

Desigualdade em gastos municipais em saúde no Brasil e mecanismos redistributivos: uma análise longitudinal para o período 1998-2018

Rudi Rocha, Michel Szklo

RESUMO

Neste artigo os autores analisam a evolução dos gastos municipais e da equidade no financiamento municipal da saúde no Brasil entre 1998-2018. Observou-se um avanço na equidade coincidente com a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB) e a Emenda Constitucional 29 do ano 2000. A queda na desigualdade, no entanto, perde força no início dos anos 2010. Além disso, observou-se que as desigualdades persistem entre municípios com alta versus baixa capacidade de arrecadação. Documentou-se também que o arrefecimento da queda na desigualdade, principalmente das transferências federais, ocorre apesar do esforço equalizador presente na reforma da PNAB de 2011 e da redefinição dos valores do PAB fixo. O montante de recursos redistribuído não foi o suficiente para promover mudanças relevantes no gasto em saúde e para promover mais equidade.

Palavras-chave: gastos em saúde, financiamento, transferências governamentais, desigualdade, redistribuição.

ABSTRACT

In this paper we assess trends in health expenditures and equity in health financing across Brazilian municipalities over the period 1998-2018. We document improvements in equity occurred in tandem with the introduction of the Piso da Atenção Básica (PAB) and the 29th Constitutional Amendment of 2000. Yet, the reduction in inequality faded by the beginning of the 2010s. Moreover, we observe that inequalities persist among municipalities with high and low fiscal capacity. We also document that the reduction in inequality fades despite the equalizing efforts of the PNAB reform that redefined the PAB fixo. Redistribution of resources introduced via PAB fixo was not sufficiently effective for relevant changes in equity.

Keywords: health spending, financing, intergovernmental transfers, inequality, redistribution.

Revista da Rede APS 2021

Publicada em: 01/04/2021

DOI:10.14295/aps.v3i1.178

Rudi Rocha
(Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil)
(Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, São Paulo, SP, Brasil)

Michel Szklo
(Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil)

Correspondência para:

Rudi Rocha
rudirocha.ie@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem contribuído para a redução das desigualdades no acesso a serviços de saúde e para melhorias significativas em indicadores de saúde da população brasileira (Castro et al., 2019). A criação e o contínuo desenvolvimento do SUS foram acompanhados por aumentos no financiamento e no gasto em saúde, e por uma importante descentralização desse gasto, com os municípios assumindo um papel cada vez mais relevante para o avanço da capilaridade do sistema em geral, e para a provisão de serviços de atenção primária, em particular (Piola, 2017; Bhalotra et al., 2018).

Apesar dos avanços inequívocos que o SUS traz à sociedade brasileira, o sistema segue reconhecidamente subfinanciado e poderá enfrentar um cenário ainda mais severo de restrição de gastos nas próximas décadas (Rocha et al. 2021). Neste artigo discutimos uma camada a mais de preocupação com relação ao financiamento do SUS, e que pode trazer consequências bastante adversas para a provisão de atenção primária. Por um lado, apesar de existir um sistema único no país, as fontes de financiamento da saúde são em grande medida locais e têm implicado em desigualdade dos gastos per capita entre municípios. Por outro lado, inovações constitucionais e mecanismos de transferência federal, apesar de relevantes, não têm sido suficientemente eficazes na mitigação destas desigualdades. O aperto das restrições fiscais em curso, principalmente federais, pode agravar esse quadro.

A estrutura do financiamento da saúde nos municípios tem sido moldada essencialmente por dois vetores. Destacam-se em primeiro lugar as transferências federais e o Piso da Atenção Básica (PAB), criado em 1997 pela Portaria MS/GM nº 1.882, que introduziu transferências diretas e regulares da União aos municípios, rompendo com a lógica vigente de pagamento

por procedimento, modelo que dava ênfase ao financiamento da doença e não à atenção integral à saúde, e que concentrava recursos nos municípios com melhor infraestrutura de saúde (Machado et al., 2004). O PAB é composto por uma parte variável, que incentiva por adesão ações de saúde, vigilância sanitária e epidemiológica; e uma parte fixa, direcionada de maneira mais geral à cobertura de atenção básica e por muito tempo computada com base em critérios populacionais. Mais recentemente, a reforma da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2011, na tentativa de promover maior equidade no gasto, redefiniu o valor das transferências do PAB fixo com base no tamanho da população e indicadores socioeconômicos dos municípios.¹

