



Textos para Discussão

OS FLUXOS FINANCEIROS NO FINANCIAMENTO E NO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde
Luiz Henrique Mandetta

Secretaria-Executiva
João Gabbardo dos Reis

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade das autoras, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da “Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030”/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S587f Silveira, Fernando Gaiger

Os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em Saúde no Brasil / Fernando Gaiger Silveira... [et al.] – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

41 p. – (Textos para Discussão; n. 43)

Bibliografia: p. 36-27.

I. Financiamento. 2. Gasto. 3. Saúde. 4. Brasil. I. Silveira, Fernando Gaiger. II. Noronha, Gustavo Souto de. III. Funcia, Francisco R. IV. Ramos, Roberto Luís Olinto. V. Moraes, Ricardo Montes de. VI. Castro, Leonardo Costa de. VII. Noronha, José Carvalho de. VIII. Fundação Oswaldo Cruz. IX. Título. X. Série.

CDU: 614:336.145:336.144.38

Textos para Discussão
Nº 43

OS FLUXOS FINANCEIROS NO FINANCIAMENTO E NO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL

Fernando Gaiger Silveira
Gustavo Souto de Noronha
Francisco R. Funcia
Roberto Luís Olinto Ramos
Ricardo Montes de Moraes
Leonardo Costa de Castro
José Carvalho de Noronha

Rio de Janeiro, abril 2020

AUTORES

Fernando Gaiger Silveira

Graduação em Engenharia Agrônômica Esalq/USP, Doutor em Economia IE/Unicamp, Pesquisador do IPEA/RJ e Professor da Unieuro/DF.

Gustavo Souto de Noronha

Graduação em Economia (IE/UFRJ), Mestre e Doutorando em Economia (PPGE/UFF). É Economista do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária e Professor da Universidade Estácio de Sá.

Francisco R. Funcia

Graduação em Economia e Mestre em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Consultor Técnico da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS).

Roberto Luís Olinto Ramos

Graduação em Engenharia, Mestre e Doutor pela COPPE/UFRJ. Ex Presidente e Diretor de Pesquisas do IBGE, Pesquisador Associado do IBRE/FGV.

Ricardo Montes de Moraes

Graduação em Jornalismo (UFRJ) e Economia (IBMEC-RJ). Mestre em economia (IBMEC-RJ), cursando doutorado em engenharia biomédica (COPPE/UFRJ).

Leonardo Costa de Castro

Graduação em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1990), e doutor em Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Museu Nacional (2003). Analista do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e colaborador da Iniciativa Brasil: Saúde Amanhã - Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro, Fiocruz.

José Noronha

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1970) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2001). Atualmente é médico da Fundação Oswaldo Cruz, onde coordena a iniciativa de Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro "Brasil Saúde Amanhã". Diretor do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES. Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

SUMÁRIO

Introdução	7
Aspectos Metodológicos	13
Gasto em Saúde	15
Fontes de Receita e Fluxos Financeiros de Financiamento	24
Conclusões e Encaminhamentos	34
Bibliografia	36
Anexos	38

OS FLUXOS FINANCEIROS NO FINANCIAMENTO E NO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL

1. INTRODUÇÃO

Todo o debate sobre políticas públicas de saúde e sobre a estruturação do sistema de saúde brasileiro passa pela discussão dos seus mecanismos de financiamento. Embora existam muitos estudos na área, não há um detalhamento da origem dos recursos empregados, com que produtos e serviços se gasta, de maneira a compreender adequadamente o grau de participação do público e do privado desde o financiamento até a execução dos serviços de saúde.

Não se encontrou no levantamento bibliográfico realizado um esquema analítico completo dos fluxos de recursos no sistema de saúde brasileiro, não apenas do Sistema Único de Saúde como também da saúde suplementar e das redes privadas que atuam no setor. Nas análises sobre o financiamento da saúde pública não foram identificados estudos com foco nos tributos que compõem os montantes destinados à saúde, e na perspectiva dos gastos tampouco se detalha a estrutura de bens e serviços de saúde consumidos. No caso do financiamento, este detalhamento é possível, graças ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e aos esforços na análise dos gastos públicos de caráter tributário – as renúncias fiscais – e para o setor privado, a Conta Satélite de Saúde, as Pesquisas de Orçamentos Familiares e os dados da Agência Nacional de Saúde.

Observa-se uma relativa ausência nos artigos de financiamento pesquisados de análises sobre os tributos que se destinam à saúde pública e como se distribuem, com uma concentração no estudo do volume de gastos do setor público e seu acompanhamento intermitente. Verifica-se para o nível federal uma presença maior da apuração de fontes de custeio e tributos destinados para a saúde, já que participa do orçamento da seguridade com exceção das contribuições previdenciárias. Ademais, contou com a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) durante um período e com papel destacado, notadamente nos seus últimos anos, justamente quando os gastos cresceram. Desde então, a estrutura de financiamento mudou assim como a do dispêndio, com todos os entes federativos ampliando seu esforço de aporte de recursos, o que provocou uma descentralização não apenas do financiamento, mas da despesa em especial. Uma vez que os gastos dos Estados e Município estão permeados de transferências – obrigatórias, fundo a fundo do SUS e voluntárias – não se identificou estudos que analisem o comportamento da estrutura de financiamento da saúde pública brasileira sob a ótica dos tributos para os últimos 20 anos.

Esse olhar a partir do orçamento se faz acompanhar da importância da análise do financiamento da questão dos parâmetros legais que ancoram o nível do gasto e definam padrões de crescimento. A definição do orçamento da seguridade e nele um percentual para a saúde contestados e/ou desvirtuados desde o início implicou em análises com o viés de associar ou vincular o

gasto em saúde à receita pública ou ao produto da economia. Em realidade, as grandes áreas da política social são fortemente setoriais em suas regras de financiamento, incluindo a educação.

Por um lado, o orçamento da seguridade trabalha com benefícios individualizados (tanto benefícios previdenciários e laborais, como os assistenciais) e, portanto, com políticas de caixa aberto – tem-se de pagar o benefício quando as regras de concessão são atingidas. Por outro, o direito à saúde pública tem um caráter coletivo que torna difícil sua objetivação em regras e normas. Esta disjuntiva implica em uma disputa pelos recursos e a busca do setor de saúde por mecanismos que assegurem parâmetros de gastos e seu crescimento.

Em verdade, os gastos em saúde foram realizados por meio da vinculação de receitas, ainda que seu financiamento se inscrevesse no conjunto de políticas de suporte aos riscos sociais (velhice, incapacidade, desemprego, doenças).

Os efeitos dessa disjuntiva e as saídas encontradas pelo segmento da saúde pública em garantir recursos e regras de crescimento tornou-se o escopo recorrente em todos os textos que tratam do financiamento. E, nesse sentido, a análise do financiamento da saúde pública ou do Sistema Único de Saúde (SUS) centra-se no desempenho orçamentário e nas conquistas legislativas em assegurar recursos crescentes para o seu financiamento.¹

Nos inúmeros trabalhos que abordam a temática do financiamento setorial da saúde destaca-se a questão do subfinanciamento, que, grosso modo, se define pelo país gastar em saúde pública como proporção do Produto Interno Bruto (PIB) muito aquém do que os países com sistemas universais de saúde, ao mesmo tempo em que o gasto total em saúde está no mesmo nível que esses mesmos países. Isso mostra o peso do setor privado no consumo, o que se deve, primeiro, pelo fato do gasto público se realizar, em grande medida, via setor privado e, em segundo plano, pelo crescimento muito expressivo da saúde suplementar nos últimos 25 anos. Não há muitas análises que tratam da insuficiência no financiamento e as ancoram em textos ou informações – como as acima indicadas.

Paim (2018) estuda o subfinanciamento do sistema público e o relaciona com o tratamento dispensado ao setor privado da saúde por meio de subsídios, desonerações ou mesmo de regulação insuficiente. Viacava et al. (2018) apontam o subfinanciamento como um “desafio estrutural”, mostrando que na construção do SUS, o atendimento via setor privado, notadamente nas hospitalizações e nos serviços de apoio de diagnóstico e terapia, tem peso preponderante e relativamente estável. No presente trabalho, esses fluxos não serão analisados, ainda que os gastos hospitalares do SUS alcancem à 32% do total.

Já Gentil (2015) e Daim e Serralha (2017) buscam apontar alternativas para o problema dentro da realidade conjuntural brasileira. Funcia (2019) detalha esta escassez de recursos a partir do orçamento federal e aponta necessidade para o SUS de “novas fontes de receita permanentes, estáveis e exclusivas”.

Ugá e Lima (2013) apresentam ainda um estudo que detalha como se dá a alocação dos recursos aos prestadores de saúde para fazer uma discussão crítica da organização do SUS, defendendo uma maior importância da participação dos Estados no sistema. Outro aspecto

¹ “havia uma dificuldade: aquela derivada do fato de coexistirem princípios diferentes na definição do acesso; na previdência e na assistência, o da meritocracia; e na saúde, o da cidadania. O primeiro gera direitos individuais, facilmente defendidos no plano da justiça comum; o segundo coletivo, cuja defesa de sua aplicação é bem mais difícil, envolvendo várias instituições do Estado e atores da sociedade.” (Marques, 2017, p. 38)

do subfinanciamento é demonstrado por estudos que apontam a oferta pública em termos de ações, bens e serviços e no território (Oliveira et al., 2004; Oliveira e O'Neill, 2013; e Ouverney e Noronha, 2013) e que permitem uma radiografia mais fina da insuficiência de recursos.

Piola et al. (2013) dissecam toda a estrutura de financiamento do sistema público. O trabalho inicia com a discussão do financiamento público ao setor de saúde privado, tanto pela via da renúncia fiscal quanto pelo ressarcimento ao SUS pela iniciativa privada. Em seguida, se debate o montante recursos que financiam o SUS propriamente dito, analisando a evolução tanto do financiamento setorial à saúde como também do gasto público total. O trabalho ainda detalha a repartição dos recursos, sua distribuição regional e por programas e os modos de aplicação. Os autores apontam a dependência do gasto federal em saúde do Programa de Integração Social/ Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Pis/Cofins) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), e durante seu vigor (entre 1995 e 2011) da CPMF, sendo que, em apenas dois anos, tais contribuições responderam por menos de 70%. Em 2017, a Pis/Cofins e a CSLL representaram 86,3% (tabela 12) do gasto federal com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), ou seja, o quadro se preserva.

“Quem financia e quem consome são as famílias ... como e por que meios é o que se deve verificar” são questões que este trabalho busca responder. Deve-se ter em conta que os meios de acesso se associam a diferentes tipos de financiamento: via consumo direto da saúde pública financiada por impostos e contribuições, por meio do gasto direto, que conta com benefícios tributários, e o realizado de forma indireta, por meio dos planos, seja via pagamento direto seja por meio de remuneração indireta. Piola et al (2013) apresentam uma radiografia das fontes de financiamento do gasto público federal e dos grandes dados da renúncia fiscal federal com consumo de bens e serviços de saúde, sem, contudo, “descer” essa análise para as outras unidades da federação. E a análise se mostra centrada na questão do desempenho orçamentário e da importância que vinculações tiveram no desempenho do gasto em saúde. Afirmam que “*a vinculação de recursos da EC 29 garantiu um mínimo de estabilidade no financiamento da saúde*” (Piola et al, 2013, p. 28) creditando grande importância à ampliação da participação de estados e municípios ao financiamento.

“A EC 29 começou a ter vigência em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então sua participação foi decrescendo, para alcançar cerca de 45% em 2011. Nesse mesmo período, entre 2000 e 2011, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios saiu de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do SIOPS” (Barros e Piola, 2016, p. 117 e 118).²

Concretamente, segundo os autores, o crescimento real de 134% nos recursos para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) entre 2000 e 2011 se deve especialmente ao desempenho de estados e municípios.

Os dados aportados no presente texto mostram quadro bem similar (43%, 26% e 31%), mas o que se tentou aprofundar é quanto que as transferências governamentais obrigatórias pesam nos gastos estaduais e municipais e buscar a distribuição detalhada por tributos. Assim, consi-

² “Maior estabilidade do financiamento federal da saúde veio com a promulgação da Emenda Constitucional 29 (EC/29). Essa emenda também propiciou que estados e municípios participassem mais decididamente no financiamento do SUS, na medida em que estabeleceu valores mínimos de recursos a serem aplicados neste sistema pelas três esferas de governo”. (Barros e Piola, 2016, p. 116)

derando os fundos de participação (FPE e FPM)³ e as cotas-partes do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), as unidades federadas têm a seguinte participação no financiamento à saúde: 56%, 33% e 11%. De outra parte, quando se avaliam qual unidade realiza a despesa, ou seja, quando se discriminam as fontes das transferências fundo a fundo para estados e municípios das transferências obrigatórias vê-se de fato quem e que tributos sustentam cada parcela do gasto do ente da federação, os dados são diametralmente opostos para municípios e governo federal: 16%, 33% e 51%. Fica patente, por tanto, a importância da questão federativa para o financiamento e o gasto em saúde pública.

Lima (2007) realiza um trabalho que busca compreender o que interfere nos recursos vinculados à saúde nas esferas subnacionais de governo no Brasil e com isso detalha toda a estrutura de receitas das unidades federadas. Tem o foco em avaliar a presença de dois tipos de desequilíbrios: verticais – concentração do poder de tributar frente às necessidades de gastos dos entes subnacionais – e horizontais – desigualdades entre os governos, logo capacidades diferenciadas na provisão, e entre populações. Assim a distribuição dos encargos na provisão, a definição de competências tributárias e o sistema de partilha são fundamentais para o entendimento do arranjo federativo. O presente projeto ao buscar avaliar os fluxos de financiamento originais (depurar a estrutura dos fundos de participação e cotas-partes) e que entidade subnacional opera o gasto mostra a importância do arranjo fiscal para o SUS e permite aprofundar o entendimento desse arranjo.

