparticipação em planos de saúde regulados pela ANS, há uma lacuna quanto aos planos não regulados e outras formas de coparticipação. Além disso, é importante estudar como as despesas com o PFPB se encaixam nesses esquemas de coparticipação, observando seu efeito no orçamento da saúde. Uma agenda futura de pesquisa deve ser estabelecida para identificar as características dessas despesas, suas fontes de financiamento e as formas adequadas de contabilização dentro do SHA-BR.

Uma abordagem importante é a identificação abrangente das fontes públicas de financiamento de despesas com saúde, independentemente do esquema de financiamento. Despesas com o SUS, com esquemas para servidores civis, de regimes de tipo seguro social com servidores militares, subsídios a despesas privadas com saúde de empresas e das famílias, entre outras possibilidades, compõem um conjunto diverso que ultrapassa os limites das chamadas ASPs. Sua identificação e sua vinculação com respectivos regimes permitiriam uma compreensão mais abrangente do papel do Estado brasileiro em seus três níveis no financiamento de despesas com saúde.

Por fim, a análise detalhada de informações de saúde bucal no SHA-BR é uma área importante de pesquisa. A inclusão de dados sobre saúde bucal no SHA-BR permitirá uma visão mais completa das condições de saúde da população, considerando tanto os serviços de Atenção Básica quanto os especializados. A pesquisa deve ter o foco em como coletar e classificar as informações relacionadas ao atendimento odontológico, ao diagnóstico de doenças bucais e a outros indicadores relevantes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados e Indicadores do Setor de Saúde Suplementar**. Brasília, DF: ANS, 2024a. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_cc.def. Acesso em: 18 nov. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados e Indicadores do Setor de Saúde Suplementar**: Beneficiários de planos privados de saúde: Taxa de cobertura de serviços. Brasília, DF, ANS, 2024b. Disponível em: https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_tx.def. Acesso em: 26 dez.

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

BRASIL. Congresso Nacional. **Glossário orçamentário**. Brasília, DF: Senado Federal, 2024. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/legislacao-e-publicacoes/glossario-orcamentario/-/orcamentario/termo/pagamento>. Acesso em: 27 dez. 2024.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Portal da Transparência**: servidores públicos federais. Brasília, DF: CGU, 2024. Disponível em: <https://portaldatransparencia.gov.br/servidores>. Acesso em: 18 nov. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 5.315, de 12 de setembro de 1967**. Regulamenta o art. 178 da Constituição do Brasil, que dispõe sobre os ex-combatentes da 2ª Guerra Mundial. Brasília, DF: Presidência da República, 1967. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5315.htm. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 6.880, de 9 de dezembro de 1980**. Dispõe sobre o Estatuto dos Militares. Brasília, DF: Presidência da República, 1980. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6880.htm. Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cebas/cnes-cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude#:~:text=O%20CNES%20propicia%20ao%20gestor,atrav%C3%AAs%20da%20PT%2DSAS%20376>. Acesso em: 22 nov. 2024.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**: Siops. Brasília, DF: MS, 2013. (Série Ecos, Economia da Saúde para a Gestão do SuS, Eixo 2, v. 1) Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Financiamento público de saúde**. Brasília, DF: MS, 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS, Eixo 1, v. 1). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 4.307, de 18 de julho de 2002**. Regula a Medida Provisória n.º 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, que dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas... Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4307.htm. Acesso em: 12 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 92.512, de 2 de abril de 1986**. Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d92512.htm. Acesso em: 18 nov. 2024.

COSTA, D. C. A. R. *et al.* Crise econômica e disparidades no gasto, oferta e utilização de serviços públicos e privados de saúde no Brasil no período entre 2011 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT262221>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT262221>. Acesso em: 26 dez. 2024.