Em segundo lugar, uma parte relevante do gasto municipal é financiado com recursos próprios e oriundos de outras transferências. Em particular, a Emenda Constitucional 29 do ano 2000 (EC/29) estabeleceu um percentual mínimo de recursos próprios que municípios devem gastar em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), o que trouxe mais recursos à saúde e promoveu maior participação dos estados e municípios no financiamento da saúde (Piola et al. 2013). Por ser uma proporção de receitas correntes, essa fonte de financiamento é positivamente relacionada ao porte do município e pode oscilar conforme o ciclo econômico.

Neste artigo realizamos, em primeiro lugar, uma caracterização da desigualdade do gasto municipal per capita em saúde para o período de 1998-2018, e discutimos em que medida a composição do financiamento, entre transferências federais e recursos próprios, têm contribuído para diferenças observadas em gastos entre municípios. Em segundo lugar, avaliamos em que medida a reforma redistributiva promovida pela reforma da PNAB de 2011, que incorporou indicadores socioeconômicos para o cálculo do repasse

¹ Os novos valores do PAB fixo foram consolidados pela portaria GM/MS nº 1.602, de 9 de julho de 2011. O indicador socioeconômico varia de 0-10 e é composto por: PIB per capita, percentual da

população beneficiado pelo Programa Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza, percentual da população coberta por seguro de saúde, densidade demográfica.

federal pelo PAB fixo, afetou os gastos municipais em saúde. Estes exercícios têm como objetivo contribuir para o debate sobre equidade e mecanismos de mitigação de desigualdade no financiamento em saúde no Brasil, bem como reforçar a importância da discussão sobre estratégias de compensação para os diferenciais de arrecadação e de necessidades em saúde entre municípios brasileiros.

MÉTODOS E DADOS

BASE DE DADOS

Construímos uma base de dados longitudinal de municípios com observações anuais para o período de 1998 a 2018. Para as informações sobre receitas e gastos municipais em saúde, combinamos dados de receitas correntes totais (1998-2018) e despesas totais em saúde (1998-2018) disponíveis no FINBRA/Ministério da Economia; com dados de gastos totais em saúde, gastos financiados por recursos próprios e gastos financiados por recursos de transferências intergovernamentais (2000-2018), disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Para as informações sobre transferências intergovernamentais em saúde, coletamos dados de transferências fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde (2000-2017), onde conseguimos observar o total de recursos transferidos a um dado município, separados entre recursos do PAB Fixo, PAB Variável e demais transferências. Ademais, coletamos dados da população residente no município com base nas estimativas utilizadas pelo TCU para determinar as cotas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e disponibilizadas no DATASUS. Todos os valores monetários foram

convertidos para valores per capita constantes em reais de 2018 com base no IPCA.

MÉTODOS

Evolução da desigualdade de gastos em saúde

Realizamos uma análise descritiva da evolução do gasto. Calculamos médias das diversas medidas de gastos municipais per capita e avaliamos graficamente suas trajetórias anuais. Para a análise de desigualdade, calculamos o Índice de Gini para as medidas de gastos em saúde per capita.

Impacto da reforma da PNAB sobre gastos em saúde

Avaliamos o impacto da redefinição do valor do PAB fixo sobre o gasto municipal per capita total graficamente e através de métodos econométricos. A reforma da PNAB de 2011 redefiniu os valores do PAB fixo per capita. A transferência, que antes seguia um valor fixo per capita para todos os municípios, passou a ser baseada também em um indicador socioeconômico. Os municípios foram classificados em quatro grupos, que receberiam valores per capita diferentes.