Vieira et al (2019) aprofundam a discussão das receitas vinculadas concatenando com a discussão do subfinanciamento, destacando a importância dos recursos obrigatórios para que haja um financiamento mínimo à saúde pública no Brasil. Já Santos et al. (2013) buscam entender como se estrutura o sistema de saúde brasileiro como um todo, tanto público quanto privado. A partir da compreensão de que o sistema de saúde brasileiro possui prestadores públicos e privados e tem seu financiamento efetivado tanto pelo governo quanto pelas famílias, o trabalho busca detalhar e apresentar como funciona o arranjo público-privado no sistema de saúde brasileiro.

Com bem apontam Piola et al a pluralidade dos fluxos de financiamento se reflete nos segmentos que realizam a provisão dos gastos em saúde. Os autores discriminam quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde:

“(i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores ...; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes ... financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários ...; (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato.” (Piola et al., 2013, p. 20)

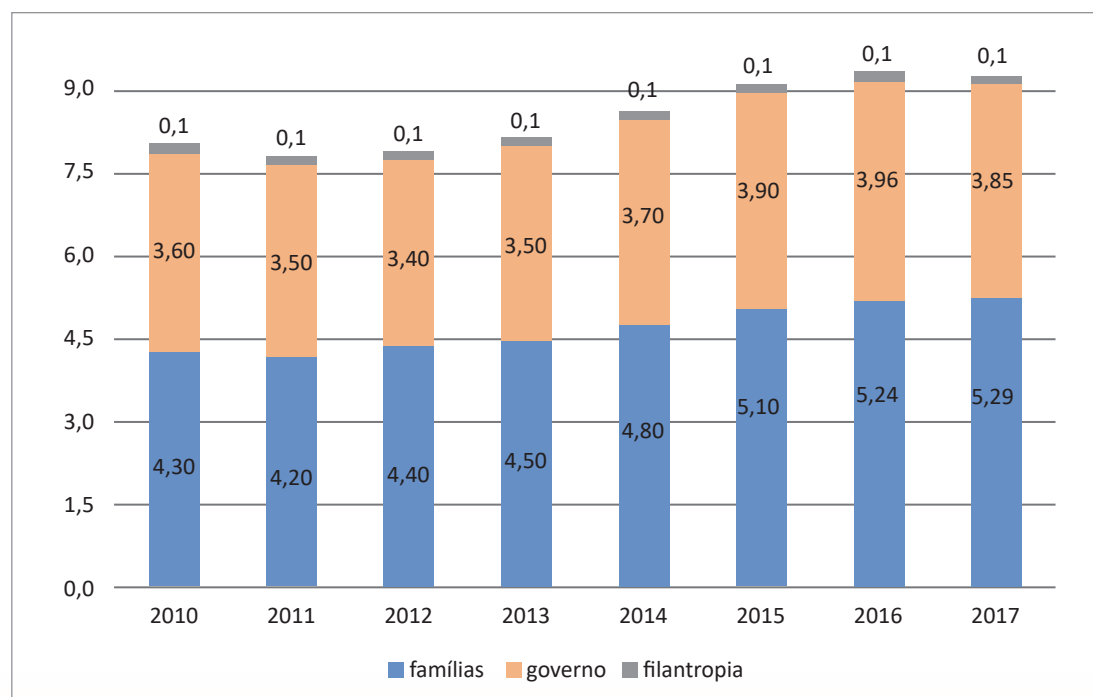
O esforço do presente estudo é discriminar os impostos e contribuições que financiam o SUS e a atenção aos servidores públicos, de um lado, e os recursos provenientes das famílias para o gasto direto, por meio de planos pagos diretamente por elas ou por meio das empresas, de outro.

³ Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Apontar, ademais, os gastos tributários que apoiam o gasto privado das famílias, das empresas, das operadoras e das entidades filantrópicas. A partir disso, se torna possível avaliar se o gasto em saúde no país, notadamente o público, atende aos objetivos prescritos para os sistemas de financiamento, que são: proteção ao risco do adoecimento; equidade no financiamento; e que a alocação dos recursos seja distribuída de maneira que o acesso e a utilização dos serviços seja equânime.

O Brasil conta um gasto em cuidados à saúde relativamente expressivo em relação à produção anual, com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por meio da Conta Satélite de Saúde estimando a participação desse setor da economia em 9,24% em 2017, último dado disponível. Essa participação não dista muito da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), tendo apresentado uma tendência de crescimento, dado que, no triênio 2010/12 foi inferior ou igual à 8,0%. O crescimento foi mais expressivo nas despesas das famílias e entidades sem fins lucrativos, com incremento entre 2010 e 2017 de 1,0 p.p., enquanto o gasto público passou de 3,60% para 3,85%. Vale notar, por outro lado, que os gastos com medicamentos ficaram estáveis no período, ao redor de 1,7% do PIB, o que se refletiu na redução em sua participação do total dos gastos em saúde. Esses dados mostram claramente os expressivos aumentos nas despesas privadas com saúde em um cenário de crescimento da renda como ocorreu nesse período. Não resta dúvida que os efeitos da crise que atravessamos impacta profundamente os gastos em saúde com uma redução expressiva pelas famílias e o congelamento hora em vigor para os do setor público, em alguma medida presente no ínfimo crescimento entre 2016 e 2018 do gasto privado e do recuo do gasto público de 2018 frente a 2017 e 2016.

Gráfico 1. Participação no PIB do Consumo Final em Saúde por setor institucional, Brasil, 2010-2015.



Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2017).

Vale destacar que, a despeito do tamanho do setor privado, o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes e com um sistema universal de saúde, com uma ampla base de financiamento e uma operação compartilhada pelos entes federados e com participação do setor privado e das organizações filantrópicas na oferta do sistema. Ainda que se conte com um conjunto expressivo de informações tanto dos gastos públicos como dos privados, havendo tanto registros administrativos como pesquisas sociais e econômicas, não se dispõe de estudo que detalhe a origem e destino dos recursos financeiros. Embora as informações do IBGE (2017) no âmbito da conta-satélite da Saúde apontem a participação dos gastos públicos e privados, não há uma visão global do sistema com seus fluxos.

A tabela 1 mostra a variação do gasto em saúde entre 2014 e 2017. Embora a participação no PIB dos gastos totais em saúde tenha aumentado sua parcela no PIB (de 8,7% para 9,2%), isto se deve mais a queda no PIB já que os gastos correntes per capita deflacionados para reais de 2014 diminuíram em 2,3% (de R\$ 2.486,20 para R\$ 2.428,56). O gasto público também apresentou resultado parecido, aumentou sua participação no PIB de 3,7% para 3,9% e caiu cerca de 5,16% em termos per capita (de R\$ 1.068,10 para R\$ 1.012,94 em reais de 2014). Outro fato relevante é que a participação do gasto privado aumentou, ainda que pouco, em relação ao gasto total em saúde passando de 57,04% para 58,29%.

Tabela 1. Variação do Gasto em Saúde (2014 e 2017)

	2014	2017
Gasto corrente em saúde per capita (R\$ de 2014)	2.486,20	2.428,56
Gasto corrente em saúde em % do PIB	8,7%	9,2%
Gasto público em saúde como % do gasto total em saúde	43,0%	41,7%
Gasto público em saúde per capita (R\$ de 2014)	1.068,10	1.012,94
Gasto privado em saúde como % do gasto total em saúde	57,04%	58,29%
Gasto público em saúde como % do gasto total do governo	9,9%	10,5%
Gasto público em saúde como % do PIB	3,7%	3,9%
Pagamento direto (Out of Pocket) como % dos gastos totais em saúde	26,40%	n.d.
Pagamento direto (Out of Pocket) como % dos gastos privados em saúde	47,59%	n.d.
Planos e seguros de saúde como % dos gastos privados em saúde	52,41%	n.d.

Fonte: Elaboração própria a partir de Estimativas da População/IBGE, Contas Nacionais/IBGE, Contas Satélite de Saúde/IBGE, Conta SUS, Mapa Assistencial/ANS e World Bank Data. Valores deflacionados para R\$ de 2014 pelo IPCA/IBGE.

A compreensão dos caminhos por qual segue o dinheiro que financia o provimento de saúde no Brasil deve ser uma ferramenta indispensável no planejamento da atuação governamental no setor. Sem compreender de onde vem e para onde vai tanto o dinheiro público quanto os recursos privados, não há como pensar nem a intervenção direta do Estado nem tampouco as ações na esfera reguladora. E esse esforço busca discriminar no consumo final como o gasto é operado, isto é, quanto do consumo das famílias se realiza via planos e seguros de saúde e quanto diretamente. No caso do financiamento, apontar a parcela do gasto público realizado por meio de gastos tributários, tanto nos benefícios tributários destinados diretamente as famílias e empresas na aquisição de serviços de saúde como nos destinados a medicamentos e às entidades sem fins lucrativos.

A identificação dos fluxos públicos e privados do sistema de saúde brasileiro fornecerá uma descrição detalhada do sistema de saúde, notadamente seu financiamento e o tipo de bem e ser-

viço realizado. Dado que o exercício aqui desenvolvido segue o modelo do observatório europeu em sistemas e políticas de saúde, os resultados são mais facilmente comparáveis com outros sistemas de saúde e seus fluxos de financiamento e de gasto.

Ao longo do texto serão identificados e isolados os fluxos públicos e privados, qualificando a origem e o destino dos gastos em saúde no Brasil. A seção 2 abordará alguns aspectos metodológicos. A seção 3 trabalhará com os gastos em saúde em si. A seção 4, discutirá as fontes de receita e os fluxos financeiros de financiamento. A seção 5, de caráter conclusivo, apontará caminhos prospectivos para o aprofundamento da discussão. A ideia é que este estudo seja uma ferramenta que permita uma análise quantitativa, qualitativa e comparativa do sistema de saúde brasileiro. Deste modo, poderão ser identificados problemas que requerem atenção e, eventualmente, serão possíveis outros trabalhos que proponham alterações na forma de organização do sistema de saúde brasileiro.

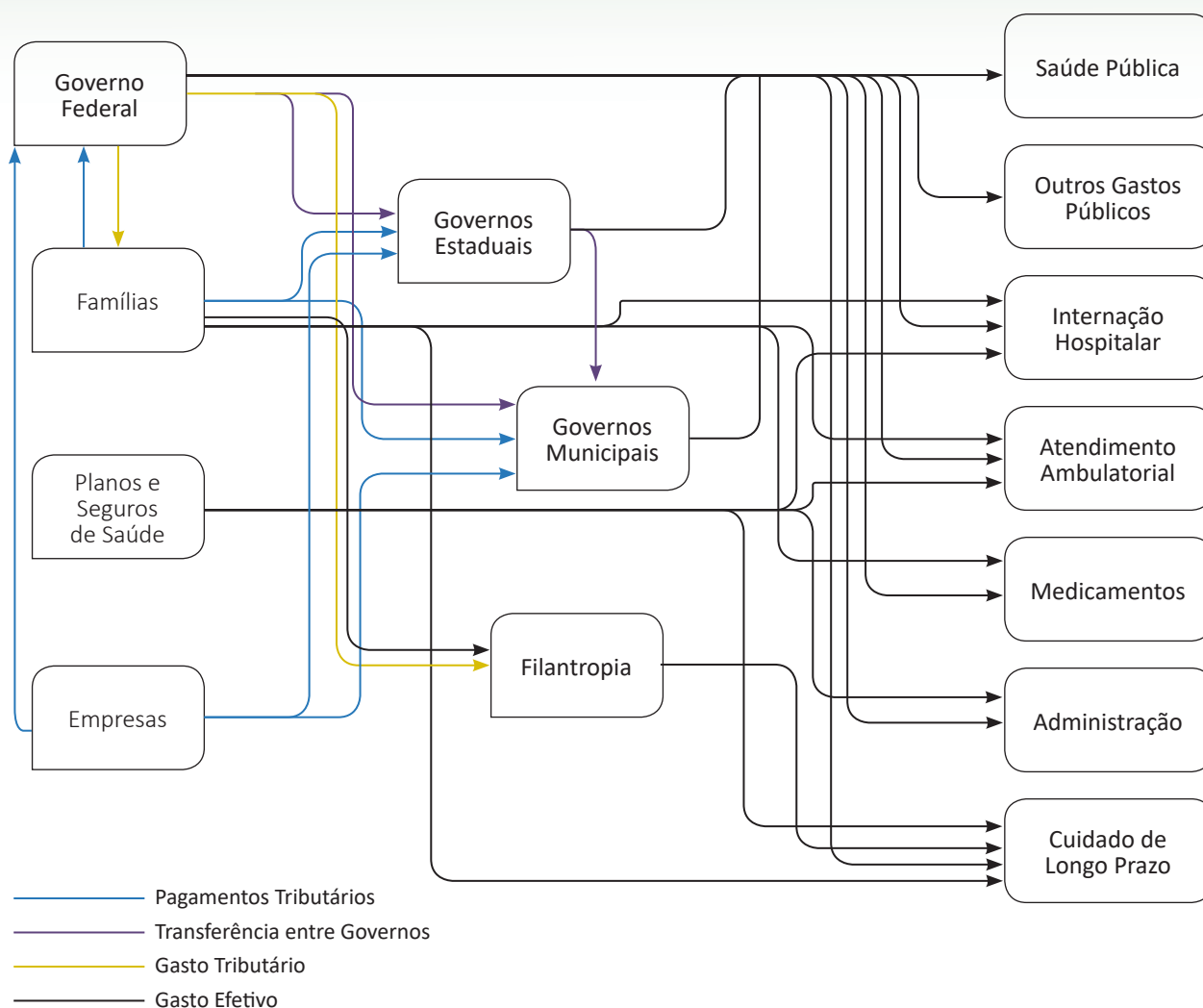
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O Observatório Europeu em Sistemas e Políticas de Saúde, como parte da rede de Monitoramento de Sistemas e Políticas de Saúde, desenvolveu uma metodologia para a análise comparativa entre sistemas de saúde. A metodologia para o presente trabalho utiliza o “Modelo para autores” apresentada por Rechel e outros (2019). Embora nenhum dos trabalhos da série *Health System in Transition* (HiT), de onde vem o modelo do fluxograma, apresentem valores dos fluxos⁴, tentar-se-á uma montagem do fluxo com os valores efetivamente disponíveis.

