

Relatório Técnico nº16/2023

Financiamento do SUS

O Relatório Técnico da Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), da Umane e do Instituto Veredas, que integram as ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir com o debate público subsidiando os poderes Executivo e Legislativo a partir de documentos para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse: www.agendamaisus.org.br.

Resumo

Um investimento público massivo em programas de saúde, principalmente aqueles orientados pela Atenção Primária em Saúde (APS), parece contribuir para a eficiência do sistema, trazendo retornos significativos para a saúde e para a redução de desigualdades.

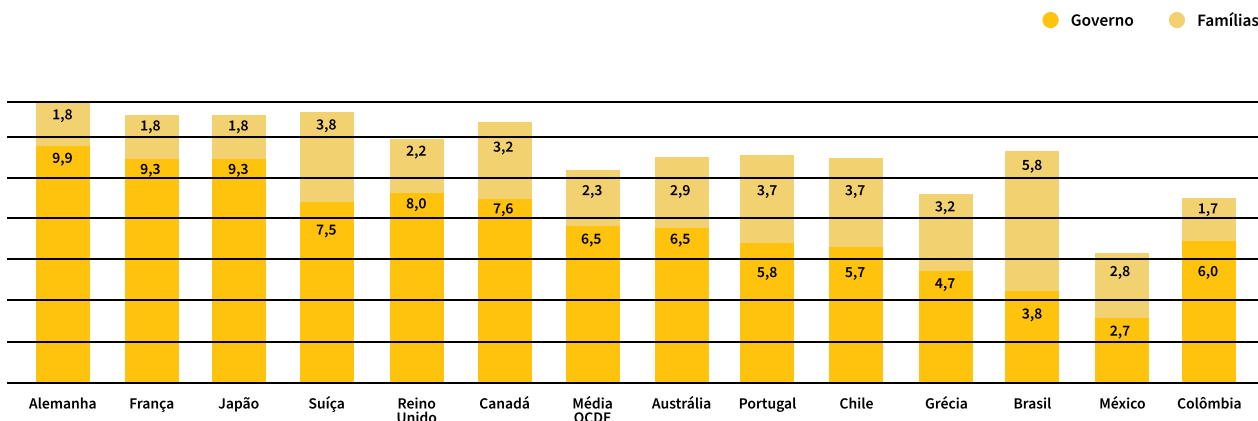
- A análise comparativa entre países demonstra que aqueles com maiores percentuais de financiamento público e de alocação de recursos na APS apresentam melhores resultados em saúde e menores desigualdades entre grupos populacionais [1].
- A recessão brasileira contribuiu para o aumento da mortalidade. No entanto, em municípios com altos gastos com programas de saúde e proteção social, não foram observados aumentos significativos na mortalidade relacionada à recessão. Dessa forma, os gastos com saúde e proteção social parecem mitigar os efeitos prejudiciais à saúde, especialmente entre as populações vulneráveis [2].
- Um maior percentual do gasto público com saúde no gasto total de saúde é associado a um menor abismo no acesso aos serviços de saúde entre o quintil mais rico e o mais pobre da população, embora com variações entre os países [5].

O financiamento do SUS configura um dos debates mais complexos para a saúde pública universal, com a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecendo uma tendência internacional de aumento de gastos públicos em saúde decorrente do envelhecimento da população, do aumento da prevalência de doenças crônicas e da incorporação de novas tecnologias superior ao crescimento do produto interno bruto dos países [1]. A despeito do financiamento da saúde, no Brasil, ser tripartite, ainda depende da expressiva contribuição das famílias.

- As despesas com consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil totalizaram R\$711,4 bilhões em 2019 (9,6% do PIB). 3,8% corresponderam a gastos do governo e 5,8% a despesas das famílias e de Instituições Sem Fins Lucrativos a Serviço das Famílias (IFSL). As despesas de consumo do governo com saúde somaram R\$283,61 bilhões, enquanto as famílias e as IFSL ficaram com R\$427,8 bilhões [36].

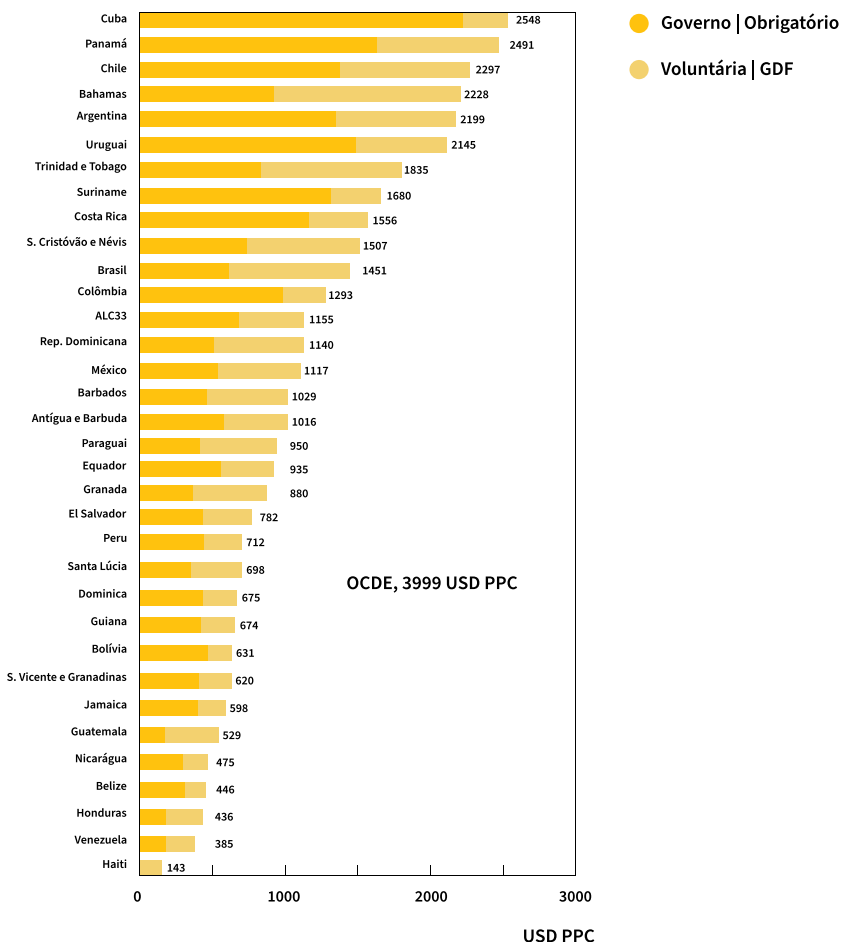
- Na comparação com outros países, o Brasil apresentou uma % do Produto Interno Bruto (PIB) investida pelo governo muito inferior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a países com sistemas públicos de saúde como Canadá e Reino Unido, com a maior parte do investimento nacional ocorrendo por parte das famílias brasileiras, conforme demonstram as figuras abaixo [3; 4].