A Tabela 1 apresenta os valores per capita e critérios para cada um desses grupos. Ao restringirmos a amostra para municípios com até 50.000 habitantes,² a classificação dos municípios em grupos e, por consequência, o estabelecimento do valor da transferência, passam a depender apenas do indicador socioeconômico – que nos fornece três pontos de corte: 4,82; 5,40; 5,85.

² Em 2011, 4954 municípios, 89% do total, tinham população de até 50.000 habitantes.

Tabela 1 - Valores do PAB Fixo per capita

Grupo	R\$ Per Capita	Critério
I	23	Municípios com indicador socioeconômico menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes
II	21	Municípios com indicador socioeconômico entre 4,82 e 5,40 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com indicador socioeconômico menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes
III	19	Municípios com indicador socioeconômico entre 5,40 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com indicador socioeconômico menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes
IV	18	Municípios não contemplados nos itens anteriores

Notas: elaboração dos autores com base na Portaria GM/MS no 1,602 de 9 de julho de 2011.

A comparação dos municípios no entorno dessas cortes nos permite estimar o impacto causal da redistribuição de recursos via PAB fixo sobre o gasto total em saúde. A intuição por trás desta estimação se baseia na hipótese de que os municípios são muito parecidos no entorno próximo a cada corte, que separa arbitrariamente municípios em grupos de controle e tratamento – verificamos que os grupos são balanceados do ponto de vista estatístico em termos de características observáveis e não observáveis. Através de regressões lineares locais, identificamos então em que medida a redefinição dos valores transferidos pelo PAB fixo está associada a variações no gasto total municipal per capita. Ou seja, em última instância comparamos o diferencial de gastos (variável dependente) entre grupo de controle e tratamento, definidos pelo corte estabelecido pela regar (variável dummy independente).

Mais especificamente, a estratégia empírica que utilizamos segue de perto metodologia empregada em Hahn et al. (2001), Imbens e Lemieux (2008) e Litschig e Morrison (2013). Focamos a análise na primeira e na segunda descontinuidade em função do pequeno número de observações no entorno da terceira descontinuidade (corte de 5,85). Com intuito de

aumentar o poder estatístico da análise, realizamos regressões combinando as duas primeiras descontinuidades. Como discutido em Litschig e Morrison (2013), para que os parâmetros estimados sejam interpretáveis, essa combinação requer que a intensidade de tratamento em cada descontinuidade seja de magnitude semelhante, o que é verificado em nosso caso. A limitação da estratégia empírica, assim como em qualquer estudo de regressões descontínuas, é que os resultados e a interpretação se aplicam apenas aos municípios ao entorno das descontinuidades.