Importante ressaltar que quase nenhum dos estudos segue de maneira exata o modelo de fluxo proposto, ao contrário, fazem adaptações para cada caso específico. Deste modo pretendemos apresentar nesta síntese uma proposta simplificada de fluxo para o Brasil, bem como alguns dados que apontam os valores que contemplam a maior parte das informações. Os dados utilizados restringem-se ao ano de 2014 pois trata-se do ano que tem dados disponíveis para a maior parte das informações constantes no fluxo.

⁴ Todos os estudos da série Health System in Transition (HiT) encontram-se disponíveis em <<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits>>, acesso em 17 de novembro de 2019.

Figura 1. Fluxos financeiros do sistema de saúde brasileiro



Fonte: Elaboração própria a partir de Rechel et al. (2019)

O trabalho proposto por Rechel et al. abrange uma análise completa e detalhada do sistema de saúde e poderá ser feita em um trabalho futuro que tenha toda a abrangência proposta no modelo para autores. Entretanto, o escopo do presente trabalho é bem mais restrito e procura lançar um primeiro olhar sobre a questão do financiamento. Para tanto a abordagem restringir-se-á ao capítulo 3 da obra citada. Dois componentes do gasto em saúde são desenvolvidos: o primeiro discrimina o gasto em saúde segundo grupos de bens e serviços e por meio de que setor da economia ele se efetiva. No caso, o setor público, de um lado, e de outro os subsegmentos do setor privado: *out-of-pocket* das famílias, os realizados via planos de saúde e aqueles sob responsabilidade da filantropia.

O outro componente da análise refere-se às fontes de financiamento e os fluxos financeiros do gasto em saúde. Busca-se identificar as fontes de receita usadas para financiar o sistema de saúde, considerando o conjunto de tributos e impostos para o SUS, os recursos de famílias e empresas, bem como os benefícios fiscais concedidos à ambos na aquisição de bens e serviços, bem como ao apoio dado as instituições de caráter filantrópico.

O objetivo desse estudo sobre os fluxos financeiros no financiamento e no gasto em saúde no Brasil é identificar a origem (fonte) dos recursos destinados ao consumo de bens e serviços de saúde e como ele é realizado, ou seja, por meio de quem se “oferta” ou disponibiliza os bens e serviços de saúde. Em outras palavras, busca-se responder as seguintes questões: quem financiou e como? Em que se gastou e por meio de quem?

Os gastos em bens e serviços de saúde por meio do setor privado são discriminados em três subconjuntos: familiar, planos e seguros de saúde e entidades sem fins lucrativos. Por outro lado, serão identificados os fluxos de financiamento via fundos públicos destinados à saúde e financiados por impostos e contribuições e os relativos aos gastos privados das famílias seja por meio do gasto direto ou via contratação de planos e seguros de saúde. Vale observar, ainda, que parcela dos gastos privados contam com benefícios fiscais e, portanto, tem financiamento público por meio do que se denominam gastos tributários.

Já os gastos em bens e serviços de saúde serão discriminados em seis rubricas ou agregados, quais sejam: internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, cuidados de longa duração, medicamentos, saúde pública, administração e outros serviços.

Na próxima seção serão apresentadas as bases de dados empregadas para a apuração dos gastos segundo rubricas, a disponibilidade de informações e os resultados para anos recentes selecionados. Como a discriminação dos gastos públicos em bens e serviços de saúde pelas principais rubricas encontra-se disponível de 2010 a 2014, decidiu-se concentrar a análise dos resultados em 2014, apresentando alguns dados para anos mais recentes.

3. GASTO EM SAÚDE

Como já dito é possível discriminar o gasto privado em saúde em três segmentos: i) as despesas feitas diretamente pelas famílias; ii) os efetuados por meio dos seguros e/ou planos de saúde; e iii) o realizado por entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos. As informações sobre o gasto privado em saúde estão disponíveis nas contas nacionais e em pesquisas domiciliares e econômicas empregadas nas estimativas desenvolvidas pelo sistema de contas. Para o gasto das famílias, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) é a principal fonte, com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) servindo de fonte para as despesas realizadas via planos. As informações fiscais permitem, por sua vez, a apuração do gasto das entidades filantrópicas bem como do gasto privado subsidiado, ou seja, do gasto público tributário.

No caso do gasto público direto conta-se com registros administrativos de qualidade que permitem a elaboração da Conta SUS, tendo por modelo o System of Health Accounts (SHA)⁵.

Além da discriminação do gasto entre o público e os agentes privados, eles serão desagregados em grupos de bens e serviços, cujo consumo pressupõe uma transação financeira, e estão contemplados nas seguintes atividades ou funções de cuidados de saúde: Internação hospitalar;

⁵ “O System of Health Accounts 2011 (SHA 2011) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (na sigla em inglês, OCDE – Organisation for Economic Co-Operation and Development) e pela Eurostat, com a finalidade de possibilitar uma comparação internacional de gastos em saúde. Adota a perspectiva do monitoramento político e social das atividades em saúde – que prioriza o levantamento de fluxos financeiros – e da relação entre financiamento e consumo final. Tal ângulo valoriza o uso de recursos financeiros pelos diferentes agentes envolvidos no consumo e produção em saúde e nas várias atividades desenvolvidas no setor” (Brasil, 2018, p. 10)

Atendimento ambulatorial; Cuidado de longo prazo; Medicamentos; Saúde Pública; Administração; Outros Serviços.

Essa classificação proposta requereu a organização dos dados para cada uma das fontes de informação empregada. Esses ajustes serão objeto de descrição nas subseções que seguem e que tratam de cada um dos quatro segmentos que efetuam os gastos com bens e serviços de saúde.

3.1. ESTIMATIVA DO GASTO PRIVADO

A estimativa do gasto privado com o consumo de medicamentos e serviços de saúde foi feita a partir dos valores da Conta-Satélite de Saúde, do IBGE e do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (DIOPS/ANS). Foram usados também dados do Sistema de Contas Nacionais (SCN/IBGE) e da Pesquisa Mensal de Comércio (PMC/IBGE). Para o detalhamento por função das despesas diretas (*out of pocket*), foram usadas estruturas de ponderação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE). O detalhamento das despesas via planos e seguros de saúde seguiu os valores do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar (ANS).

Para os anos de 2014 e 2015, a Conta-Satélite de Saúde (IBGE, 2017) tem as informações sobre consumo de medicamentos pelas famílias e sobre o total de gastos privados com serviços de saúde. Dado que se deseja separar o gasto direto com serviços de saúde (*out of pocket*) daqueles realizado com planos e intermediado por planos de saúde foi usada a receita dos planos e seguros de saúde apurada pela ANS (DIOPS).

Para o ano de 2016, há informações do Sistema de Contas Nacionais (que é a principal base das contas satélites). A informação sobre serviços prestados por empresas e por instituições sem fins de lucro a serviço das famílias, por exemplo, está disponível no SCN. Mas há diferenças entre as duas bases. O consumo de medicamentos da conta satélite, por exemplo, é mais completo que o do SCN. Assim, para 2016, foi usada a variação nominal do consumo de medicamentos do SCN entre 2015 e 2016 multiplicada pelo consumo da conta satélite em 2015. A hipótese por trás dessa decisão é que a parte do consumo não coberta pelo SCN variou da mesma forma que a parte registrada no SCN.

A principal diferença entre o consumo de medicamentos publicado nas contas nacionais e nas contas satélites é que a produção de medicamentos nas contas satélites inclui a produção de laboratórios oficiais (Farmanguinhos, Biomanguinhos etc.). Com um maior valor de produção, a estimativa de consumo de medicamentos também aumenta. Nas contas nacionais, a produção desses laboratórios é computada como produção de serviços de saúde pública (IBGE, 2017).

Para os anos de 2017 e 2018, o consumo privado de medicamentos foi estimado a partir do valor em 2016 e das variações nominais do item “Artigos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, de perfumaria e cosméticos” da Pesquisa Mensal de Comércio.

Para os serviços de saúde, o gasto com planos e o gasto intermediado por planos teve como fonte os registros do DIOPS. A variação das despesas diretas com serviços de saúde em 2017 e 2018 foi considerada como igual à variação das despesas intermediadas por planos de saúde (DIOPS/ANS – Despesa assistencial). A hipótese adotada, então, foi que, nesses dois anos, a proporção dos serviços paga diretamente e a intermediada por planos não mudou.

Para pagamentos via planos, o detalhamento teve por base a discriminação que o Mapa Assistencial (ANS) apresenta, tendo se considerado no item Administração o valor do serviço de

intermediação prestado pelos planos (Receita de contraprestações + Outras receitas operacionais – Despesa assistencial).

Para o detalhamento da despesa direta, foi usada a estrutura de pesos do IPCA (média dos meses de 2018). Essa estrutura tem como origem a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Na definição dos pesos do IPCA, a estrutura inicial da POF é ajustada mês a mês para levar em conta as mudanças nos preços relativos dos produtos ao longo do tempo (produtos com maior aumento de preço passam a ter maior participação na cesta).

Recentemente, foram divulgados os microdados da POF 2017-2018 permitindo que sejam atualizados o detalhamento das despesas diretas das famílias. E a edição recente da conta satélite permitirá atualizar os totais de despesa com medicamentos e serviços de saúde para 2016 e 2017 além servir de base para atualizar a estimativa de 2018.

A Tabela 2 apresenta o montante gasto pelas famílias diretamente e o efetuado pelos planos de saúde para os anos de 2014 e 2018 segundo funções de cuidados em saúde. Fica patente o crescimento que os gastos via planos tiveram no período vis-à-vis os realizados diretamente, com a razão passando de 1,10 vezes para 1,23, bem como a importância dos planos no gasto privado com internações e o peso dos medicamentos no gasto das famílias. Vale ainda sublinhar o crescimento muito expressivo dos gastos com cuidados de longo prazo das famílias, que passou de uma participação marginal (1,54%) para quase 6%, podendo se afirmar que a extensão da velhice e os cuidados a ela relacionados vêm sendo suportados pelas famílias diretamente.

Tabela 2. Despesas das famílias *out-of-pocket* e por meio dos planos de saúde. Brasil – 2014 e 2018. (milhões R\$)

Rubricas	Anos	2014		2018	
		famílias	planos	famílias	planos
Internação hospitalar		8.938	51.728	7.736	62.260
Atendimento ambulatorial		28.998	48.995	24.412	57.250
Cuidado de longo prazo		1.972	5.773	7.820	9.013
Medicamentos		88.509		94.533	
Saúde Pública					
Administração			34.948		37.723
Outros					
Total		128.418	141.443	134.501	166.245

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2017, 2019). Valores deflacionados para R\$ de 2014 pelo IPCA/IBGE.

3.1.1. Os dados divulgados da POF 2017/18

A Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017/2018 teve seus primeiros resultados divulgados em início de outubro de 2019, constando entre eles as despesas familiares. Observou-se a continuidade do crescimento da participação das despesas com assistência à saúde no orçamento das famílias, passando, para a média das famílias, de 5,9% do orçamento em 2008/09 para 6,5% em 2017/18. Esse crescimento se deve aos gastos com planos de saúde e com consultas e tratamentos, restando as outras rubricas relativamente estáveis. Quando se examina segundo estratos de renda familiar em salários mínimos⁶ esse comportamento é generalizado, ou seja, planos e

6 Decidiu-se preservar os estratos em múltiplos de salários mínimos, ainda que o valor real do salário mínimo tenha se alterado muito. Assim sendo, a leitura dos resultados deve ser cuidadosa, dado que com sua valorização podem ter ocorrido mudanças de

consultas crescem em todos os estratos, salvo nos mais ricos (renda familiar acima de 25 salários mínimos mensais) onde a participação do gasto em saúde ficou estável com queda na participação de medicamentos e consultas e crescimento no gasto com planos.

Vale destacar que no estrato intermediário (entre 6 e 10 salários mínimos) o crescimento da participação de planos e consultas foi expressivo, o que implicou um aumento de 0,9 pontos percentuais na cota do gasto em assistência à saúde no orçamento familiar. Já no grupo de menor renda (até 2 salários mínimos), os medicamentos continuam a se destacar, sendo responsáveis por 71% dos gastos em assistência à saúde, mas observa-se o crescimento da parcela destinada a consultas, responsável pelo aumento da participação das despesas em saúde nesse estrato de famílias.