Despesas com saúde como proporção do PIB, por setor institucional (%) | 2019



Fonte: 1. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais. 2. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, OECD Health Statistics.

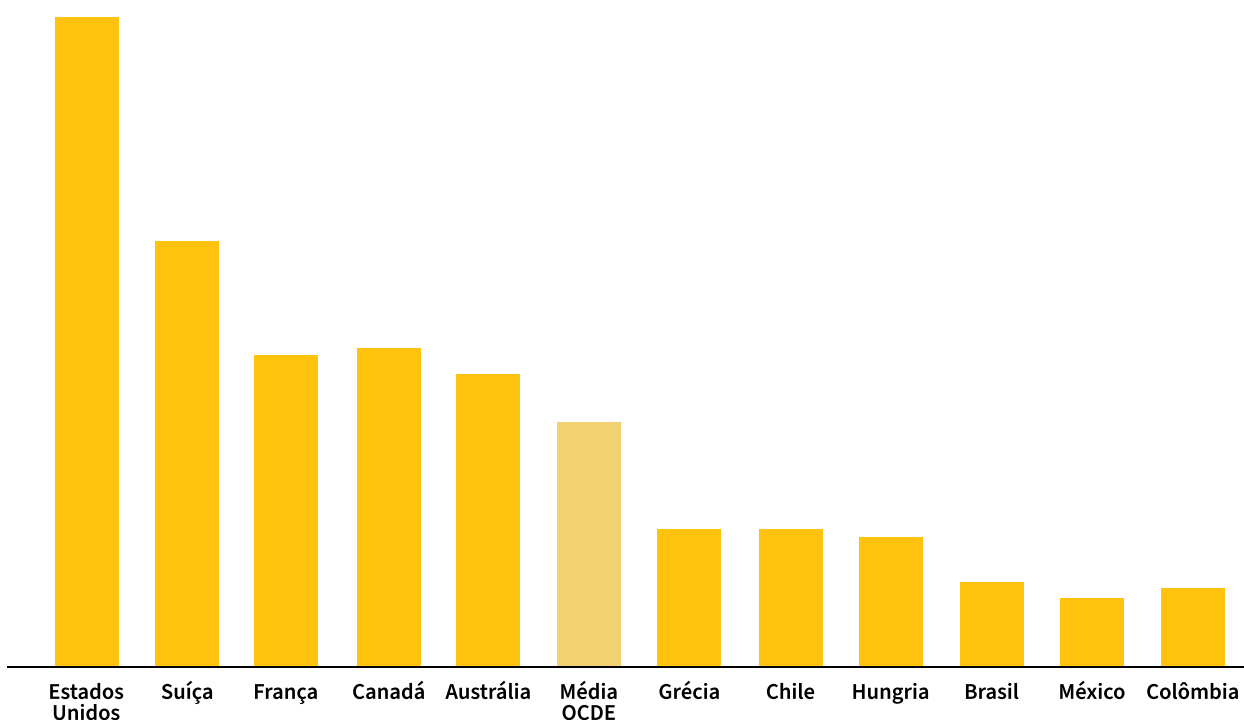
Gasto total com saúde per capita (USD PPC) 2019.



Fonte: Banco de dados de gastos globais com saúde da OMS 2020; Estatísticas de saúde de OCDE 2019 para Brasil, Chile, Colômbia, Costa e México.

Já a despesa per capita com saúde, ou seja, quanto o país gasta em saúde por cada habitante atingiu R\$1349,60 nas despesas governamentais e R\$2035,60 nas despesas familiares em 2019. No entanto, essa medida segue sendo inferior a de diversos países pelo mundo. **(IBGE. Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2019 - Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf)**

Escala comparativa das despesas per capita com saúde | 2019



Fonte: 1. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais. 2. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, OECD Health Statistics.