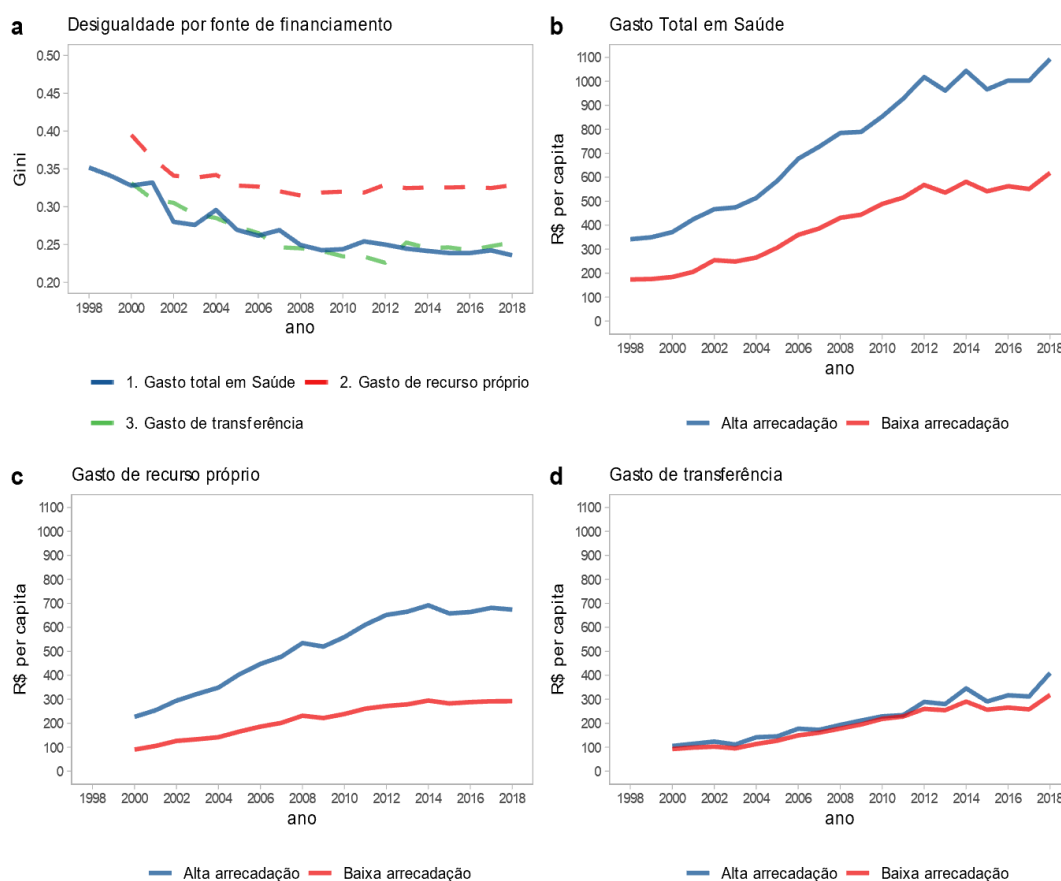
RESULTADOS

Nesta subseção descrevemos a evolução da desigualdade de gastos em saúde e por fonte de financiamento (recursos próprios ou transferências). A Figura 1 apresenta quatro gráficos. No primeiro deles (Figura 1a), mostramos a evolução dos coeficientes de Gini calculados para (i) o gasto total per capita em saúde; (ii) o gasto per capita financiado por transferências, onde estão incluídos o PAB variável e o fixo; e (iii) o total per capita financiado por recursos próprios. Do final dos anos 1990 ao fim dos anos 2000, a desigualdade

no gasto total per capita total caiu consideravelmente, de um coeficiente de Gini de aproximadamente 0,35 para 0,25. Esse movimento ocorreu principalmente nos primeiros anos da década de 2000, perdendo velocidade nos anos 2010. A queda na desigualdade dos gastos ocorre tanto na série de recursos próprios quanto em transferências. No primeiro caso, a queda é concentrada nos primeiros anos da década de 2000 e responde

em grande medida ao crescimento dos gastos promovido pela Emenda Constitucional 29 do ano 2000 (EC/29), que induziu o aumento relativo do gasto per capita entre os municípios que gastavam menos em saúde, abaixo de 15% da receita corrente. No caso das transferências, a queda da desigualdade se prolonga de modo consistente até 2012.

Figura 1 – Evolução do Gasto Per Capita em Saúde e Desigualdade



Nota: elaboração dos autores com base nos dados da Finbra (gasto total em saúde) e SIOPS (gasto de recurso próprio e gasto de transferência).

Os demais gráficos da Figura 1 reforçam a função equalizadora das transferências. Classificamos os municípios em dois grupos, aqueles que possuem alta arrecadação e

aqueles que possuem baixa arrecadação.³ Essa separação nos auxilia a analisar a relevância das transferências e dos recursos próprios no financiamento do gasto em saúde. Durante todo

³ Os municípios com receitas correntes acima da mediana foram classificados como de “alta