Tabela 3. Participação das Despesas em Assistência à Saúde e de suas rubricas, segundo estratos de renda selecionados. Brasil, 2008/09 e 2017/18

Estrato – Ano Rubrica	%							
	Média		até 2 salários mínimos		entre 6 e 10 salários mínimos		mais de 25 salários mínimos	
	2008/09	2017/18	2008/09	2017/18	2008/09	2017/18	2008/09	2017/18
Assistência à saúde	5,9	6,5	5,5	5,9	5,9	6,8	5,6	5,6
Remédios	2,8	2,9	4,2	4,2	2,9	2,9	1,9	1,4
Plano/Seguro saúde	1,7	2,1	0,3	0,4	1,8	2,3	2,4	2,9
Consultas e tratamentos	0,8	1,0	0,5	1,0	0,8	1,1	1,1	0,8
Hospitalizações	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3
Exames	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1
Outros	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Família (em milhares)	57.817	69.018	12.503	16.470	8.890	9.617	2.205	1.843
% universo família	100,0	100,0	21,6	23,9	15,4	13,9	3,8	2,7

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2011, 2019).

Na tabela 4 encontra-se o gasto total das famílias com assistência à saúde nos anos de 2009 e 2018, segundo as POFs. Concretamente, em 2018 foram gastos pelas famílias cerca de R\$ 250 bilhões, não considerando os benefícios fiscais concedidos. Deste montante, cerca de 45% refere-se a compra de medicamentos, participação inferior aos 49% observados em 2009. Essa queda no peso dos medicamentos teve por contrapartida o aumento na participação dos planos, consultas e hospitalizações.

posição de famílias entre uma POF e outra. Em razão disso, decidiu-se apresentar a participação populacional pelos estratos de salários mínimos.

Tabela 4. Evolução do Gasto Total das Famílias com Assistência à Saúde entre 2008/09 e 2017/18

Rubricas	Anos	bilhões de R\$ de 2018		
		2009	2018	Variação anual (%)
Assistência à saúde		180,4	250,2	3,7
Remédios		87,7	112,0	2,8
Plano/Seguro saúde		53,8	79,0	4,4
Consultas e tratamentos		26,0	39,7	4,8
Hospitalizações		6,3	9,7	4,9
Exames		5,3	7,4	3,8
Outros		1,4	2,3	5,8
Família (em milhares)		57.817	69.018	2,0

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2011, 2019). Deflacionado pelo IPCA global

3.1.2. Evolução recente e detalhamento do gasto dos Planos de Saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar disponibiliza as despesas globais dos planos e seguros de saúde por meio do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (DIOPS), sendo que a discriminação dos gastos segundo agregados/rubricas encontra-se disponível no Mapa Assistencial, cuja fonte de informação é o Sistema de Informação de Produtos (SIP). O SIP é um sistema pelo qual as operadoras enviam dados agregados de eventos em saúde – consultas, atendimentos ambulatoriais, exames, terapias, internações e procedimentos odontológicos. Instituído em setembro de 2001, teve introduzidas mudanças em 2009, quando foram definidos quais quesitos devem ser informados à ANS (Instrução Normativa nº 21/2009).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 28,9% dos brasileiros estavam filiados a esquemas de financiamento de saúde via planos ou seguradoras privadas e de forma variada entre as regiões do país. Enquanto, no Norte somente 14,3% da população era afiliada, no Sudeste a participação alcançava 37,2%. Já os seguros e/ou fundos de saúde para servidores públicos civis e militares apresentavam uma cobertura de 6,5% da população.

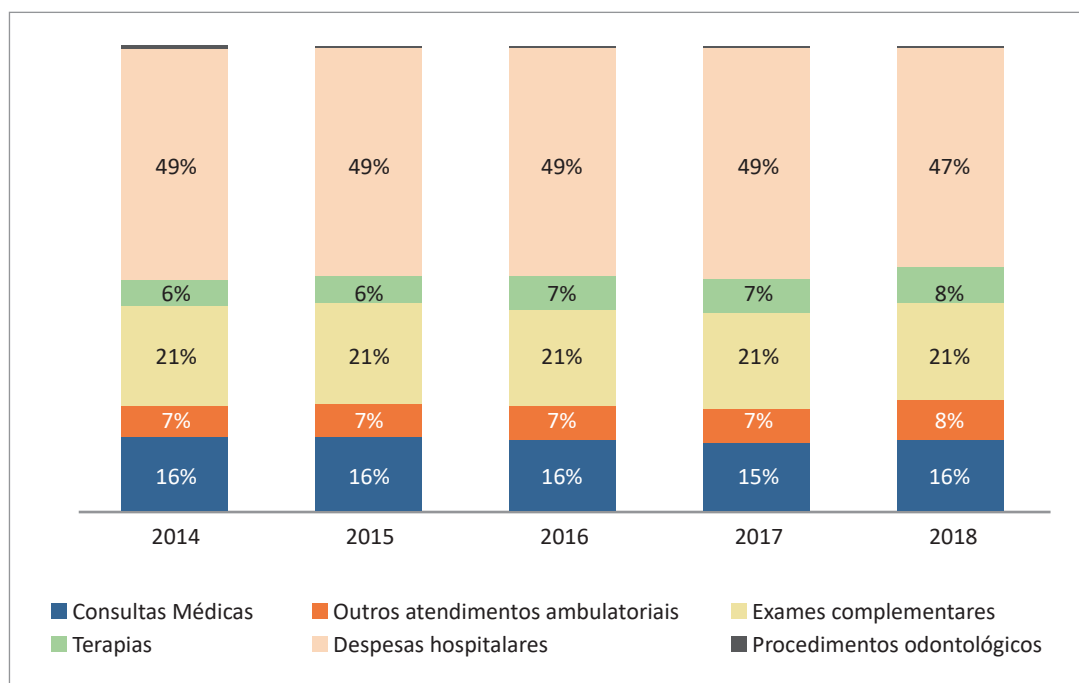
Na tabela 5 encontra-se a evolução das despesas assistenciais das operadoras de planos privados de Saúde de 2014 a 2018 apuradas pelo DIOPS e pelo SIP. Como se pode notar a diferença entre os montantes é reduzida, sendo que, em 2018, a diferença foi marginal. Entre 2014 e 2018, as despesas das operadoras de planos de saúde cresceram 21% em termos reais, alcançando, em 2018, mais de R\$ 160 bilhões.

Tabela 5. Despesa Assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Brasil – 2014 a 2018

Ano	bilhões de R\$ de 2018			
	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (DIOPS) (A)	Sistema de Informação de Produtos (SIP) (B)	Diferença relativa (B/A)	Crescimento DIOPS (2014 = 100)
2014	133,80	135,94	1,6%	100,0
2015	136,37	136,78	0,3%	101,9
2016	146,46	141,91	-3,1%	109,5
2017	156,23	151,30	-3,2%	116,8
2018	161,47	161,00	-0,3%	120,7

Fonte: Elaboração própria ANS (2019, 2020). Deflacionado pelo IPCA/IBGE

Os dados dos Mapas Assistenciais da ANS apresentam a discriminação das despesas das operadoras de planos de saúde nas seguintes rubricas: consultas médicas (estando discriminadas em ambulatoriais e em pronto socorro); outros atendimentos ambulatoriais; exames complementares; terapias; internações e procedimentos odontológicos. Como apontado na análise do gasto privado total, destacam-se nas despesas dos planos de saúde aquelas destinadas às despesas hospitalares – internações. A estabilidade na estrutura de despesas para o período 2014 a 2018 é evidente, com algum destaque para a aumento na participação das despesas com terapias.

Gráfico 2. Evolução da estrutura de despesas dos Planos de Saúde – Brasil, 2014 a 2018

Fonte: Elaboração própria a partir de ANS (2019).

3.1.3. Gasto Público em Saúde

O SUS conta com excelente conjunto de informações sobre as suas despesas armazenado no SIOPS e divulgado de forma semelhante ao que se pretende nesse trabalho, notadamente no que

diz respeito às despesas, segundo funções de cuidados de saúde e discriminadas pelas unidades da federação que as realizam. Vale salientar que parcela desses gastos são efetuados por meio de transferências governamentais “voluntárias” no âmbito do SUS⁷, ou seja, os gastos discriminados por funções de cuidados de saúde segundo entes federados não guardam relação com a “operação” ou remuneração da oferta dos sistemas de saúde. Parcela dos gastos federais são destinados a estados e municípios para o pagamento de bens e serviços de saúde ou em funções de cuidados de saúde, ou seja, recursos oriundos da arrecadação federal operados por estados e municípios. Dessa feita, os gastos públicos em saúde presentes na tabela 6 referem-se aos montantes da arrecadação própria destinados às despesas com saúde. Como se nota, há relativa estabilidade, mas os municípios vêm aumentando levemente a sua participação com reduções semelhantes na presença da União e dos Estados.

Tabela 6. Gasto Público em Saúde, segundo Níveis de Governo. Brasil, 2010-2017. (milhões R\$)

Nível de Governo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Federal	78.716	86.275	90.229	90.503	91.899	90.406	90.312	94.717
Estadual	47.338	49.484	50.510	55.496	57.305	54.702	53.806	56.432
Municipal	49.913	54.874	58.647	63.784	67.381	65.258	66.735	68.156
Total	175.967	190.634	199.386	209.782	216.585	210.366	210.853	219.305

Fonte: Elaboração própria a partir da Conta SUS, disponível em Brasil (2018) e do SIOPS (Brasil, 2019). R\$ de 2014 deflacionado pelo IPCA/IBGE. Valores deflacionados para R\$ de 2014 pelo IPCA/IBGE.

A conta SUS apresenta os dados das despesas em saúde segundo as chamadas funções cuidados de saúde (modelo SHA) com oito rubricas relativas a gastos de custeio, entre as quais aquelas voltadas a gestão do sistema e um agregado de demais atividades. Tem-se, assim, as atividades curativas e de reabilitação, as complementares a elas, os medicamentos, a prevenção e os cuidados de longo prazo. Na tabela 7 encontram-se os valores despendidos por todo setor público com as funções SHA em 2014, onde se verifica que mais da metade se destinam à função de atenção curativa, com as atividades complementares ao diagnóstico e tratamento e de prevenção em saúde abarcando pouco mais de 10% cada uma. Buscou-se adequar a organização segundo funções e sub funções SHA para as rubricas de atividades em saúde definidas para o presente trabalho. A principal diferença é a segmentação entre internação hospitalar e os atendimentos ambulatoriais, sendo resultado da classificação dos itens do agregado “atenção curativa”, no caso do atendimento ambulatorial, a incorporação das atividades complementares e dos atendimentos de reabilitação. De outra parte, a rubrica Saúde Pública refere-se à função “Prevenção, promoção e vigilância em saúde”, assim como a rubrica Administração pela “Gestão e governança do sistema de saúde”. Os dados reorganizados para serem cotejados pelos relativos aos gastos privados encontram-se na Tabela 8, onde fica patente a importância dos gastos ambulatoriais no SUS.

⁷ Transferências voluntárias são aquelas realizadas por meio dos convênios realizados entre a União e determinado Estado, Município ou Consórcio de Municípios.

Tabela 7. Despesas do setor público com bens e serviços de Saúde (SUS). Brasil – 2014 (R\$ correntes)

Função SHA	Valor	%
Atenção curativa	115.339	53%
Atendimentos de reabilitação	1.879	1%
Cuidados de longo prazo	3.450	2%
Atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	25.095	12%
Medicamentos e outros produtos médicos	14.603	7%
Prevenção, promoção e vigilância em saúde	24.175	11%
Gestão e governança do sistema de saúde	10.385	5%
Demais atividades de saúde e não classificadas	17.231	8%
Formação Bruta de Capital e P&D	4.457	2%
Total	216.615	100%

Fonte: Elaboração própria a partir da Conta SUS, disponível em Brasil (2018).

Tabela 8. Despesas do setor público (SUS) com as rubricas de atividades de saúde – OCDE. Brasil – 2014

Rubricas	R\$ 2014
Internação hospitalar	45.834
Atendimento ambulatorial	96.480
Cuidado de longo prazo	3.451
Medicamentos	14.153
Saúde Pública	24.176
Administração	10.385
Outros	21.689
Total	216.168

Fonte: Elaboração própria a partir da Conta SUS, disponível em Brasil (2018).

3.1.4. Síntese dos gastos públicos e privados, por rubricas de despesa

O diagrama exposto na Figura 1 apresenta de forma sintética os fluxos dos gastos em saúde no Brasil, suas origens e destinos. A partir da visualização dos fluxos do sistema expostos anteriormente podemos ter uma visão completa do sistema de saúde brasileiro tanto em sua esfera pública quanto privada. A tabela 9 junto com os gráficos 3 e 4 permite atribuir valores neste fluxo e apresenta uma compreensão global do sistema.