COSTA, N. R.; CHORNY, A. H. (coord.). **Custo e Avaliação de Impacto da Implantação da Parte Fixa do Piso de Atenção Básica PAB**: 5º Relatório de Pesquisa. Brasília, DF: FENSPTEC: Ministério da Saúde, 2002. 2 v. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/custo_resumo_executivo.pdf. Acesso em: 26 dez. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sistema de Contas Nacionais**: Brasil: Referência 2010. Brasília, DF: IBGE, 2015b. Nota metodológica n. 12, governo e administração. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Contas_Nacionais/Sistema_de_Contas_Nacionais/Notas_Metodologicas_2010/12_governo.pdf. Acesso em: 26 dez. 2024.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema de Contas Nacionais**: Brasil: Referência 2010. Brasília, DF: IBGE, 2015a. Nota metodológica n. 19, margens e impostos. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Contas_Nacionais/Sistema_de_Contas_Nacionais/Notas_Metodologicas_2010/19_margens_e_impostos_20200928.pdf. Acesso em: 26 dez. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas do Estado Brasileiro**: Recursos Humanos e Políticas Públicas. Brasília, DF: Ipea, 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/consulta/268>. Acesso em: 18 nov. 2024.

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. *In*: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. (org.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 152-179.

OCKÉ-REIS, C. O. **Avaliação do gasto tributário em saúde**: o caso das despesas médicas do Imposto de Renda da Pessoa Física. Brasília, DF: Ipea, 2021. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10929/1/td_2712.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

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

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Institucionalização do Sistema de Contas de Saúde SHA 2011 na América Latina**. Washington, D.C.: Opas, 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55551/OPASHSSHS210014_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 nov. 2024.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 21 maio 2011.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília, DF: MS, 2016.

SOUZA, A.; ANDRADE, M. V. **Financiamento público da saúde nos municípios brasileiros**: análise da qualidade dos registros declarados ao Siops de 2002 a 2014 para a atenção básica: planejamento e políticas públicas. [S. l.]: Ipea, n. 56, 2021. Disponível em: www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/1041. Acesso em: 23 jul. 2024.

TORRES, T. F. *et al.* Monitoring financial healthcare protection in Brazil: evolution, inequalities, and associated factors. **Public Health**, v. 236, p. 175-183, nov. 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350624003391?via%3Dihub>. Acesso em: 18 dez. 2024.

UNITED NATIONS. **System of National Accounts 2008**. New York: UN, 2009. Disponível em: <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/sna2008.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

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

ANEXOS

Anexo A

Quadro 1 — Glossário da Classificação de Funções de Cuidados de Saúde (HC) e suas categorias conforme o SHA 2011, com correspondência direta no sistema de saúde do Brasil:

Termo	Conceito
Funções de cuidados de saúde (HC)	Agrupamento de bens e serviços de saúde por finalidade ou propósito
Atenção curativa (HC 1)	Atendimento de saúde com o principal propósito de aliviar os sintomas, reduzir a gravidade de uma doença ou lesão, ou proteger contra a exacerbação e/ou complicação de uma doença e/ou lesão que poderia ameaçar a vida ou o funcionamento normal de uma pessoa.
Atenção curativa em regime de internação (HC 1.1)	Serviços consumidos por casos, incluindo pernoites em um estabelecimento de saúde.
Atenção curativa em regime de hospital-dia (HC 1.2)	Serviços consumidos em um estabelecimento de saúde quando o paciente é admitido, mas recebe alta no mesmo dia.
Atenção curativa ambulatorial (HC 1.3)	Aliviar, reduzir ou proteger de uma doença ou lesão um paciente que solicita serviços em um estabelecimento de saúde sem ser internado.
Atenção curativa ambulatorial básica (HC 1.3.1)	Casos mais frequentes e sem complicação que não requerem internação em um estabelecimento de saúde, como o monitoramento e o manejo de casos não complicados de doenças pediátricas comuns contagiosas e não contagiosas e casos não complicados de acompanhamento de doenças agudas e crônicas em adultos.
Atenção ambulatorial saúde bucal (HC 1.3.2)	Quase toda a atenção dental é realizada como atenção externa, exceto a cirurgia dental, que pode ser oferecida como serviço de hospitalização.