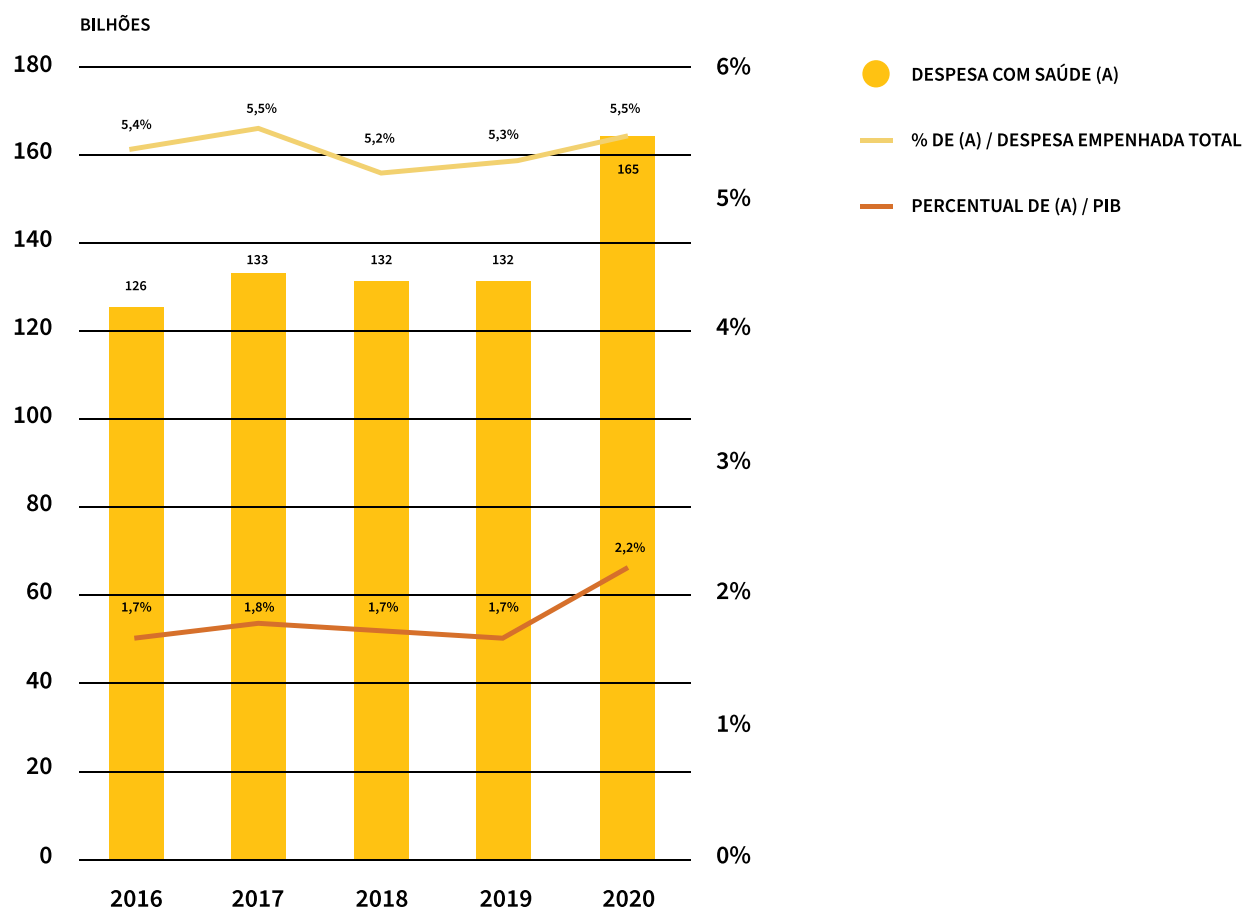
- **Em 2020, os países de baixa renda dependeram fortemente de ajuda externa e gastos privados para financiar os gastos com saúde. Nesses países, os gastos com saúde provenientes de ajuda externa aumentaram de 0,7% do PIB em 2000 para 1,8% em 2020. Nos países de alta renda¹, os gastos per capita com saúde aumentaram em média 5,8% em termos reais em 2021, ligeiramente mais do que os 4,5% em 2020, e representaram 9,3% do PIB, a mesma parcela de 2020.** Antes da pandemia de Covid-19, o perfil dos gastos sociais nos países refletia uma combinação de fatores macroeconômicos e demográficos, além do papel do governo no financiamento dos serviços sociais. Durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19, os gastos per capita com saúde e proteção social aumentaram significativamente de um modo geral [37].

¹Em 2022, a OMS começou a coletar e publicar dados sobre os gastos globais com saúde a partir de dados disponibilizados por 20 países que relataram dados preliminares para 2021. Esses países são principalmente europeus de alta renda: Áustria, Chile, Dinamarca, Estônia, Alemanha, Honduras, Islândia, Irlanda, Itália, Lituânia, Luxemburgo, Países Baixos, Noruega, Filipinas, Polônia, Portugal, República da Coreia, Eslovênia, Suécia e Reino Unido.

- Em 2020, o Conselho Federal de Medicina (CFM) realizou um balanço com os números divulgados pelo governo indicando que R\$1.398,53 por habitante saíram das contas públicas em todo o país para pagar o atendimento da população [6].

Em 2000, com a Emenda Constitucional (EC) nº 29, foi garantido o comprometimento das três esferas de governo com o financiamento da saúde [8]. São estabelecidos um índice mínimo de 12% para os estados e o Distrito Federal, 15% para os municípios e, desde a Emenda Constitucional nº 95/2016, 15% da receita líquida mais a correção da inflação para o governo federal [6]. Dentre os entes federativos, os maiores gastos entre 2003 e 2017 foram da União, seguidos pelos municípios e estados, mas o maior crescimento ao longo dos anos foi registrado pelos municípios [13].