Tabela 9. Despesas com saúde, segundo rubricas e por entidade – Brasil, 2014 (bilhões de R\$ correntes)

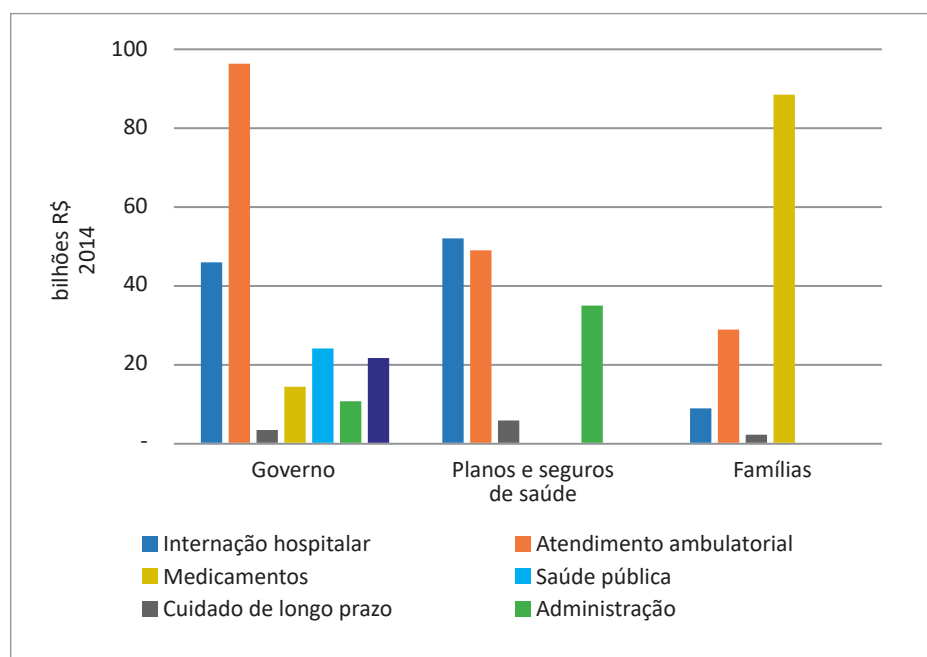
Rubricas	Segmento	Gov	Planos e seguros de saúde	Famílias	Filantropia	Total
Internação hospitalar		45.834	51.728	8.938		106.500
Atendimento ambulatorial		96.480	48.995	28.998		174.473
Cuidado de longo prazo		3.451	5.773	1.972	7.175	18.371
Medicamentos		14.153		88.509		102.662

Tabela 9. Despesas com saúde, segundo rubricas e por entidade – Brasil, 2014 (bilhões de R\$ correntes) (cont.)

Rubricas	Segmento	Governo	Planos e seguros de saúde	Famílias	Filantropia	Total
Saúde Pública		24.176				24.176
Administração		10.385	34.948			45.333
Outros		21.689				21.689
Total		216.168	141.443	128.418	7.175	493.204

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2017), ANS (2019) e da Conta SUS, disponível em Brasil (2018).

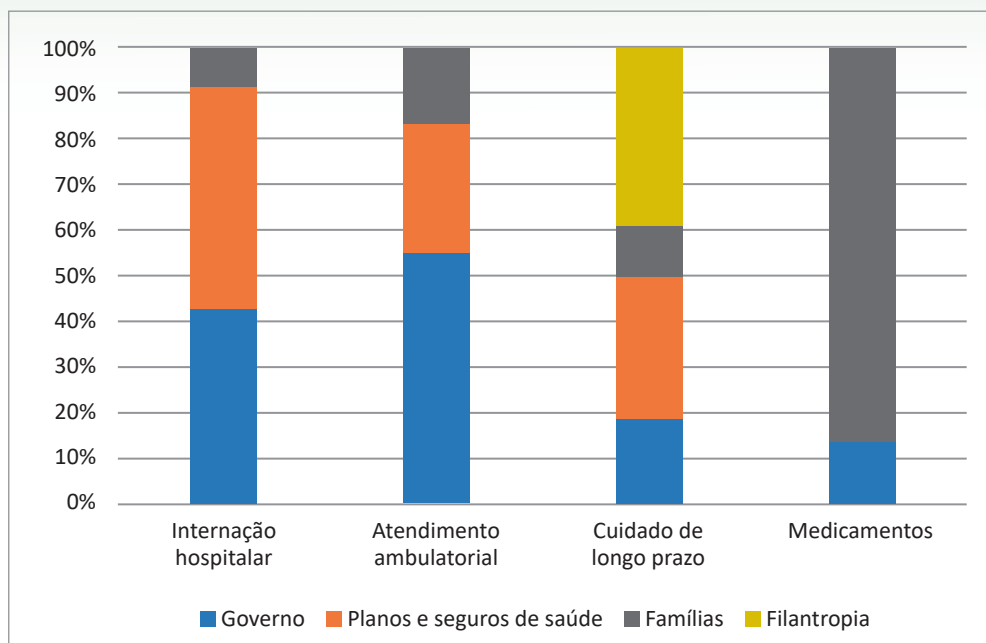
A tabela 9 detalha as despesas com saúde e de acordo com o segmento que de fato realiza a despesa. Deste modo, vemos que pouco mais de 43,8% (R\$ 216.168 bilhões de R\$ 493.204 bilhões) são efetuadas pelo governo enquanto o desembolso direto das famílias corresponde a cerca de 26% contra quase 28,7% dos planos e seguros de saúde. No caso específico da filantropia, os gastos diretos deste setor aparecem apenas nos cuidados de longo prazo pois é a única rubrica onde estes gastos estão abertos, e neste gasto específico, a filantropia corresponde a quase dois quintos (aproximadamente 39,1%) do total do dispêndio. Estas e mais algumas informações estão ilustradas nos gráficos 3 e 4.

Gráfico 3. Despesas com saúde, segundo rubricas e por entidade – Brasil, 2014 (R\$ correntes)

Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2017), ANS (2019) e da Conta SUS, disponível em Brasil (2018).

Dentro dos gastos do governo, as rubricas que têm maior peso são o atendimento ambulatorial comprometendo cerca de 44,6% das despesas e a internação hospitalar que alcança aproximadamente 21,2% do total gasto. Embora quase um quarto dos gastos dos planos e seguros seja com despesas administrativas, eles têm quase 36,6% da despesa realizada com internações e pouco mais de 34,6% com atendimento ambulatorial. No caso do gasto direto das famílias, os medicamentos ocupam aproximadamente 68,9% do total, enquanto em segundo lugar estão os atendimentos ambulatoriais que consomem por volta de 22,6% das despesas.

Gráfico 4 – Composição das principais rubricas de saúde segundo segmento econômico. Brasil – 2014



Fonte: Elaboração própria a partir de IBGE (2017), ANS (2019) e da Conta SUS, disponível em Brasil (2018).

Embora 22,4% da população esteja coberta por planos e seguros de saúde⁸, as despesas destes com internação hospitalar ultrapassam os gastos do governo e alcançam quase 48,6% contra pouco mais de 43% do gasto público. Mesmo onde o gasto público se sobressai, no caso do atendimento ambulatorial em que responde por 55,3% do total, o dispêndio dos planos é acima da parcela da população com cobertura ao ficar em quase 28,1% e a despesa das famílias nesta rubrica aparece como bastante relevante com 16,6% do total. No caso do desembolso com medicamentos, as famílias são responsáveis por mais de 86,2%, o restante sendo assumido pelo governo.

4. FONTES DE RECEITA E FLUXOS FINANCEIROS DE FINANCIAMENTO

A análise completa dos fluxos dos gastos em saúde ainda carece de um maior detalhamento das receitas tributárias, ou melhor, da composição dos tributos que financiam o gasto público. Não nos parece, portanto possível contemplar a ideia inicial de montar um fluxograma com valores na forma proposta pelo Observatório Europeu em Sistemas e Políticas de Saúde, como parte da rede de Monitoramento de Sistemas e Políticas de Saúde, a partir do “Modelo para autores” apresentado por Rechel e outros (2019).

No Brasil, a atenção à saúde é financiada com recursos públicos despendidos pelos governos federal, estadual e municipal (financiamento governamental) e por recursos das famílias, desembolsados via regimes de planos e seguros de saúde voluntários e por meio do desembolso direto.

⁸ Dados de cobertura de planos de saúde disponível no sítio da ANS, <<https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>, acesso em 18 de dezembro de 2019. Dados da população disponíveis na página do IBGE, <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>>, acesso em 18 de dezembro de 2019.

Os recursos públicos ou governamentais são provenientes, em sua quase totalidade, de impostos e taxas dos diferentes níveis de governo, sendo que há transferências intergovernamentais para a execução das despesas. No quadro 1 (abaixo) são apresentadas de forma detalhada todas as fontes de financiamento, estando destacadas aquelas fontes que concentram os maiores montantes, ou seja, as principais responsáveis pelo financiamento da oferta pública de saúde.

Já os gastos efetuados por intermédio de planos e seguros privados de saúde são financiados por recursos das famílias, das empresas e do governo, contando, ademais, com apoio indireto do governo que concede a esses gastos benefícios tributários que se consubstanciam no que se denominam gastos tributários.

Como se pode notar no quadro 1, parcela importante dos recursos dos estados e municípios são oriundos de transferências de outros entes federados. No caso dos estados, tem papel importante nas receitas o Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal – FPE – composto por 21,50% da arrecadação dos impostos sobre a renda e do imposto sobre produtos industrializados, descontados os incentivos concedidos para esses dois tributos. Já para os municípios, o Fundo de Participação dos Municípios, composto atualmente por 24,55% da arrecadação do imposto de renda e do imposto sobre produtos industrializados, juntamente com as transferências de ICMS e de IPVA dos estados, tem um papel importante nas finanças dos municípios. Evidentemente que estados e municípios lançam mão de outros recursos para atender aos mínimos constitucionais definidos nos gastos em saúde, com destaque para os oriundos dos principais tributos desses entes: ICMS e IPVA, para estados, e Imposto Sobre Serviços (ISS) e Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial (IPTU), para os municípios.

No Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) são registradas compulsoriamente as informações dos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios relativas às receitas totais e às despesas com ações e serviços de saúde realizados pelas três esferas de governo. Assim, em relação as receitas não se contam com dados discriminados de quais os tributos e taxas e em que montantes tiveram por destinação a realização das despesas com o SUS, diversamente das despesas que são apresentadas de modo discriminado pelas chamadas funções de cuidados de saúde, apresentados na seção anterior.

No plano federal conta-se com os recursos gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde por fonte e por modalidade, sendo que nas fontes encontram-se as rubricas apresentadas no quadro 1 e nas modalidades os valores transferidos a estados e municípios, os gastos diretos da União e os efetuados por meio de transferências à organizações sem fins lucrativos, instituições multigovernamentais e consórcios públicos, bem como os destinados ao exterior. Na tabela 10 apresentamos os dados das fontes de receitas para os gastos federais em saúde, discriminando os realizados pelas transferências SUS (fundo a fundo) para estados e municípios e para todas as outras modalidades tratando-as como operadas pelo governo federal. Vale destacar a modalidade “aplicações diretas”, denominada como gasto direto, que representa quase 90%, já as transferências para entidades sem fins lucrativas e para o exterior respondem, grosso modo, pelo restante.

Vale destacar que as fontes de receita de origem federal apresentadas no quadro 1 e os agregados delas presentes na tabela 10 perfazem 45 códigos na base original, sendo 16 para as modalidades de aplicação do recurso. As tabelas A.1. e A.2., em anexo, trazem os códigos das fontes de receita e das modalidades originais.

Quadro 1. Fontes Públicas de Financiamento Direto à Saúde

FEDERAL*	ESTADUAL	MUNICIPAL
Recursos ordinários (ou não vinculados)	ICMS	Transferência ICMS para o Município
Receitas de concursos de prognósticos	IPVA	Transferência IPVA para o Município
Receitas vinculadas a aplicações em outras políticas públicas	ITCMD	Transferência FPM para o Município
Compens.financ.p/expl.de petróleo ou gás natural	Transferência FPE da União para o Estado	Transferência IPI Exportação para o Município
Títulos de responsabilidade do Tesouro Nacional	IPI Exportação	Transferência LC 87/96 (Lei Kandir) para o Município
Recursos não-financeiros diretamente arrecadados	LC 87/96 (Lei Kandir)	IRRF (dos rendimentos pagos pelo Município)
Contribuição social sobre lucro das pessoas jurídicas (CSLL)	IRRF (dos rendimentos pagos pelo Estado)	Transferência ITR para o Município
Contribuição para o financiamento da seguridade social (Cofins)	Multas, juros e correção monetária dos impostos	IPTU
Contribuição plano seguridade social servidor	Dívida ativa de impostos	ISS
Recursos próprios da alienação de bens públicos		ITBI*
Contribuição patronal dos servidores		Multas, juros e correção monetária de impostos
Taxas e multas relativas ao poder de polícia e do Judiciário		Dívida ativa de impostos
Recursos financeiros diretamente arrecadados		
Recursos de convênios		
Remuneração das disponibilidades do Tesouro Nacional		
Doações de entidades internacionais		

* O rol de todas as fontes está na Tabela A.1 do Anexo.

** Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis.

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode observar nas fontes apresentadas na Tabela 10, dois agregados não estão associados a tributos, taxas, royalties (concessão), doações e a alienação patrimonial, que são os recursos próprios e os vinculados a outras políticas públicas. Existem informações abertas dessas fontes para as receitas globais e não para as destinadas aos gastos em ASPS. No caso dos recursos próprios, a lista de fontes é extensa (120 códigos), com os principais tributos federais – IR, Pis/Cofins, II, IOF, CSLL e IPI⁹ – respondendo por 94,5% desses recursos. Os impostos sobre a renda, o lucro e movimentações financeiras perfazem 57,6% da rubrica recursos próprios, com os indiretos – II, IPI e Pis/Cofins – os restantes 36,9%. Já no caso da fonte relativa aos recursos vinculados a outras políticas públicas sobressaem a restituição de Planos de Saúde e os recursos do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e do Seguro contra Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres (DPVAT).