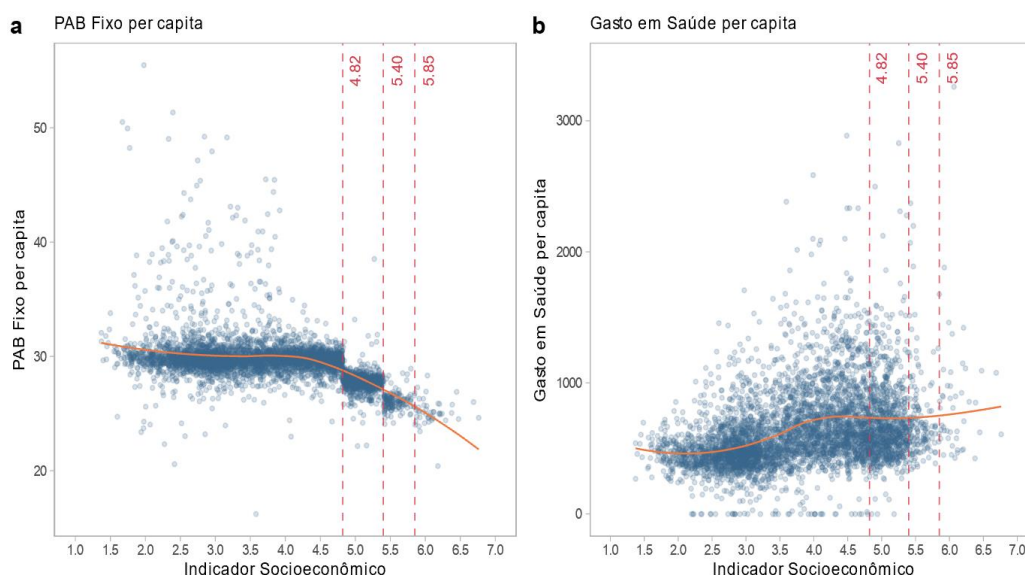
arrecadação” e os municípios abaixo da mediana como de “baixa arrecadação”.

o período da análise, os municípios de alta arrecadação incorrem em despesas totais per capita cerca de duas vezes maior que os municípios de baixa arrecadação. Notamos que a diferença na despesa total em saúde é explicada pelo gasto financiado por recursos próprios. Em média, municípios com alta vs baixa arrecadação têm despesas de transferências muito semelhantes. Isso é esperado já que a captação do recurso é feita em base per capita populacional. O maior componente das transferências consiste no PAB variável, contribuindo cerca de 70%.

A Figura 1, portanto, reporta um avanço de equidade no financiamento municipal da saúde. No entanto, este movimento perdeu força e as desigualdades persistem. Importante notar que o arrefecimento da queda na desigualdade, principalmente nas transferências, ocorre apesar do esforço equalizador presente na reforma da PNAB de 2011 e da redefinição dos valores do PAB fixo. A Figura 2 sugere que esta redefinição teve impactos muito limitados, ou praticamente nulos, sobre o financiamento da

saúde. A Figura 2a apresenta a relação entre os valores de PAB fixo transferidos em 2011 e o indicador socioeconômico para a amostra de municípios de até 50.000 habitantes. As linhas horizontais correspondem aos cortes socioeconômicos estabelecidos pela redefinição do PAB fixo. Observamos claramente a descontinuidade nas transferências, com municípios com indicadores socioeconômicos mais baixos recebendo valores per capita mais altos. Já a Figura 2b apresenta os gastos em saúde per capita totais vs o indicador socioeconômico. A ausência de descontinuidade na série sugere que as descontinuidades definidas para o PAB fixo não foram grandes o suficiente para afetar o gasto total em saúde per capita. De fato, observamos que a ordem de magnitude das escalas dos dois gráficos é substancialmente diferente. Apesar do esforço redistributivo, a redefinição do PAB fixo implicou em uma redistribuição muito reduzida à luz dos gastos totais per capita. A variação em cerca de R\$ 2 per capita representa menos de 2% do montante total que é em média transferido aos municípios.

Figura 2 – Relação entre Indicador Socioeconômico, PAB Fixo e Gastos per Capita Totais em Saúde (2011)