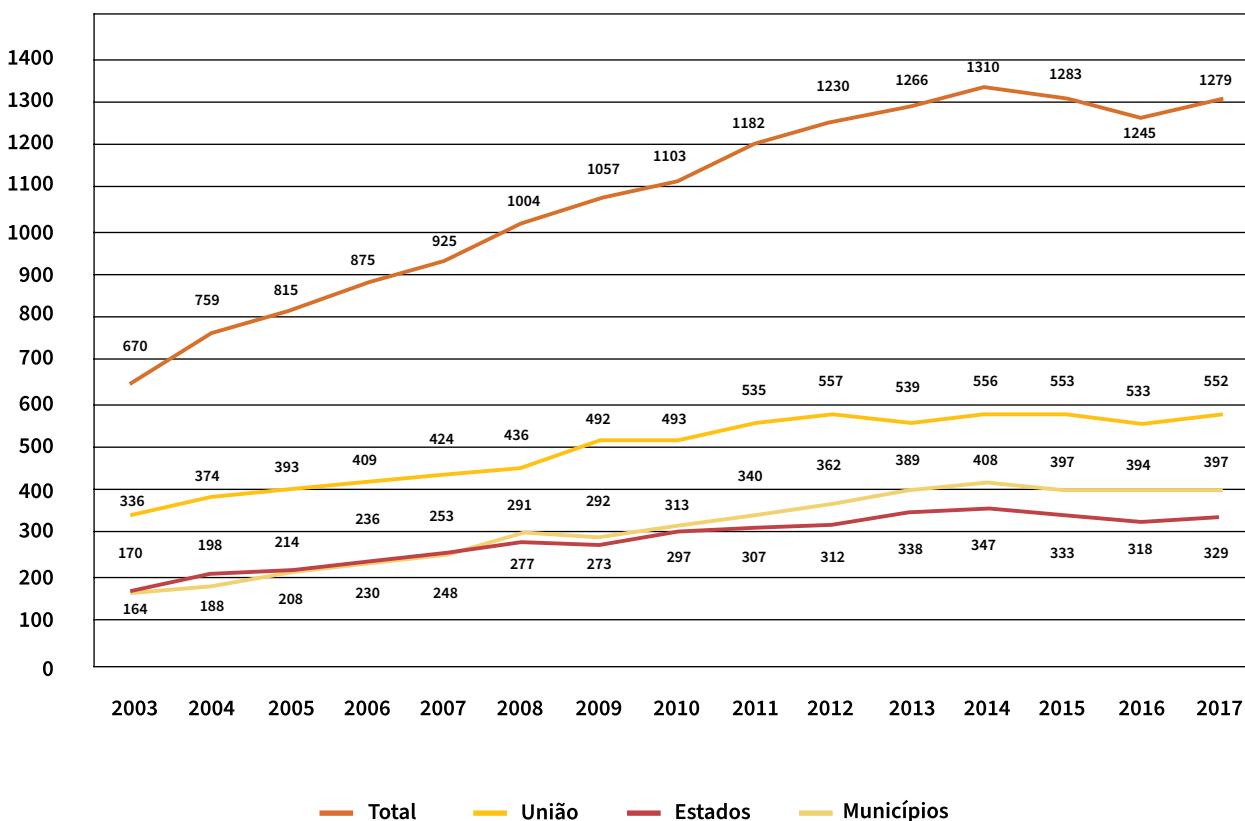
- Pode-se ressaltar que a EC nº 29 induziu o crescimento dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que passaram de 2,9% do PIB, em 2000, para 4,1% do PIB, em 2017. Esse aumento foi consequência, principalmente, da vinculação das receitas estaduais e municipais destinadas à saúde. [8]
- Em 2020, a União sozinha empenhou R\$165 bilhões na função saúde, conforme demonstra a figura abaixo [10], o que representa 5,5% do total de despesas empenhadas. O valor mínimo para gastos em ações e serviços públicos de Saúde (ASPS) foi R\$121,2 bilhões. Como percentual do PIB, os gastos com saúde pela União passaram de 1,7%, em 2019, para 2,2%, em 2020 [10].



Entre 2003 e 2017, as despesas federais de saúde passaram de 58% para 43% das despesas públicas totais. Significa dizer que os estados e, sobretudo, os municípios gastam proporcionalmente cada vez mais em saúde. Se mantido o congelamento estabelecido pela EC nº 95, esses entes deverão ser responsáveis por 70% dos gastos públicos até 2036 [8].

Gasto das três esferas do governo em ASPS, em valores per capita (2003 - 2017)

(Em R\$ de 2017)



Fonte: Piola; de Sá e Benevides; Vieira. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017 (IPEA), 2018 - Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf

- A participação da União no processo de financiamento do SUS foi reduzida de 73% para 43% no período 1991-2017, compensada pelo aumento da alocação de recursos das esferas estadual (de 15% para 26%) e, principalmente, municipal (que cresceu 2,5 vezes nesse período – de 12% para 31%) [27]
- Considerando apenas o orçamento do Ministério da Saúde em 2021, R\$23.118,9 milhões foram executados para a Atenção Básica, R\$4.770 milhões para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, e R\$20.393,8 milhões para o enfrentamento da Covid-19 [28].
- Já nos últimos dois anos (2021 e 2022), descontados os valores destinados ao combate do Coronavírus, o maior montante foi destinado à média e alta complexidade (R\$55,24bi em 2021 e R\$60,38bi em 2022) [29].

Na série histórica de investimento dos repasses fundo a fundo (do nível federal para municípios e estados), até 2017, o maior investimento era na Média e Alta Complexidade, com crescimento entre 2000 e 2017 superior a 1.000%. De 2018 em diante, o orçamento passa a ser classificado como “Estruturação da Rede de Serviços Públicos (Investimento)” e “Manutenção das Ações e Serviços Públicos (Custeio)”, com a segunda rubrica representando valores crescentes nas médias anuais a partir de 2020.