continua

continuação

Termo	Conceito
Atenção ambulatorial especializada (HC 1.3.3)	Serviços e atenção que envolvem uma subespecialidade das categorias gerais, como a neurocirurgia (cirurgia) e a alergologia (medicina interna).
Atenção curativa domiciliar (HC 1.4)	Serviços consumidos no local de residência do paciente.
Atendimentos de reabilitação (HC 2)	Serviços que estabilizam, melhoram ou restauram funções e estruturas corporais debilitadas, compensam a ausência ou perda de funções e estruturas corporais, previnem incapacidades, complicações médicas e riscos. Exclui os serviços que buscam melhorar aspectos sociais, laborais ou de recreação.
Atendimentos de reabilitação em regime de internação (HC 2.1)	Serviços consumidos com estadia noturna em um estabelecimento de saúde para estabilizar, melhorar ou restaurar funções corporais danificadas e estruturas, bem como para prevenir incapacidades, complicações médicas e riscos.
Atendimentos de reabilitação em regime de hospital-dia (HC 2.2)	Serviços consumidos com admissão, sem estadia noturna em um estabelecimento de saúde para estabilizar, melhorar ou restaurar funções corporais danificadas e estruturas, bem como para prevenir incapacidades, complicações médicas e riscos.
Atendimentos de reabilitação ambulatorial (HC 2.3)	Serviços consumidos sem admissão em um estabelecimento de saúde para estabilizar, melhorar ou restaurar funções corporais danificadas e estruturas, bem como para prevenir incapacidades, complicações médicas e riscos.
Atendimentos de reabilitação domiciliar (HC 2.4)	Serviços consumidos no local de residência de um paciente para estabilizar, melhorar ou restaurar funções corporais danificadas e estruturas, bem como para prevenir incapacidades, complicações médicas e riscos.
Cuidados de longo prazo (HC 3)	Serviços médicos e de pessoal de saúde consumidos com o objetivo de aliviar dor e sofrimento e reduzir ou gerenciar o declínio da saúde em pacientes dependentes.
Cuidados de longo prazo em regime de internação (HC 3.1)	Todos os serviços de saúde de longa duração em um estabelecimento de saúde que requerem estadia noturna com supervisão médica.

continua

continuação

Termo	Conceito
Cuidados de longo prazo em regime de hospital-dia (HC 3.2)	Serviços planejados de cuidados de longa duração em um estabelecimento de saúde, mas sem estadia noturna. Casos noturnos podem ser considerados diurnos se o paciente funcionar normalmente durante o dia, mas necessitar de assistência à noite.
Cuidados de longo prazo ambulatorial (HC 3.3)	Serviços de cuidados de longa duração cujo objetivo é gerenciar estados de saúde deteriorados e suas dificuldades clínicas associadas. Podem requerer visitas periódicas dos pacientes ou uma maior prestação de serviços de monitoramento remoto
Cuidados de longo prazo domiciliar (HC 3.4)	Serviços relacionados de longa duração prestados a pessoas com dependência dentro de sua própria casa ou ambiente residencial.
Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento (HC 4)	Serviços auxiliares que fazem parte de um pacote de serviços, geralmente relacionados ao diagnóstico e tratamento de pacientes.
Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos (HC 4.1)	Serviços que envolvem uma variedade de exames clínicos e visam obter informações sobre a saúde de um paciente.
Exames de imagem (HC 4.2)	Serviços que utilizam tecnologia de imagens, como raios X e radiação, para o diagnóstico e monitoramento de pacientes.
Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergências (HC 4.3)	Transporte de pacientes para um centro de saúde por recomendação médica ou como transferência necessária entre centros médicos para complementar um pacote de serviços de saúde.
Medicamentos e produtos médicos (HC 5)	Um componente de um pacote de serviços com propósito preventivo, curativo, de reabilitação ou de cuidados de longa duração cujo consumo não está diretamente associado a uma função. Normalmente resultam de uma compra com transação independente do conjunto de serviços ambulatoriais ou de internação.
Medicamentos e outros produtos médicos não duráveis (HC 5.1)	Produtos farmacêuticos e suprimentos médicos que têm uma vida útil limitada, usados para diagnóstico, cura, mitigação ou tratamento de uma doença.