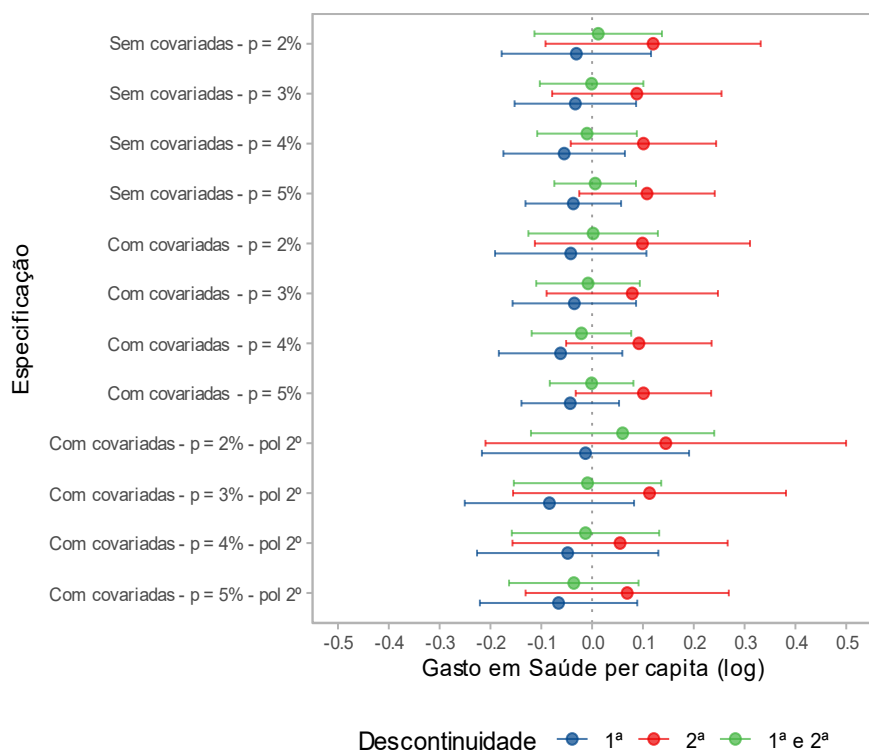


Nota: elaboração dos autores com base nos dados da FNS (PAB Fixo) da Finbra (Gasto em Saúde per capita) e portaria GM/MS no 1,602 de 9 de julho de 2011 (índice socioeconômico).

Os resultados dos modelos econométricos corroboram a interpretação visual dos dados reportados na Figura 2. A Figura 3 apresenta os pontos estimados e intervalos de confiança de 95% para diversas especificações baseadas em nosso modelo de regressão descontínua, no qual o gasto total per capita em saúde é regredido em uma variável dummy que indica o grupo de tratamento, ao lado esquerdo dos cortes de descontinuidade. Rodamos uma série de modelos diferentes – ajustando por controles, polinômios na distância para os cortes, e tamanho da amostra em torno das

descontinuidades. Os coeficientes estimados são consideravelmente estáveis às diferentes especificações e em todos os casos indicam a ausência de efeito sobre gasto total em saúde. Apesar de reforma da PNAB ter sido desenhada em parte para promover uma distribuição menos desigual de recursos, favorecendo os municípios em condições socioeconômicas menos favoráveis, o montante de recursos distribuído não foi suficientemente grande para promover mudanças relevantes no gasto em saúde.

Figura 3 – Resultado de Regressões Descontínuas: Diferenciais no Gasto Total per Capita no Entorno dos Primeiros Cortes: Resultados para Diferentes Especificações



Nota: o gráfico apresenta o impacto da redistribuição de recursos via PAB fixo sobre o gasto total em saúde. Os pontos do gráfico correspondem aos pontos estimados pelos modelos econométricos e as barras correspondem ao intervalo de confiança de 95%. O valor *p* corresponde à distância percentual aos pontos de descontinuidade. Quanto maior o *p*, maior o tamanho da amostra utilizada para estimar o modelo.

DISCUSSÃO

Neste artigo documentamos um avanço de equidade no financiamento municipal da saúde

entre municípios brasileiros desde o início dos anos 2000. Este avanço coincide com a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB), criado em 1997 pela Portaria MS/GM no 1.882,

e da Emenda Constitucional 29 do ano 2000 (EC/29), que estabeleceu um percentual mínimo de recursos próprios que municípios devem gastar em ações e serviços públicos de saúde. Este avanço, no entanto, perde força no início dos anos 2010. Além disso, observamos que as desigualdades persistem. Municípios de alta arrecadação incorrem em despesas totais per capita em saúde cerca de duas vezes maiores que os municípios de baixa arrecadação. Esta diferença é explicada pelo gasto financiado por recursos próprios.