Acesse os painéis de **Informações do Fundo Nacional de Saúde - Repasses Fundo a Fundo, de 2021.**

Disponível em: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html

- Entre 2000 e 2022, o repasse bruto para municípios somou cerca de R\$812,4 bilhões, enquanto que, para os estados, a soma foi de R\$309,9 bilhões. Apenas no ano de 2021, o repasse bruto para municípios somou mais de R\$67 bilhões comparado aos R\$20,8 bilhões para estados. A variação da aplicação per capita em 2022 foi de R\$653,34 no estado do Tocantins (seguido por Pernambuco e Alagoas), chegando até R\$341,59 no Distrito Federal (antecedido por Amazonas e Pará) [29].
- Observaram-se perdas de investimento em vigilância em saúde em favor da Atenção Básica e da assistência farmacêutica. No caso da Atenção Básica, o aumento do gasto veio atrelado a mudanças na política e à ampliação dos recursos alocados por emendas parlamentares. Já no caso da assistência farmacêutica, o aumento se deu pela incorporação de novos medicamentos, incluindo vacinas, pela judicialização, pelo aumento dos gastos com hemoderivados e pela centralização, no Ministério da Saúde (MS), da compra de itens de alto impacto orçamentário [13].
- **Municípios com populações menores têm menores rendimentos e maior dependência de transferências intergovernamentais. Municípios médios e grandes têm receitas mais altas, mas atraem transferências intergovernamentais mais baixas e, em média, utilizam uma proporção maior de suas receitas para o cuidado com a saúde.** Assim, as transferências intergovernamentais para pequenos municípios, de modo a enfrentar as desigualdades existentes, devem ser de novas fontes e não devem prejudicar as fontes de municípios de tamanho médio [23].
- **No que tange ao repasse Fundo a Fundo, o relatório da Controladoria Geral da União (CGU), em 2019, verificou a inexistência de documentos de planejamento e de prestação de contas para mais de 30% dos municípios brasileiros e a baixa qualidade dos documentos apresentados pelos entes subnacionais ao MS [12].**
- **Observou também limitações no processo de monitoramento e avaliação por parte do MS,** caracterizadas pela atuação segregada dos atores e pela falta de análise sistemática das prestações de contas pelas unidades do Ministério. Ao mesmo tempo, foram identificadas limitações estruturais da atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e dos Conselhos de Saúde, materializadas pela baixa implementação dos componentes estaduais e municipais de auditoria do SUS, pela fragilidade na atuação do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus) e pelo quantitativo expressivo de Conselhos de Saúde em estágio inicial de governança [12].

- **Na discussão do subfinanciamento, há de se considerar a transferência de recursos. Há uma ênfase na descentralização, mas com dependência das transferências federais**, o que pode levar municípios e estados a buscarem convênios e emendas parlamentares.
- **O papel das emendas parlamentares no financiamento do Sistema, representando uma importante porcentagem do total, indica a necessidade de desenvolver planos que possam orientá-las melhor às necessidades das regiões de saúde.**

Dados orçamentários e fiscais indicam que o regime fiscal, criado pela Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), transformou o subfinanciamento crônico da saúde em desfinanciamento do SUS [8].

- Na análise de Castro et al. (2019), em um cenário onde o financiamento não aumentar nos próximos anos, haverá deterioração dos resultados em saúde, em especial entre os municípios menores, exacerbando as desigualdades geográficas, e assim revertendo uma tendência recente de melhorias [9].
- Existem projetos para que 10% das receitas correntes brutas fossem destinadas a um piso federal para a saúde, definindo o que era ações e serviços públicos de saúde para cômputo no orçamento (similar à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB - para a Educação), que foram vetados apesar de apoio popular.

Cabe ressaltar que o crescimento estimado das necessidades de financiamento do SUS não é um acréscimo que denota uma trajetória explosiva.

- Rocha, Furtado e Spinola (2019) estimaram **um crescimento das necessidades totais de financiamento em saúde para 11% do PIB em 2030, 12,2% em 2045, alcançando 12,8% em 2060**. Isso equivale aproximadamente a um incremento de R\$1,062 trilhão e representaria um acréscimo de 3,67 pontos do PIB.
- O acréscimo é puxado em parte por um crescimento das necessidades de financiamento do setor público de 1,63 pontos do PIB, e em parte de um aumento de 2,04 pontos no setor privado. Essa diferença decorre do setor privado ter uma curva de custos médicos por idade e gênero mais alta.
- Ganhos de eficiência poderiam então se refletir em aumento de qualidade e cobertura sob restrição de recursos, mas tal cenário não vem sendo observado no país.
- **Ressalta-se que, uma vez existindo restrições para os gastos federais que causam pressões para a diminuição de gastos, espera-se um aumento na parcela de estados e municípios na composição dos gastos públicos.**
- Em particular, com relação ao setor público, **a contenção observada pode refletir restrições fiscais e baixa capacidade do governo em expandir a cobertura e a qualidade do SUS**. Neste sentido, caso não exista um esforço para a mobilização de recursos e para o seu uso cada vez mais eficiente, a demora em respondermos às demandas da saúde poderá vir com consequências para a sociedade – por exemplo, via diminuição da qualidade, aumento da segmentação e das iniquidades.

Um cenário de restrições para os gastos públicos, em particular de gastos federais, pode implicar também o aumento da segmentação público-privada no financiamento e na provisão da saúde no país, levando a potenciais perdas de equidade no sistema [7].

Dentre os tópicos de maior preocupação no âmbito do financiamento, emergem: a) o financiamento da APS, atualmente via Previne Brasil; b) a judicialização da saúde; e c) os procedimentos de alto custo e a Tabela SUS.

Previne Brasil

Em 2019, o governo brasileiro lançou uma nova política para a APS no SUS. Chamada de “Previne Brasil”, a política modificou o financiamento da APS para municípios. No lugar de habitantes e de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores [30]. A nova proposta de financiamento extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho [32].