⁹ Imposto de Renda (IR), Programa de Integração Social/Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Pis/Cofins), Imposto sobre Importação (II), Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

Observa-se pelas informações presentes na tabela 10 que os dispêndios operados diretamente pela União representam 35,8% dos gastos federais em ASPS, com os Estados e Municípios recebendo via transferências fundo a fundo para pagamento de ASPS 16,8% e 47,3% respectivamente. Pode-se dizer que a despesa federal da saúde, que concentra 43% (tabela 5) de todo o gasto público, tem por base do seu financiamento a Cofins que fornece 56% das receitas federais destinadas à saúde. A seguir tem-se a CSLL e o IR respondendo por 19% e 8% dessas receitas, respectivamente.

A centralidade das contribuições sociais, no caso da Pis/Cofins e da CSLL é apontada por Piola et al (2013), que indicam, ademais, que as diferentes contribuições exibiram participações bastante variadas. De 1997 a 2002, a CPMF se mostrou como fonte central no financiamento do MS, compartilhando essa posição com a CSLL no período 2002 a 2007, quando ambas responderam por 70% do gasto do MS. Após a extinção da CPMF, os recursos ordinários tiveram sua participação elevada substancialmente, bem como a do Pis/Cofins. No final da década passada e nos primeiros anos da atual, CSLL e Pis/Cofins vêm respondendo por mais de 80% do gasto do MS. Fica patente pelos dados de 2017 – tabela 10 -que o quadro pouco se alterou, com o Pis/Cofins e a CSLL respondendo por mais de 80% do gasto federal em saúde.

Vale sublinhar que a participação das contribuições sociais nas transferências fundo a fundo para os municípios e estados é bem inferior frente aos gastos diretos federais, onde elas são responsáveis por quase toda a despesa. Assim sendo, é de suma importância verificar como se compõem os recursos ordinários e os vinculados a outras políticas, valendo observar que estados e municípios respondem por quase 2/3 dos gastos com recursos federais.

Tabela 10. Fontes Federais de Receitas empregadas no gasto público de saúde pelos entes federados – 2017 (R\$ milhões)

Fonte	Estados	Municípios	União (1)	Total
Recursos ordinários	2.181	6.271	1.502	9.954
Vinculados outras políticas públicas	1.359	2.273	144	3.776
Pis/Cofins	14.741	39.746	11.747	66.234
CSLL	508	2.933	27.034	30.475
Taxas, multas e conc. Prognostico	46	29	277	352
Tesouro (1)	520	3.309	607	4.436
	-	-	-	
Total	19.387	54.562	41.311	115.260
% modalidade (Estados, Municípios e União)	16,8%	47,3%	35,8%	100,0%
% Rec ordinários e vinculados a outras políticas	18,3%	15,7%	4,0%	11,9%
Cofins + CSLL	78,7%	78,2%	93,9%	83,9%

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2019): Diretamente, no exterior e via entidades filantrópicas, setor privado e multigoverno.

Piola et al (2013) reportam o processo de redução das aplicações diretas do governo federal na provisão de saúde desde os anos 80 até o final da década passada. As ações diretas que representavam, em 1995, 87% dos gastos do MS, em 2010 eram de somente 31%, valor relativamente similar ao de 2017 – 36% (tabela 10). Tal redução teve por contrapartida crescimentos expressivos das transferências fundo a fundo para estados e municípios. Verifica-se entre os dados de

2010 e os reportados na tabela, alterações na participação dos estados nos gastos federais com a redução de 24% para 17%.

Piola et al (2013) mostram que o aumento das transferências fundo a fundo para os estados e o DF se consubstanciou no crescimento dos gastos estaduais na gestão da atenção hospitalar e ambulatorial, enquanto que para os municípios houve, além do aumento na importância na atenção hospitalar e ambulatorial, um incremento em seus gastos destinados à atenção básica.

Como se pode observar na tabela 11, as fontes “recursos ordinários” e “vinculadas à outras políticas” foram responsáveis, em 2017, por 12% dos gastos federais em saúde, sendo que, em anos anteriores, chegaram a quase 20%. Vale assim, buscar discriminar essas fontes nos impostos, taxas, multas e outros aportes para melhor caracterizar os impostos federais que financiam a saúde. Empregando os dados da receita do governo federal de 2018 – SIOPS, apurou-se quais impostos e outras fontes que compõem os recursos ordinários, sintetizando as informações na tabela 11. Em anexo encontram-se discriminadas todas as fontes relativas aos recursos ordinários. Como se pode notar, a maior parcela dos recursos ordinários provém do IR e do Pis-Cofins, que juntos respondem por quase 2/3 dessa modalidade de receita. Em segundo plano estão o II, o IOF, a CSLL e o IPI, que somados aos primeiros concentram ao redor de 95% dessa receita. Assim, pode-se considerar que os recursos ordinários guardam um perfil de incidência mais progressivo, sem, contudo, alterar profundamente o perfil de incidência e, inclusive, a concentração em alguns poucos tributos e contribuições.

Tabela 11. Distribuição dos Recursos Ordinários segundo fonte de arrecadação. Brasil, 2018

Impostos e fontes dos recursos ordinários	%
IR	43,4
Pis/Cofins	21,9
II	9,7
IOF	8,8
CSLL	5,4
IPI	5,3
outras fontes	5,5

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2019).

Já para a fonte denominada como oriunda da vinculação a outras políticas, tem-se a concentração em duas rubricas, quais sejam: o ressarcimento ao SUS pela saúde suplementar e o DPVAT. Elas juntas respondem por cerca de 80% dos montantes dessa fonte. Com esse tratamento das fontes agregadas de receita, elaborou-se a estrutura de financiamento do gasto federal segundo tributos, taxas, recursos do tesouro e outras rubricas que estão sumarizados na tabela 12.

Como se pode notar, quase 60% do gasto federal em saúde tem por fonte de financiamento o Pis/Cofins, que somado ao montante oriundo da CSLL, atinge uma participação superior a 85% dessas contribuições. Destaque para a baixa participação no financiamento da saúde em nível federal do IR, que como se verá adiante tem certa relevância quando se considera os fundos constitucionais, em especial o FPM, cuja participação no gasto em saúde é relativamente expressivo e conta com o IR como principal fonte.

Tabela 12. Distribuição dos Recursos do MS para ASPS, segundo fonte de arrecadação. Brasil, 2017

Impostos e fontes de receitas	%
PIS/Cofins	59,4%
CSLL	26,9%
Tesouro	3,8%
IR	3,7%
Ressarcimento planos e DPVAT	2,7%
Outras fontes	1,4%
Imposto de Importação	0,8%
IOF	0,8%
IPI	0,5%
Tributos diretos	61,5%
Tributos indiretos	30,6%
Incidência desconhecida	7,9%

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2019).

O SIOPs apresenta as informações dos gastos públicos realizados por estados e municípios com recursos próprios, ou seja, desconsiderados os valores repassados via transferências SUS acima analisadas. E no SIOPs conta-se com o montante de receitas empregadas para a avaliação e monitoramento do gasto em ASPS em sintonia com a legislação, ou seja, dispõe-se do valor gasto com recursos próprios – depuradas as transferências SUS – e as receitas – também depuradas dessas transferências e com outros ajustes – empregadas como parâmetro do gasto em saúde.

Empregou-se a estrutura de composição das fontes de receita – tributos, transferências intergovernamentais, multas e outras – na chamada fase “receitas realizadas da base para cálculo do percentual de aplicação em ASPS” constante no SIOPs para estados e municípios. Considerou-se que a composição percentual das fontes de receitas nessa fase replicou-se na aplicação dos gastos para ASPS, porque não se conta com a efetiva composição das fontes para os gastos em ASPS. São parte dos componentes da receita, as transferências obrigatórias (constitucionais) da União para Estados e Municípios, os fundos de participação dos estados e municípios – FPE e FPM -, bem como as cotas parte do ICMS e IPVA que os estados repassam aos municípios.

Juntaram-se as fontes de receita segundo agregados de impostos (considerando tanto a fonte oriunda do imposto, como o recolhimento de multas e juros relacionados a esses tributos) e de transferências intergovernamentais. Em anexo, encontram-se as informações desagregadas das fontes para essa fase de estados e municípios (tabelas A.3. e A.4. do anexo). Os dados agregados resultantes do manuseio dessas informações são apresentados nas tabelas 13 e 14 para estados e municípios, respectivamente, para o ano de 2017.

Com essas informações de estados e municípios, bem como as relativas ao governo federal, pode-se construir a estrutura de participação dos tributos no financiamento da saúde pública, uma vez que o FPE e o FPM são compostos de IR – na proporção de 90% – e o IPI. Como se discriminou nos dados federais os tributos que compõem os “recursos ordinários” e a fonte “vinculadas a aplicação em outras políticas públicas” e qual os montantes destinado as ações diretas do governo federal em saúde e os valores repassados fundo a fundo do SUS, chega-se às

participações de cada unidade da federação no financiamento da saúde e quais tributos e fontes supre o que cada ente realiza em gastos diretos.

No caso dos Estados, a estrutura das receitas como parâmetro do gasto em ASPS encontra-se na tabela 13, onde se pode notar, de um lado, o peso dos recursos oriundos de seus tributos¹⁰, com o ICMS respondendo por mais de 2/3 de toda a receita dessa fase e, portanto, tendo papel de destaque no financiamento da saúde em âmbito estadual e, como se verá, no total do financiamento público em saúde. As transferências da União via FPE e do ITR, IPI e Lei Kandir respondem por 17,5%, como destaque para o FPE.

Dado o peso do ICMS e o fato do IPI representar parcela do FPE, tem-se por resultado um perfil regressivo do financiamento dos gastos em saúde pelos estados com recursos próprios. O IPVA e o IR – a parcela relativa à administração pública estadual direta e indireta e a sua participação no FPE – mitigam um pouco a regressividade no financiamento à saúde na esfera estadual. Concretamente, cerca de 70% desse financiamento provém de tributos indiretos, superior, inclusive, ao perfil da carga tributária nacional.

Tabela 13. Estrutura das receitas estaduais e do DF empregadas como parâmetro para os gastos em ASPS – 2017 (milhões de R\$)

Impostos e transferências intragovernamentais	valor	participação
Impostos estaduais	416.965	82,5%
IPTU	829	0,2%
IRRF	39.408	7,8%
IPVA	21.469	4,2%
ITCD	7.609	1,5%
ITBI	370	0,1%
ICMS	345.001	68,3%
ISS	2.279	0,5%
Transferências União	88.274	17,5%
Cota-Parte do Fundo de Participação dos Estados e do DF	83.197	16,5%
Cota Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM	164	0,0%
Cota Parte ITR	1	0,0%
Cota-Parte IPI-Exportação	3.446	0,7%
Lei Kandir	1.466	0,3%
Impostos diretos	144.711	28,6%
Impostos indiretos	360.529	71,4%
Total	505.239	
Valor gasto em ASPS	68.339	13,5%

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2019)

¹⁰ Cabe destacar que a presença do IPTU, ITBI e ISS, impostos municipais nas fontes estaduais é pelo fato do Distrito Federal ter a dupla função de estado e município nos tributos de sua alçada.

Como se pode notar as transferências da União não têm peso expressivo nas receitas destinadas ao gasto com saúde, devendo-se, contudo, lembrar que do gasto estadual, as transferências fundo a fundo respondem por cerca de 20%. Haverá, assim, pressão para que as receitas dos tributos estaduais venham a compensar as perdas decorrentes da EC 95 sob as transferências fundo a fundo. Dada a dificuldade que os estados atravessam é de se esperar adversidades, pois melhorias na arrecadação não necessariamente serão destinadas à saúde.

Na estrutura das receitas municipais para o gasto em saúde, desconsiderando a transferência fundo a fundo na sua totalidade – como visto de R\$ 55 bilhões ou 21% do gasto SUS – chama a atenção a divisão não tão díspar das fontes por entes. Os municípios respondem por meio de seus tributos com 36,5%, pouco menos que os estados com 37,1%, tendo a União o menor peso 26,5%. Caso se examine por fonte desagregada, vê-se que a Cota Parte do ICMS e a Cota Parte do FPM superam aos dois principais tributos municipais – IPTU e ISS – tributos que contam com relativo espaço fiscal para crescer, assim como o ITBI.

Interessante observar que, diferentemente de Estados e da União, há uma divisão entre tributos diretos e indiretos na estrutura de financiamento do gasto municipal com os chamados recursos próprios. De outro lado, a dependência das despesas municipais dos recursos fundo a fundo – 40% do gasto efetuado por municípios – que pela EC 95 serão afetados podem ter seus efeitos atenuados caso se observe crescimento das cotas partes do FPM (IR e IPI), do ICMS e do IPVA, bem como pela melhora na arrecadação municipal.

Tabela 14. Estrutura das receitas municipais próprias empregadas como referência aos gastos em ASPS – 2017 (milhões de R\$)

Impostos e transferências intragovernamentais	valor	participação
Impostos municipais	124.441	36,5%
ITR	584	0,2%
IPTU	40.863	12,0%
IR	16.263	4,8%
ITBI	9.978	2,9%
ISS	56.753	16,6%
Transferências União	90.357	26,5%
Cota Parte FPM	88.704	26,0%
Cota Parte ITR	1.168	0,3%
SUS Fundo a Fundo	7	0,0%
Lei Kandir	478	0,1%
Transferências dos Estados	126.527	37,1%
Cota Parte do ICMS	105.406	30,9%
Cota Parte do IPVA	19.983	5,9%
Cota Parte do IPI exportação	1.138	0,3%
Impostos diretos	168.673	49,4%
Impostos indiretos	172.645	50,6%
Valor gasto em ASPS	82.537	24,2%
Total	341.325	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2019)

As próximas informações a serem apresentadas nas tabelas 15 e 16 e no Gráfico buscam sintetizar a estrutura de financiamento de um lado, ou seja, quais tributos e outras receitas compõem os gastos totais diretos em saúde pública e de outro como se constituem os gastos realizados por cada ente federado. De onde vem os recursos e quem os gasta segundo os entes federados é o objetivo dessa síntese. Os tributos indiretos respondem por 60% das receitas públicas gastas diretamente com saúde¹¹, como ICMS e Pis/Cofins se destacando. Já a tributação direta, com o IR e a CSLL à frente, são responsáveis por 36% dessas receitas, o que sinaliza para um financiamento bastante regressivo da saúde pública no país. Vale notar que a participação do IR – via orçamento federal e nos fundos FPE e FPM – é pouco expressiva – 16,2%, sendo em valores absolutos, em 2017, R\$ 43 bilhões superior, grosso modo, a somente duas vezes os gastos tributários no IR para as despesas em saúde (Ocké-Reis & Fernandes, 2018).

Tabela 15. Estrutura das receitas públicas empregadas em ASPS. Brasil, 2017

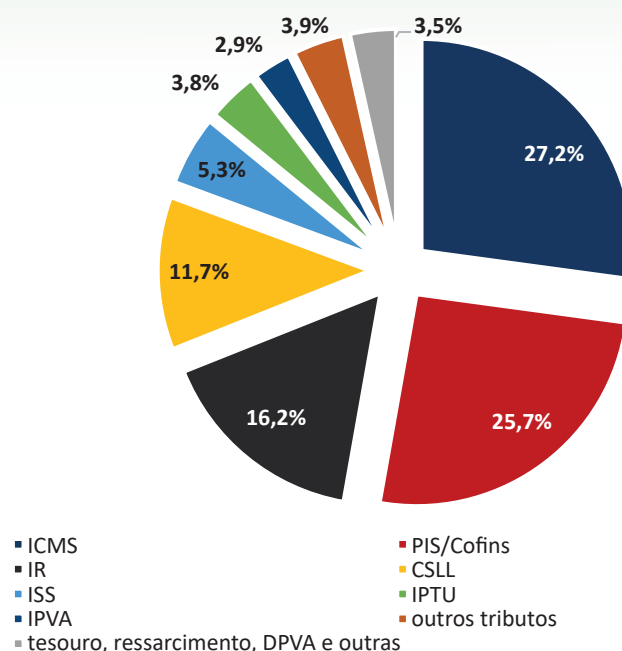
Tributos e fontes	valor	participação
Tributos indiretos	160.420	60,3%
PIS/Cofins	68.414	25,7%
ICMS	72.468	27,2%
IPI	4.541	1,7%
II	966	0,4%
ISS	14.032	5,3%
Tributos diretos	96.569	36,3%
IR	43.036	16,2%
IPVA	7.736	2,9%
IPTU	9.993	3,8%
ITR	424	0,2%
ITCD	1.029	0,4%
ITBI	2.463	0,9%
CSLL	31.012	11,7%
IOF	876	0,3%
Outras	9.146	3,4%
Ressarcimento planos e DPVAT	3.097	1,2%
Tesouro	4.436	1,7%
Miscelânea de fontes	1.613	0,6%
Total	266.136	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2019).

O gráfico 5 reproduz a tabela 15 cuja imagem ilustra melhor a importância da Cofins, do ICMS e, em segundo plano, do IR e da CSLL, e, portanto, o caráter iníquo do financiamento à saúde no Brasil. De outra parte, aponta espaços fiscais tanto no IR – redução dos benefícios e uso no SUS – como nos patrimoniais.

¹¹ Não se consideram no total do gasto público em saúde os chamados gastos indiretos ou tributários. Não há dúvida que sua incorporação fará com que os tributos diretos cresçam de participação. Essa alteração, no entanto, não implica ganhos redistributivos, uma vez que o gasto associado é altamente regressivo.

Gráfico 5. Distribuição dos impostos e fontes no gasto público em saúde. Brasil, 2017



Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2019).

A tabela 16 sintetiza as fontes de receita e o gasto direto, segundo níveis de governo, ficando evidente o quanto o pacto federativo é de suma importância na oferta de saúde pública, com a União repassando recursos para que as outras unidades da federação, notadamente as municipalidades possam cumprir suas obrigações. Vale notar que as transferências fundo a fundo do SUS e a Cota parte do ICMS e IPVA são fundamentais para o gasto municipal. Fica patente a importância que os tributos estaduais exibem no gasto estadual, com as transferências constitucionais e fundo a fundo compensando o valor destinado a cota-parte ICMS/IPVA para gastos em saúde.

Lima (2007) mostra que na questão federativa, há dois elementos centrais: o poder de tributar e o poder de gastos, o que viabilizam as atribuições governamentais nas políticas na qual as unidades federadas cumprem todas elas importantes funções; aponta que a “divisão de responsabilidades e funções, a repartição desses ‘dois poderes’ entre os governos subnacionais e o nacional caracteriza o modelo fiscal implantado”. Como fica claro com os dados da tabela 16, há uma clara divisão de poderes no campo da saúde pública, com a União assumindo parcela predominante das fontes de financiamento (56%) e os municípios respondendo pela maior parte dos gastos (52%). Vale notar, como destacam vários autores aqui reportados, que se assistiu um movimento de descentralização dos gastos, acompanhado, por outro lado, de uma maior presença no financiamento dos entes subnacionais.

Nessa direção, a observação de Sulamis Dain “que os ganhos de flexibilidade das esferas subnacionais em relação à definição sobre as prioridades, instrumentos e modalidades de gastos permitem às federações mais facilmente harmonizar a escassez de recursos” (Dain, 1995 apud Lima, 2007). E, ademais, com bem sublinha Lima (2007), a descentralização não é funcional somente para a contenção de gastos, podendo, por outro lado, implicar novas responsabilidades e demandas que resultam em aumento na necessidade de financiamento da saúde pública.

Tabela 16. Gastos públicos diretos em saúde e fontes de receitas segundo entes da federação. Brasil, 2017¹²

	valor	participação
gasto direto/fonte		
Federal	41.311	16%
Tributos e fontes federais		
Estadual	87.726	33%
Tributos estaduais	56.380	21%
FPE (IR e IPI)	11.959	4%
União → Estados (SUS)	19.387	7%
Municipal	137.099	52%
Tributos municipais	30.043	11%
FPM (IR e IPI)	21.872	8%
União → Municípios (SUS)	54.562	21%
Cota Parte ICMS IPVA	30.621	12%
fontes		
federais	149.092	56%
estaduais	86.276	32%
municipais	30.043	11%

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2019).

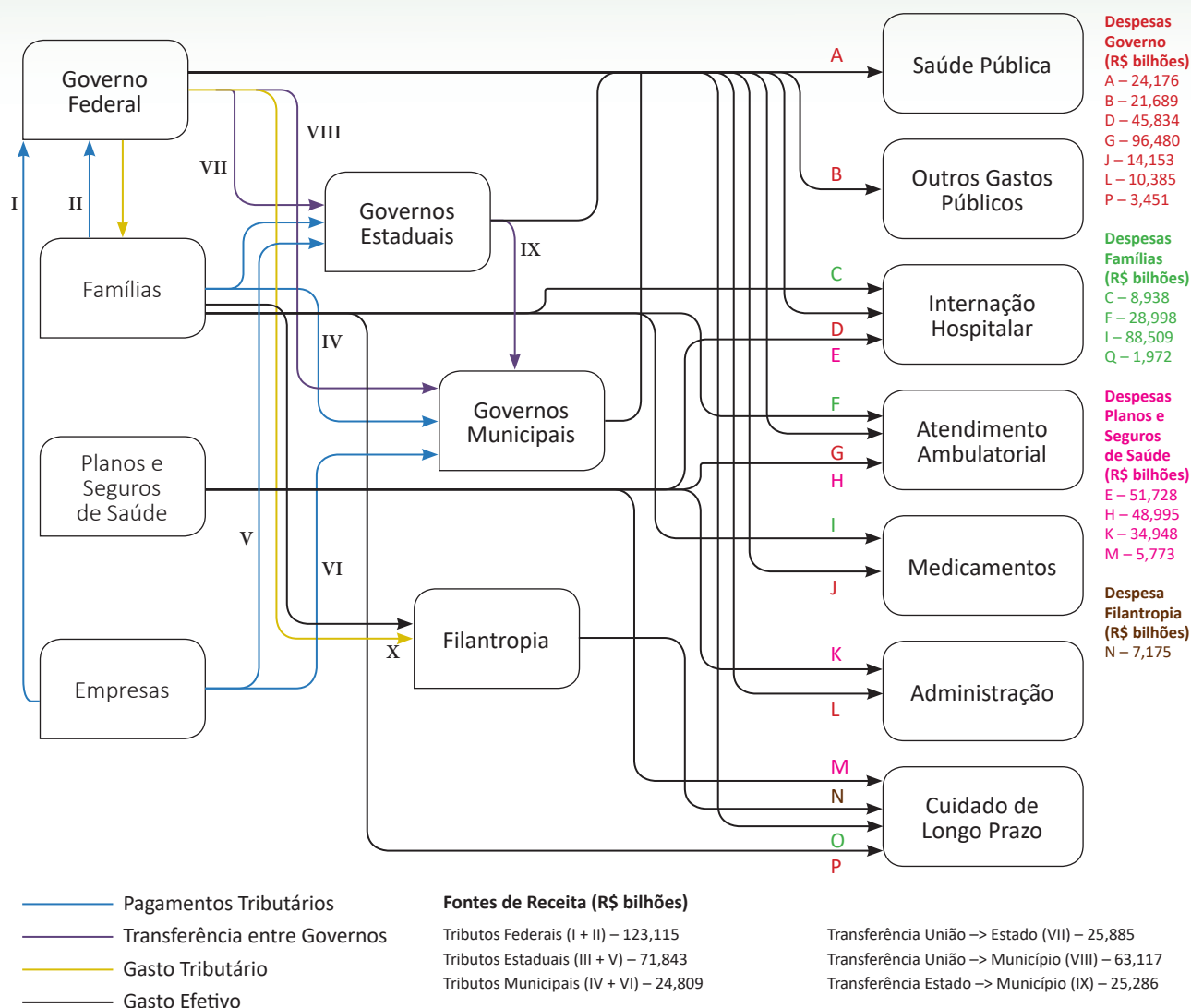
5. CONCLUSÕES E ENCAMINHAMENTOS

A partir dos dados levantados e discutidos nas seções 3 e 4 foi possível elaborar o primeiro esboço dos fluxos financeiros do sistema de saúde brasileiro apresentado na Figura 2. Vale destacar alguns achados dos dados levantados: o peso do gasto privado, onde sobressai o gasto com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos; a importância do desenho federativo no financiamento e no gasto em saúde pública, com a União assumindo a maior parcela do financiamento, mas os municípios sendo responsáveis pela maior parcela do gasto; a ausência de maiores informações sobre o gasto praticado pelas entidades sem fins lucrativos, cujas despesas aparecem apenas na conta satélite do IBGE referente aos cuidados de longo prazo.

As informações relativas aos gastos públicos indiretos, ou seja, os realizados via benefícios tributários ainda não foram incorporadas ao fluxograma, contando-se com essas informações junto à receita, bem como estudos que analisam esses gastos na sua completude e identificam sua incidência na estrutura de distribuição da renda. De toda sorte, os dados presentes na Figura permitem um amplo dimensionamento do funcionamento do nosso sistema de saúde, tanto na sua perna pública quanto na perna privada.

¹² Esse processo de ampliação da participação dos entes subnacionais no financiamento e no gasto é apontado por Santos (2018) e Fúncia (2019). Vale notar, no entanto, que esses autores não depuraram todas as transferências via fundo, sejam as obrigatórias ou constitucionais sejam as dos fundos e cotas de participação. Com isso, os autores superestimam a importância dos recursos municipais e estaduais, sendo os números compatíveis quando se busca a compatibilização no tratamento dos dados fiscais. Essa forma de avaliar o financiamento segundo fontes de receita e não os tributos se deve em grande medida ao fato de que os mínimos constitucionais requerem que quedas na arrecadação ou no recebimento de um tributo ou fundo de participação vão requerer o uso de outra fonte, ou seja, uma recomposição.

Figura 2. Fluxos financeiros do sistema de saúde brasileiro com valores



Observação: Valores em R\$ de 2014. Despesas valores correntes de 2014. Receitas, valores de 2017 deflacionados pelo IPCA/IBGE.

Fonte: Elaboração própria.

Além da incorporação dos gastos tributários e a busca por uma melhor apuração do papel das entidades filantrópicas no sistema de saúde, dois outros desafios devem ser encarados. O primeiro é a construção desses fluxos no tempo, ou seja, um estudo da evolução dos fluxos ao longo do tempo – concretamente entre 2001 e 2018. Em segundo lugar, a apuração dos gastos SUS dos entes federados operados por meio do pagamento a hospitais e instituições privadas. Sabe-se que grande parte do gasto SUS é efetivado via setor privado e filantrópicas.

E, por fim, há que se avançar também a análise completa e detalhada do sistema de saúde em todos os itens do modelo para autores de Rechel et al (2019).

6. BIBLIOGRAFIA

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Mapa assistencial da saúde suplementar 2018**. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/Mapa_Assistencial_2018.pdf>. Acesso em 20 dez. 2019.
- . ANS Tabnet. Informações em Saúde Suplementar. 2020. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/index.htm>>. Acesso em 10 jan. 2019.
- APPLEBY, John. What does the UK spend on health and social care? *Bmj*, v. 365, p. 11619, 2019.
- BARROS, M. E. D.; PIOLA, S. F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.) **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p. p. 101-138.
- BRASIL. **Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde** [Internet]. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>>. Acesso em 20 dez. 2019
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-2014**. Brasília: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2018.
- DAIN, S.; SERRALHA, F. P. N. **Perspectivas de financiamento das políticas sociais à luz do atual impasse fiscal e das relações federativas: como estruturar um novo regime de tributação?** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2017. (Textos para Discussão n. 29).
- FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 4405-4415, 2019. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4405-4415/>>. Acesso em 20 Dez. 2019.
- GENTIL, D. **Comportamento fiscal e financiamento das políticas públicas e da saúde no período 2011-2015**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. (Textos para Discussão n. 13).
- IBGE, Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- . **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- LIMA, L. D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
- MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, p. 35-53, 2017.
- OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Descrição do gasto tributário em saúde: 2003 a 2015**. Brasília: Ipea; Disoc, 2018. (Nota técnica, n. 48).
- OLIVEIRA, A. T. R.; ONEILL, M. M. V. C. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população. uso e ocupação do solo. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 41-93. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-04.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2019.

- OLIVEIRA, E. X. G; CARVALHO, M, S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.
- Ouverney, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2019.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, Junho 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2019.
- PIOLA, S.F; SERVO, L. M. S.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. (2013). Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (2013). **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70. ISBN 978-85-8110-018-0. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-03.pdf>>. Acesso em 20 dez 2019.
- RECHEL, B.; MARESSO, A.; VAN GINNEKEN, E. (2019). **Health Systems in Transition: Template for authors**. Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies: WHO Regional Office for Europe.
- SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.
- SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B.; BORGES, D. C. L. (2013). Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (2013). **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 73-131. ISBN 978-85-8110-018-0. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-04.pdf>>. Acesso em 20 dez 2019.
- VIACAVA, F.; Oliveira, R. A. D.; Carvalho, C. C.; Laguardia, J.; Bellido, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, Jun. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2019.
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor**. Rio de Janeiro: Brasília: IPEA, 2019. (Texto para discussão n. 2516).
- UGÁ, M. A. D.; LIMA, S. M. L. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (2013). **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 135-168. ISBN 978-85-8110-018-0. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180-05.pdf>>. Acesso em 20 dez 2019.

7. ANEXOS

Tabela A.1. Códigos e descrição das fontes de financiamento das despesas federais em saúde (ASPS)

Código	Discrição
100	Recursos ordinários
118	Contribuições sobre concursos de prognósticos
118	Receitas de concursos de prognósticos
136	Rec. vinc. aplic. em outras políticas públicas
142	Compens.financ.p/expl.de petr. ou gás natural
144	Títulos de responsabilid.do tesouro nacional
148	Operações de crédito externas em moeda
150	Recursos não-financeiros diretam. arrecadados
151	Contr. social s/o lucro das pessoas jurídicas
153	Contribuição p/financiam. da seguridade social
155	Contrib. provisória s/movimentação financeira
157	Receitas de honorários de advogados
174	Taxas pelo exercício do poder de polícia
174	Tx/mul. p/poder de polícia e mul. prov. proc. jud
178	Fundo de fiscalização das telecomunicações
180	Recursos financeiros diretamente arrecadados
182	Restit. recursos de convênios e congêneres
186	Outras receitas vinculadas
186	Rec. vinc. aplic. políticas públicas específicas
188	Remuneração das disponib. do tesouro nacional
195	Doações de entidades internacionais
250	Recursos não-financeiros diretam. arrecadados
263	Rec. prop. decor. alien. bens e dir.do patr.pub.
263	Reforma patrimonial – privatizações
280	Recursos financeiros diretamente arrecadados
281	Recursos de convênios
282	Restit. recursos de convênios e congêneres
300	Recursos ordinários
318	Contribuições sobre concursos de prognósticos
329	Recursos de concessões e permissões
334	Compensações financ.p/utiliz.de rec. hídricos
336	Rec. vinc. aplic. em outras políticas públicas
342	Compens.financ.p/expl.de petr. ou gás natural
350	Recursos não-financeiros diretam. arrecadados
351	Contr. social s/o lucro das pessoas jurídicas
353	Contribuição p/financiam. da seguridade social
355	Contrib. provisória s/movimentação financeira
374	Tx/mul. p/poder de polícia e mul. prov. proc. jud
380	Recursos financeiros diretamente arrecadados
382	Restit. Recursos de convênios e congêneres
386	Outras receitas vinculadas
386	Rec. vinc. aplic. políticas públicas específicas
388	Remuneração das disponib. do tesouro nacional
650	Recursos não-financeiros diretam. arrecadados
900	Recursos ordinários

Fonte: SIOPS.

Tabela A.2. Códigos e descrição das modalidades de aplicação da despesa em saúde (ASPS) da União

Código	Descrição
30	Transferências a Estados e ao Distrito Federal
31	Transferências a Estados e DF – Fundo a Fundo
32	Execução Orçamentária Delegada Aos Estados/DF
35	Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal Art. 24 LC 141/12
40	Transferências a Municípios
41	Transferências a Municípios – Fundo a Fundo
45	Transferências Fundo a Fundo a Municípios Art.24 LC 141/12
46	Transferências Fundo a Fundo aos Municípios art. 25 LC 141/12
50	Transferências a Inst. Privadas s/ fins lucrativos
70	Transferências a Instituições Multigovernamentais
71	Transferências a Consórcios Públicos
80	Transferências ao Exterior
90	Aplicações Diretas
91	Aplicações Diretas – Operações Intra-orçamentárias
95	Aplicação Direta Art. 24 LC 141/12
99	Reserva de Contingência

Fonte: SIOPS e Tesouro Nacional.

Tabela A.3. Códigos e descrição das receitas estado presentes na fase “receitas realizadas da base para cálculo do percentual de aplicação em ASPS”

Código	Classificação
I.0.00.00.00.00	Receitas Correntes
I.1.10.00.00.00	Impostos
I.1.12.00.00.00	Impostos sobre o Patrimônio e a Renda
I.1.12.01.00.00	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
I.1.12.02.00.00	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
I.1.12.04.00.00	Imposto de Renda Retido e Proventos de Qualquer Natureza
I.1.12.04.31.00	Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho – IRRF
I.1.12.04.34.00	Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre Outros Rendimentos
I.1.12.05.00.00	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA
I.1.12.07.00.00	Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos – ITCD
I.1.12.08.00.00	Imposto sobre a Transmissão “Inter Vivos” de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis – ITBI
I.1.13.00.00.00	Imposto sobre a Produção e a Circulação
I.1.13.02.00.00	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação – ICMS
I.1.13.02.01.00	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
I.1.13.02.02.00	Adicional ICMS – Fundo Estadual de Combate à Pobreza
I.1.13.05.00.00	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
I.1.13.05.01.00	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
I.1.13.05.02.00	Adicional ISS – Fundo Municipal de Combate à Pobreza
I.1.13.06.00.00	ISS / ICMS / SIMPLES – Lei Federal 9317 / 96 – Imposto sobre Serviços
I.7.00.00.00.00	Transferências Correntes
I.7.20.00.00.00	Transferências Intergovernamentais
I.7.21.00.00.00	Transferências da União
I.7.21.01.00.00	Participação na Receita da União
I.7.21.01.01.00	Cota-Parte do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal

Tabela A.3. Códigos e descrição das receitas estaduais presentes na fase “receitas realizadas da base para cálculo do percentual de aplicação em ASPS” (cont.)

Código	Classificação
1.7.21.01.02.00	Cota Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM – Parcela referente à CF, art 159, I, alínea b (Cota Mensal)
1.7.21.01.05.00	Cota Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.7.21.01.12.00	Cota-Parte do Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI-Exportação (Estados Exportadores de Produtos Industrializados)
1.7.21.36.00.00	Transferência Financeira do ICMS – Desoneração – LC N° 87/96 – LEI KANDIR
1.9.00.00.00.00	Outras Receitas Correntes
1.9.10.00.00.00	Multas e Juros de Mora
1.9.11.00.00.00	Multas e Juros de Mora dos Tributos
1.9.11.08.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.9.11.20.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos – ITCD
1.9.11.35.00.00	Multas e Juros de Mora da Taxa de Fiscalização e Vigilância Sanitária
1.9.11.36.00.00	Multas e Juros de Mora da Taxa de Saúde Suplementar
1.9.11.38.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
1.9.11.39.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos de Bens Imóveis – ITBI
1.9.11.40.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
1.9.11.41.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA
1.9.11.42.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS
1.9.11.44.00.00	Multas e Juros de Mora sobre o ISS / ICMS / SIMPLES
1.9.11.99.00.00	Multas e Juros de Mora de Outros Tributos
1.9.12.00.00.00	Multas e Juros de Mora das Contribuições
1.9.12.29.00.00	Multas e Juros de Mora das Contribuições Para o Regime Proprio de Previdência do Servidor
1.9.12.30.00.00	Multas e Juros de Mora das Contribuições Previdenciárias Para o Regime Geral de Previdência
1.9.12.99.00.00	Multas e Juros de Mora de Outras Contribuições
1.9.13.00.00.00	Multa e Juros de Mora da Dívida Ativa dos Tributos
1.9.13.08.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.9.13.11.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
1.9.13.12.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos de Bens Imóveis – ITBI
1.9.13.13.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
1.9.13.14.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA
1.9.13.15.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços – ICMS
1.9.13.20.00.00	Multa e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos – ITCD
1.9.13.25.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa sobre o ISS / ICMS / SIMPLES
1.9.30.00.00.00	Receita da Dívida Ativa
1.9.31.00.00.00	Receita da Dívida Ativa Tributária
1.9.31.04.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.9.31.11.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
1.9.31.12.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos de Bens Imóveis – ITBI
1.9.31.13.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
1.9.31.14.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA
1.9.31.15.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços – ICMS
1.9.31.20.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de Bens e Direitos – ITCD
1.9.31.21.00.00	Receita da Dívida Ativa do ISS / ICMS / SIMPLES

Tabela A.4. Códigos e descrição das receitas municipais presentes na fase “receitas realizadas da base para cálculo do percentual de aplicação em ASPS”

Código	Classificação
1.0.00.00.00.00	Receitas Correntes
1.1.10.00.00.00	Impostos
1.1.12.00.00.00	Impostos sobre o Patrimônio e a Renda
1.1.12.01.00.00	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.1.12.02.00.00	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
1.1.12.04.00.00	Imposto de Renda Retido e Proventos de Qualquer Natureza
1.1.12.04.31.00	Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho – IRRF
1.1.12.04.34.00	Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre Outros Rendimentos
1.1.12.08.00.00	Imposto sobre a Transmissão “Inter Vivos” de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis – ITBI
1.1.13.00.00.00	Imposto sobre a Produção e a Circulação
1.1.13.05.00.00	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
1.1.13.05.01.00	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
1.1.13.05.02.00	Adicional ISS – Fundo Municipal de Combate à Pobreza
1.1.13.06.00.00	ISS / ICMS / SIMPLES – Lei Federal 9317 / 96 – Imposto sobre Serviços
1.7.00.00.00.00	Transferências Correntes
1.7.20.00.00.00	Transferências Intergovernamentais
1.7.21.00.00.00	Transferências da União
1.7.21.01.00.00	Participação na Receita da União
1.7.21.01.02.00	Cota Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM – Parcela referente à CF, art. 159, I, alínea b (Cota Mensal)
1.7.21.01.05.00	Cota Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.7.21.36.00.00	Transferência Financeira do ICMS – Desoneração – LC Nº 87/96 – LEI KANDIR
1.7.22.00.00.00	Transferências dos Estados
1.7.22.01.00.00	Participação na Receita dos Estados
1.7.22.01.01.00	Cota-Parte do ICMS
1.7.22.01.02.00	Cota-Parte do IPVA
1.7.22.01.04.00	Cota-Parte do IPI sobre Exportação
1.9.00.00.00.00	Outras Receitas Correntes
1.9.10.00.00.00	Multas e Juros de Mora
1.9.11.00.00.00	Multas e Juros de Mora dos Tributos
1.9.11.08.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.9.11.38.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
1.9.11.39.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos de Bens Imóveis – ITBI
1.9.11.40.00.00	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
1.9.11.44.00.00	Multas e Juros de Mora sobre o ISS / ICMS / SIMPLES
1.9.13.00.00.00	Multa e Juros de Mora da Dívida Ativa dos Tributos
1.9.13.08.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.9.13.11.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
1.9.13.12.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos de Bens Imóveis – ITBI
1.9.13.13.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
1.9.13.25.00.00	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa sobre o ISS / ICMS / SIMPLES
1.9.30.00.00.00	Receita da Dívida Ativa
1.9.31.00.00.00	Receita da Dívida Ativa Tributária
1.9.31.04.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – ITR
1.9.31.11.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU
1.9.31.12.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos de Bens Imóveis – ITBI
1.9.31.13.00.00	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS
1.9.31.21.00.00	Receita da Dívida Ativa do ISS / ICMS / SIMPLES

Fonte: SIOPS