Documentamos também que o arrefecimento da queda na desigualdade, principalmente nas transferências, ocorre apesar do esforço equalizador presente na reforma da PNAB de 2011 e da redefinição dos valores do PAB fixo. De fato, as análises descritiva e econométrica indicam que o montante de recursos distribuído não foi o suficiente para promover mudanças relevantes no gasto em saúde e para promover mais equidade.

O desafio da desigualdade no financiamento é não apenas transversal a ações de políticas de saúde em nível local, como também fundamental para a garantia mais ampla de equidade em acesso e na qualidade de serviços públicos no país. Como mencionado em Arretche (2019), muito embora exista um conjunto de mecanismos fiscais orientados a reduzir desigualdades entre entes subnacionais no Brasil, a compensação tem sido limitada e está longe de privilegiar as unidades que concentram maiores necessidades. No caso da saúde, especificamente, este desafio tem consequências diretas sobre equidade no acesso e na qualidade da atenção primária em saúde, uma das fundações mais importantes do SUS, já que a alocação de recursos e a execução das políticas são essencialmente municipais.

Não menos importante, a sustentabilidade do financiamento e a trajetória da desigualdade nos gastos em saúde são suscetíveis ao ciclo econômico e à capacidade fiscal dos municípios. Isso ocorre, em particular, na medida em que as transferências federais são relativamente limitadas no orçamento municipal e podem ser ainda mais reduzidas nos próximos anos – tanto

pela continuidade do teto de gastos federal como por novas reformas nos mecanismos de financiamento da atenção primária, como propostas pelo programa PREVINE Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Se tal força equalizadora perde força, e os municípios com baixa capacidade de arrecadação própria experimentarem perda de dinamismo nos próximos anos, devemos esperar à frente aumento na desigualdade. Desde já se torna importante a discussão de mecanismos mais efetivos de redistribuição dos recursos para a saúde no país. Essa pode ser uma oportunidade para introduzirmos alguma coordenação entre mecanismos de redistribuição de recursos entre municípios e incentivos que induzam maior integração da atenção primária local a serviços de mais alta complexidade, bem como a redes de atenção pactuadas em nível regional.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. Transferências fiscais no Brasil. In: Menezes Filho, Naercio e Souza, André Portela. (Org.). *A Carta*. Para entender a Constituição Brasileira. 1ed. São Paulo: Todavia, 2019, v. 1, p. 53-81.

BHALOTRA, Sonia; ROCHA, Rudi; SOARES, Rodrigo R. Does Universalization of Health Work? Evidence from Health Systems Restructuring and Expansion in Brazil. *IZA Discussion Papers*, n. 12111, 2019.

CASTRO, Marcia C; MASSUDA, Adriano; ALMEIDA, Gisele; et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, v. 6736, n. 19, p. 1–12, 2019.

HAHN, J., TODD, P., & VAN DER KLAUW, W. Identification and estimation of treatment effects with a regression-discontinuity design. *Econometrica*, 69(1), 201-209, 2001

IMBENS, G. W., & LEMIEUX, T. Regression discontinuity designs: A guide to practice. *Journal of Econometrics*, 142(2), 615-635, 2008

LITSCHIG, Stephan; MORRISON, Kevin M. The Impact of Intergovernmental Transfers on Education Outcomes and Poverty Reduction. *American Economic Journal: Applied Economics*, v. 5, n. 4, p. 206–240, 2013.

MACHADO, E. N. D. M., FORTES, F. B. C. T. P., & SOMARRIBA, M.. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 99-111, 2004

PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andrea Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; et al. Financiamento público da saúde: Uma história a procura de rumo. *Texto para Discussão*. Ipea, p. 46, 2013.

PIOLA, S. F. Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar no 141/2012 (No. 2298). *Texto para Discussão*. Ipea, 2017.

ROCHA, R., FURTADO, I., & SPINOLA, P. Financing Needs, Spending Projection, and the Future of Health in Brazil. *Health Economics*, 2021.