- Os indicadores a serem acompanhados são: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difetéria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadaspor Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada; proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; e proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre [31].
- Dentre as críticas ao programa, ressaltava-se que, embora seja esperado que a nova política possa aumentar o número de pessoas registradas em serviços de APS, e que a ponderação valorize regiões mais vulneráveis, o financiamento será dependente da efetividade do cadastro, o que deve variar substancialmente no país. Outra preocupação dizia respeito ao fato de que, ao se estabelecer a avaliação de desempenho como critério para o financiamento da APS no SUS, é possível que os municípios concentrem atenção em indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de APS que deve ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade [30].
- O programa sofreu uma interrupção na sua implementação completa, tanto em decorrência da descontinuidade da equipe, quanto da pandemia. De fato, houve flexibilização do Programa já em 2021, pois, frente ao fato de que municípios não conseguiram atingir o número de cadastros estabelecidos, o MS decidiu realizar repasse financeiro equivalente a 100% do potencial da capitação ponderada (potencial de cadastro) e a 100% do desempenho potencial.

Judicialização da Saúde

Em 2019, foram desembolsados R\$796.306.242,40 para a aquisição de medicamentos ou outros insumos para a saúde por atendimento de decisões judiciais, que em geral envolvem produtos raros e indisponíveis no mercado nacional, não raro sem registro perante a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) [33; 34; 35].

- O Supremo Tribunal Federal (STF) adota uma postura que obstrui uma possível solução menos onerosa para o problema da judicialização, no que se refere aos medicamentos sem registro na Anvisa. Há evidências de que restringir as hipóteses de concessão de medicamentos com base em critérios claros, racionais e específicos, é contribuir para a solução da judicialização da saúde [34; 35].
- **O critério mais utilizado para o deferimento judicial tende a ser a prescrição médica**, não considerando as evidências científicas disponíveis que poderiam subsidiar esta decisão. **Além disso, medicamentos foram habitualmente demandados pelo nome comercial em detrimento da denominação do princípio ativo** [20].
- A alta demanda gerada através das prescrições - e a consequente judicialização das tecnologias em saúde - pode revelar uma estratégia de grupos econômicos relacionados com a produção de tecnologias em saúde, para promover pressão para a incorporação de novas tecnologias [20].

Tabela SUS e procedimentos de alto custo

O debate sobre os procedimentos de alto custo parece ser uma lacuna em grande medida pela falta de dados confiáveis. Há grandes divergências na literatura sobre se a Tabela SUS está defasada ou se seu formato é que deveria ser reformulado.

- No que tange aos medicamentos de alto custo, um estudo brasileiro que analisou dados de 2000-2004 identificou que a população total atendida pelo programa era de 611.419, sendo 63,5% do sexo feminino, com idade média de 46 anos. 41,9% dos pacientes viviam na região Sudeste e 29,7% na região Nordeste do Brasil. 24,5% dos pacientes iniciaram o tratamento em 2000, 12,4% em 2001, com tendência crescente até 2004. O diagnóstico mais prevalente referiu-se às doenças do aparelho geniturinário e o uso mais comum de grupos químicos foram os antianêmicos. Foram detectados 40.941 óbitos (6,7% do total). O gasto total per capita foi de R\$4.794,34. O maior gasto per capita foi observado no sexo masculino, com 47 anos, que moravam na região Sudeste do Brasil e iniciaram o tratamento em 2000, tinham diagnóstico de doenças infecciosas e parasitárias e usavam substitutos do sangue e soluções de perfusão [15].

Recomendações

Revisões sistemáticas e sínteses de evidências para políticas

- **A modalidade de financiamento hospitalar baseada na performance (Pay-4-Performance/P4P) como estratégia para aprimorar indicadores de performance (desfechos de saúde, uso de recursos, extensão da cobertura, taxa de acesso, promoção de equidade, e efeitos colaterais e**

prejuízos) não apresenta evidências suficientes de efeito significativo sobre tais indicadores. Estratégias de promoção da qualidade dos serviços por meio da suspensão de financiamento em resposta à inobservância de critérios específicos produz mais efeito que a oferta de financiamento adicional por performance [16].

- **Estratégias de Financiamento Baseado em Performance, que prevê maior aporte financeiro para serviços que atingem metas estipuladas de desempenho, apresentam resultados positivos na adesão à testagem e ao tratamento antirretroviral para pacientes com HIV/Aids. Entretanto, ainda são escassas as evidências sobre possíveis efeitos colaterais de tais estratégias, bem como sobre as suas implicações em aspectos administrativos e de promoção da equidade [17].**
- As evidências sobre os efeitos de estratégias de Financiamento Baseado em Performance de programas de planejamento familiar ainda são inconclusivas [18].
- **Em uma revisão sistemática sobre incentivos financeiros, provedores de saúde e melhoria de qualidade, indica que o efeito das iniciativas de pagamento que recompensam os fornecedores por melhorias de qualidade foi misto.** Há poucos impactos significativos relatados e, muitas vezes, os programas incluem componentes de melhoria de qualidade, além de pagamentos de incentivos, tornando difícil avaliar o efeito independente dos incentivos financeiros. Pouca pesquisa foi feita sobre o impacto dos pagamentos diretos aos hospitais para melhorar qualidade. A pesquisa publicada até o momento nesta área é muito limitada para tirar conclusões com confiança. Embora relativamente mais atenção tenha sido dada aos serviços preventivos, são limitadas evidências de que incentivos financeiros para melhorar a entrega de serviços preventivos são eficazes. Por fim, as pesquisas disponíveis ainda não eram suficientes para avaliar a importância das barreiras identificadas para a implementação de iniciativas de pagamento por desempenho efetivas [19].

Judicialização da saúde

- **Em uma síntese de evidências sobre Judicialização da Saúde no Brasil, três opções foram consideradas efetivas:** Opção 1 – Serviço de respostas rápidas para apoiar o uso das melhores evidências científicas como subsídio das decisões envolvendo tecnologias em saúde; Opção 2 – Programa de educação permanente, endereçado aos operadores do direito, para o desenvolvimento de habilidades para compreensão e entendimento do SUS, suas políticas e a importância da ATS nesse contexto; e Opção 3 – Serviço de mediação, entre as partes envolvidas, para processos judiciais envolvendo tecnologias em saúde [20].

Evidências científicas

- **O aumento dos gastos públicos deveria ser feito de forma gradativa e vinculado a um conjunto de programas prioritários que aumentassem a efetividade, a eficiência e a qualidade dos serviços.** Um aumento rápido e linear não geraria valor para a população brasileira [21].
- **É preciso enfrentar o problema do subfinanciamento vinculado à busca por recursos adicionais junto a novas fontes de financiamento com as ações e serviços públicos de saúde que serão aprimoradas, ampliadas e criadas,** cujos critérios são: quanto às fontes, exclusividade para o SUS, não regressividade tributária e revisão da renúncia de receita; e, quanto aos usos, priorização da atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde e valorização dos servidores [22].

- Torna-se importante a discussão de mecanismos mais efetivos de redistribuição dos recursos para a saúde no país. **Essa pode ser uma oportunidade para introduzirmos alguma coordenação entre mecanismos de redistribuição de recursos entre municípios e incentivos que induzam maior integração da atenção primária local a serviços de mais alta complexidade, bem como a redes de atenção pactuadas em nível regional [24].**

Judicialização da saúde

- Os princípios do SUS devem ser mantidos para garantir eficiência, eficácia e equidade no uso de recursos públicos. Universalidade, integralidade e atendimento gratuito no SUS são fundamentais para progredirmos rumo à cobertura universal de saúde no Brasil. No entanto, a falta de definições claras e pontos fracos regulatórios para a aplicação efetiva dos princípios do SUS resulta na chamada judicialização da saúde, com o judiciário aceitando demandas individuais e determinando a prestação de serviços e produtos de saúde que, em muitos casos, não são regularmente ofertados pelo SUS, com consequentes iniquidades. **Para mitigar a judicialização e garantir a equidade, listas nacionais e locais de procedimentos e insumos de saúde oferecidos pelo SUS (com avaliação e definição de prioridades) devem ser definidas [25].**

Documentos de organismos internacionais

- **O Banco Mundial considera que, no setor da saúde, cerca de 0,3% do PIB poderia ser economizado através de melhorias de eficiência a nível local, mantendo o mesmo nível de serviços de saúde, e mais 0,3% com o fim dos créditos tributários do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) para despesas privadas com saúde.** Ao comparar os níveis de eficiência dos municípios, a análise deste estudo identifica possíveis ganhos de eficiência de 37% no atendimento primário (uma economia potencial de R\$9 bilhões) e 71% nos serviços secundários e terciários (uma economia adicional potencial de R\$ 12 bilhões). A ineficiência resulta principalmente da fragmentação do sistema público de saúde, especialmente do alto número de pequenos hospitais, o que impede economias de escala na prestação de serviços. Também foram identificadas carências relativas à integração dos sistemas e insuficiência de incentivos oferecidos a prestadores e pacientes para a escolha do tratamento mais eficaz em relação ao custo. Muito poderia ser ganho, por exemplo, por meio da identificação e tratamento de doenças não transmissíveis antes que se tornem casos hospitalares. Além disso, os gastos tributários são grandes e altamente regressivos [26].

Outras recomendações

- **Uma fonte de recursos é a dívida ativa federal**, atualmente somando 2 trilhões e 400 bilhões de reais. Estima-se que o país tem capacidade de arrecadação (valor cobrável) de R\$800 bilhões (7x o que se gasta no orçamento federal da saúde - dados da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional), mas a Fazenda recolhe apenas R\$24 bilhões.
- **Baixa transparência nos contratos e pouco conhecimento sistematizado sobre a alta complexidade**, sem parâmetros de comparação para entender se há defasagem, qual o tamanho dela, e que permitam ajustar na medida correta a Tabela SUS.
- Existe uma defasagem de financiamento que pode ser resolvida gradualmente sem prejuízo nas contas públicas. **O ideal é que o Brasil adotasse o que a Lei de Responsabilidade Fiscal já disciplinou:**

um sistema de custos. Um verdadeiro sistema de custos, levantando dados de onde os serviços são prestados, na ponta, que conseguisse cruzar dados, parâmetros, perfis epidemiológicos do quanto se gasta, possibilitando observar e comparar serviços semelhantes. Por não existir um sistema de custos, a Tabela SUS é totalmente estagnada.

- **Levando em consideração as necessidades de saúde da população seria necessário definir novos critérios, pactuar na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e deliberar no Conselho Nacional de Saúde (CNS).** Isso nunca foi feito porque para estabelecer critérios de transferência, que mudem a forma que está sendo feito hoje, precisa alocar mais recurso ao sistema.
- A lógica de pagamento, no SUS, ainda se baseia muito nos procedimentos, mesmo quando o repasse ocorre através de tetos estaduais. **Poderia ser mais interessante ter um cálculo pelas demandas per capita e por tipo de especialidade.** O modo de repasse não ajuda gestores mais fragilizados a deixar de fazer contratos por procedimentos.
- No entanto, **o pagamento também poderia ser feito por produtividade e qualidade dos serviços.** O pagamento vinculado à habilitação para certa especialidade pode não conseguir acompanhar a qualidade do serviço prestado.

Metodologia

Este documento foi elaborado na etapa de levantamento de evidências para elaboração da Agenda Mais SUS. As buscas foram realizadas por meio de revisão rápida em repositórios científicos e de literatura cinzenta (relatórios de organismos internacionais, governos e organizações da sociedade civil) entre julho e agosto de 2021. Dados-chave foram atualizados em maio de 2023. Em cada um desses repositórios, foram realizadas: a) exploração e pré-seleção; b) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autoria, ano de publicação, link e principais achados); e c) consolidação de bullet points sobre o tema. Após o primeiro esboço, foram incluídos documentos sugeridos pela equipe revisora.

Organizações

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Idealização e Revisão) - Miguel Lago, Rudi Rocha, Arthur Aguillar, Agatha Eleone, Dayana Rosa, Helena Ciorra, Jéssica Remédios, Maria Cristina Franceschini, Maria Letícia Machado, Renato Tasca e Rebeca Freitas (Coordenadora-Geral do Projeto).

Umane (Idealização e Revisão) - Thaís Junqueira e Evelyn Santos.

Instituto Veredas (Busca e síntese de evidências) - Laura Boeira, Carolina Beidacki, Renata Penalva, Bruno Graebin e Victória Menin.

Normatização, Comunicação e Design

Danilo Castro - Instituto Veredas; Helena Rocha - Diagramação; Natasha Mastrangelo - IEPS

Sugestão de citação

IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Financiamento do SUS. Rio de Janeiro: IEPS, 2023.

Conheça a Agenda Mais SUS: www.agendamaisus.org.br

Referências

- [1] Massuda. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?, 2020 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXdtW4TqVLFMg/?lang=pt>
- [2] Hone et al. Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities, 2019 - Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X19304097>
- [3] IBGE. Conta-Satélite de Saúde 2010-2019 - Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101928_informativo.pdf
- [4] OECD. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023 - Disponível: <https://www.oecd-ilibrary.org/doc-server/532b0e2d-en.pdf?expires=1682735868&id=id&accname=guest&checksum=208D6A28E49B17FAD1C73E123055863E>
- [5] WHO. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends, 2018 - Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-18.3>
- [6] CFM. Brasil gasta R\$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante, 2020 - Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/>
- [7] Rocha; Furtado; Spinola. Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Necessidades de Financiamento e Projeção de Gastos, 2019 - Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Garantindo-o-Futuro-da-Sau%CC%81de-no-Brasil.pdf>
- [8] Menezes; Boretti; dos Reis. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade, 2020 - Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/>
- [9] Castro et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future, 2019 - Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)
- [10] TCU. Quanto a União gastou com saúde?, 2020 - Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html>
- [12] CGU. RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO - Secretaria Executiva - Ministério da Saúde - Exercício 2018, 2019 - Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/noticias/2019/06/cgu-avalia-controles-do-ministerio-da-saude-e-sus-nas-transferencias-fundo-a-fundo>
- [13] Piola; de Sá e Benevides; Vieira. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017 (IPEA), 2018 - Disponível em: https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2439.pdf
- [14] Vieira. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso, 2020 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kycVfKkCnmzfcPXt8RcYwPS/?lang=pt#>
- [15] Brandão et al. Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com Medicamentos de Alto Custo: Uma Análise Centrada no Paciente, 2011 - Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014446>
- [16] Mathes et al. Pay for performance for hospitals, 2019 - Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31276606/>
- [17] Suthar et al. Performance-based financing for improving HIV/AIDS service delivery: A systematic review. 2017 - Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1962-9.pdf>
- [18] Lissner & Ali,. Systematic reviews of mechanisms for financing family planning: Findings, implications, and future agenda. 2016 - Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sifp.12008>
- [19] Christianson; Leatherman; Sutherland. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: A review of the evidence, 2009 - Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/financial-incentives-healthcare-providers-and-quality-improvements>
- [20] Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde - Judicialização da Saúde, 2020 - Disponível em: https://www.veredas.org/wp-content/uploads/2021/05/63eaa2_d7751d8eaa44b0b84ee7074ce0d3a34.pdf
- [21] Mendes. 'SUS é a maior política de inclusão social na saúde', 2014 - Disponível em: <https://www.conass.org.br/eugenio-vilaca-mendes-sus-e-a-maior-politica-de-inclusao-social-na-saude/>

- [22] Funcia. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos, 2019 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGxtgLfMj/?lang=pt#>
- [23] Castro et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future, 2019 - Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)
- [24] Rocha; Szklo. Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018, 2021 - Disponível em: https://scholar.google.com.br/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=A2hul40AAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation_for_view=A2hul40AAAAJ:35r97b3x0nAC
- [25] Castro et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future, 2019 - Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext)
- [26] Banco Mundial. Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil, 2017 - Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/pdf/121480-REVISED-PORTUGUESE-Brazil-Public-Expenditure-Review-Overview-Portuguese-Final-revised.pdf>
- [27] Funcia. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos, 2019 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGxtgLfMj/?lang=pt#>
- [28] Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2021 - Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_2021.pdf
- [29] FNS. Painéis de Informações do Fundo Nacional de Saúde - Repasses Fundo a Fundo, 2023 - Disponível em: https://painelms.saude.gov.br/extensions/Portal_FAF/Portal_FAF.html
- [30] Massuda. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?, 2020 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>
- [31] Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA No 11/2022-SAPS/MS - Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_11_2022.pdf
- [32] Morosini; Fonseca; Baptista. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?, 2020 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxk-cx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>
- [33] Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2019 - Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf
- [34] Folha de São Paulo. O “remédio mais caro do mundo” e os dilemas para o SUS e o STF, 2020 - Disponível em: <https://saude-empublico.blogfolha.uol.com.br/2020/08/26/o-remedio-mais-car-do-mundo-e-os-dilemas-para-o-sus-e-o-stf/>
- [35] Machado. Calderon-Valencia. A judicialização de medicamentos sem registro na ANVISA e o posicionamento do Supremo Tribunal Federal para a solução da problemática, 2021 - Disponível em: <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/2298>
- [36] Agência Brasil. IBGE: despesas com saúde chegaram a R\$ 711,4 bilhões em 2019 - A maior despesa do governo foi identificada na saúde pública. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2022-04/ibge-despesas-com-saude-chegaram-r-7114-bilhoes-em-2019>
- [37] World Health Organization- 2022. Global spending on health Rising to the pandemic's challenges. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064911>