continua

continuação

Termo	Conceito
Medicamentos com obrigatoriedade de prescrição (HC 5.1.1)	Produtos fornecidos em resposta a uma receita médica elaborada por um profissional médico certificado ou um farmacêutico.
Medicamentos sem obrigatoriedade de prescrição (HC 5.1.2)	Todos os produtos farmacêuticos oferecidos com ou sem receita.
Outros artigos médicos não duráveis (HC 5.1.3)	Inclui vendas adesivas e não adesivas, seringas hipodérmicas, itens de primeiros socorros, garrafas de água quente e sacos de gelo, produtos de meias médicas, preservativos e outros dispositivos mecânicos de contracepção. Exclui medicamentos.
Órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares (HC 5.2)	Produtos médicos duráveis que suportam ou corrigem deformidades e/ou anormalidades do corpo humano, próteses ou membros artificiais que substituem uma parte faltante do corpo, e uma variedade de dispositivos técnico-médicos, como cadeiras de rodas motorizadas ou não motorizadas e carrinhos para pessoas com deficiência.
Óculos, lentes e produtos oftalmológicos (HC 5.2.1)	Produtos para a visão com fins de saúde, excluindo óculos de sol genéricos.
Próteses e outros dispositivos para audição (HC 5.2.2)	Aparelhos auditivos e dispositivos relacionados para auxílio à audição.
Órteses e outros dispositivos para ortopedia e mobilidade (HC 5.2.3)	Inclui outros dispositivos ortopédicos e próteses como sapatos ortopédicos, membros artificiais, cintas e suportes, cintos cirúrgicos, estruturas e suportes, e colares ortopédicos.
Prevenção, promoção e vigilância em saúde (HC 6)	Qualquer medida que visa evitar ou reduzir a ocorrência de lesões e doenças, suas sequelas e complicações.
Informação, educação e programas de orientação em saúde (HC 6.1)	Estratégias, abordagens e métodos que permitem que indivíduos, famílias, grupos, organizações e comunidades desempenhem um papel ativo na promoção, proteção e manutenção da boa saúde. Envolve um processo de aprendizado que capacita as pessoas a tomar decisões, modificar comportamentos e alterar condições sociais.

continua

continuação

Termo	Conceito
Programas de imunização (HC 6.2)	Programas que previnem o desenvolvimento de doenças por meio de vacinas.
Programas de detecção precoce de doenças (HC 6.3)	Programas que visam à detecção precoce de uma doença, antes do aparecimento de sintomas, dentro de grupos de risco.
Programas de monitoramento de populações saudáveis (HC 6.4)	Monitoramento ativo de estados de saúde não focados em doenças específicas, como o monitoramento de gestações.
Vigilância epidemiológica de controle de risco e agravos (HC 6.5)	Operações técnicas para gerenciamento de conhecimento e recursos com foco preventivo e de controle. Isso é feito por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação de intervenções, incluindo medidas para apoiar a tomada de decisões, como acesso a informações e serviços de apoio.
Programas de recuperação de desastres e respostas emergenciais (HC 6.6)	Preparativos para uma resposta adequada em caso de emergências humanitárias, de origem humana ou natural. O objetivo é proteger a saúde e reduzir a mortalidade associada aos riscos à saúde.
Governança e administração do financiamento do sistema de saúde (HC 7)	A governança e a administração do sistema de saúde envolvem atividades relacionadas ao planejamento, à gestão e à regulamentação do setor de saúde como um todo, para garantir sua eficácia. Isso inclui tarefas relacionadas à arrecadação, à reserva e à distribuição de fundos por parte de unidades governamentais e/ou seguros de saúde, e outros agentes de financiamento.
Governança e administração do sistema de saúde (HC 7.1)	A gestão cuidadosa e responsável do bem-estar da população abrange três tarefas gerais: fornecer uma visão e orientação, reunir e utilizar informações, e exercer influência mediante regulamentação e outros meios. A administração implica um foco na gestão, que inclui, entre outros aspectos, o desenho de medidas regulatórias, a criação de incentivos e o controle das organizações e dos recursos dentro do sistema.

continua

conclusão

Termo	Conceito
Administração do financiamento da saúde (HC 7.2)	Gestão da coleta de fundos, sua administração, seu monitoramento e a avaliação desses recursos.
Outras atividades de saúde não classificadas (HC 9)	Outros serviços de cuidados de saúde que não se enquadram em outras categorias.

Fonte: adaptado de OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition e Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Anexo B

O Anexo B consolida o tradutor SHA-Sigtap em um documento Excel. Devido ao tamanho do documento, está sendo inserido por meio de um link.



Conte-nos o que
pensa sobre esta
publicação.

Responda a pesquisa
disponível por meio do
QR Code abaixo.





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.s.saude.gov.br

Acesse a obra na BVS por
meio do QR Code:



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO