


Análise das mudanças dos gastos públicos com saúde no Peru durante a pandemia de covid-19


Analysis of changes in public spending on health in Peru during the COVID-19 pandemic

Miguel Armando Zúñiga-Olivares^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7233-7468>


E-mail: mzunigao@alumni.usp.br

Áquilas Mendes^{a,c}

 <https://orcid.org/0000-0002-5632-4333>

E-mail: aquilasmendes@usp.br

Leonardo Carnut^b

 <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>

E-mail: leonardo.carnut@fm.usp.br

^a Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.

^b Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

^c Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Objetivos. Analisar as mudanças dos gastos públicos com saúde no Peru durante a pandemia de covid-19. **Métodos.** Estudo descritivo, de corte transversal. Os gastos com saúde foram analisados através da execução orçamentária da Função Saúde entre 2019 e 2022. Eles foram separados por tipo de gasto, nível de governo, fonte de financiamento, categoria orçamentária e gastos genéricos. **Resultados.** Os gastos com saúde aumentaram 28,1%, 38,7% e 33,9% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019. Os gastos específicos com covid-19 representaram 23,5%, 27,5% e 14,7% dos gastos com saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente. Durante a pandemia, os gastos com saúde foram financiados principalmente por recursos ordinários e recursos provenientes de operações oficiais de crédito, e foram destinados principalmente para pessoal e obrigações sociais, contrato administrativo de serviços e dispositivos médicos. Além disso, os gastos com programas orçamentários foram reduzidos, afetando até 9 programas. **Conclusões.** Os gastos públicos com saúde sofreram um aumento significativo durante a pandemia. Eles responderam a uma demanda contingente e temporária, de modo que não seriam sustentáveis após o período de Emergência Nacional de Saúde se mudanças estruturais não fossem feitas no financiamento da saúde.

Palavras-chave: Gastos em Saúde; Gastos Públicos com Saúde; Financiamento dos Sistemas de Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; covid-19.

Correspondência

Miguel Armando Zúñiga Olivares.

E-mail: mzunigao@alumni.usp.br.

Rua Francisco dos Santos 142, Jardim Rizo, Butantã, CEP: 05587-050, São Paulo, Brasil. Telefone: 11978271760.

Abstract

Objectives. To analyze changes in public spending on health in Peru during the covid-19 pandemic. **Methods.** Descriptive study, cross-sectional. Health expenditure was analyzed through the budgetary execution of the Health Function in the period 2019-2022. This was disaggregated by type of expenditure, level of government, source of financing, budget category and generic expenditure. **Results.** Health spending increased by 28.1%, 38.7% and 33.9% in 2020, 2021 and 2022, respectively, compared to 2019. Specific spending on covid-19 accounted for 23.5%, 27.5% and 14.7% of health spending in 2020, 2021 and 2022, respectively. During the pandemic, health expenditure was financed mainly by regular resources and official credit operations, and was spent mainly on personnel and social obligations, administrative services contract and medical supplies. In addition, spending on budget programmes was reduced, affecting up to 9 programmes. **Conclusions.** Public spending on health increased significantly during the pandemic. This responded to a contingent and temporary demand, so it would not be sustainable after the National Health Emergency, if structural changes are not made in health financing.

Keywords: Health Expenditures; Public Expenditures on Health; Health System Financing; Healthcare Financing; covid-19.

Introdução

Os países da América Latina e Caribe (ALC) estavam particularmente vulneráveis à pandemia de covid-19, devido aos seus altos níveis de pobreza e informalidade laboral e à precariedade dos seus sistemas de proteção social e baixa capacidade de resposta sanitária, que se manifestou nos elevados níveis de excesso de mortalidade e em maiores gastos de bolso em saúde (Cid; Marinho, 2022). Este último foi condicionado pelos problemas estruturais dos seus sistemas públicos de saúde, como a segmentação e a fragmentação, o subfinanciamento e a distribuição desigual dos recursos, bem como pela sua dependência tecnológica e produtiva, principalmente para medicamentos e vacinas, afetados por décadas de políticas neoliberais (Cid; Marinho, 2022; Martínez-Gómez; Parraguez-Camus, 2021).

Com a chegada da pandemia na ALC, em fevereiro de 2020, os governos desses países começaram a aumentar o financiamento público destinado à saúde na tentativa de recuperar rapidamente a sua capacidade de resposta sanitária para prevenir e controlar a covid-19 e mitigar seus efeitos sociais e econômicos (Cid; Marinho, 2022). No entanto, isso não foi suficiente e nem adequado, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) já tivesse pedido diversas vezes aos países que se preparassem para futuras epidemias (Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación, 2019).

Desde a década de 1980, vários governos na ALC foram reorientando o papel do Estado para a implementação de políticas neoliberais, em conformidade com as diretrizes do “Consenso de Washington” (austeridade fiscal, liberalização do capital e do trabalho, privatização etc.), conforme sua inclusão na economia mundial, como países de capitalismo dependente (Diehl; Mendes, 2020; Martínez-Gómez; Parraguez-Camus, 2021). Estas políticas intensificaram a ofensiva contra os direitos sociais, atuando como contrarreformas, enfraquecendo os incipientes sistemas de proteção social da ALC de forma sistemática e aumentando as desigualdades sociais (Diehl; Mendes, 2020; Martínez-Gómez; Parraguez-Camus, 2021). Além disso, introduziram a lógica de mercado nos sistemas públicos de saúde, aprofundando a

segmentação, a fragmentação e o subfinanciamento – e o desfinanciamento – e promovendo diversas formas de privatização e mecanismos de transferência de recursos públicos para o setor privado (Franco-Giraldo, 2014; Martínez-Gómez; Parraguez-Camus, 2021).

O sistema de saúde peruano foi construído historicamente como um sistema segmentado e fragmentado, coexistindo com vários subsistemas públicos de saúde, provenientes dos ministérios de Saúde, Trabalho, Interior, Defesa e Justiça, direcionados a diversos segmentos da população, de acordo com sua condição socioeconômica ou laboral, e múltiplos prestadores de serviços de saúde públicos, administrados pelo Ministério da Saúde (MINSA) e Governos Regionais, Seguro Social de Saúde (EsSalud), Polícia Nacional do Peru (PNP), Forças Armadas (F.A.) e Instituto Nacional Penitenciário, com pouca integração entre eles (Alcalde-Rabanal; Lazo-González; Nigenda, 2011). Na província de Lima, o MINSA continua administrando os serviços públicos de saúde. Alguns Governos Locais têm sua própria rede de serviços de saúde, como o Sistema Metropolitano de Solidariedade, que tem pouca integração com os demais subsistemas públicos de saúde.

Nas últimas décadas, o sistema de saúde peruano foi se (sub)desenvolvendo com base nas disposições da Constituição Política do Peru, de 1993, e nas leis subsequentes durante a década de 1990. A Constituição não reconhece a saúde como um direito fundamental nem o dever do Estado sobre ela, e salienta que: “*O Estado determina a política de saúde nacional [...] para facilitar o acesso equitativo aos serviços de saúde para todos. [...] garante o livre acesso a prestações de saúde e a pensões, através de entidades públicas, privadas ou mistas*” (Peru, 1993).

Além disso, em 1997 foi decretada a Lei nº 26842, Lei Geral de Saúde, que estabeleceu a responsabilidade compartilhada pela saúde individual entre a pessoa, a sociedade e o Estado (no mesmo nível para todos) e o interesse público na prestação de serviços de saúde, qualquer que seja a entidade que os preste (que pode ser pública ou privada); também destacou que o Estado promove o seguro universal e garante a livre escolha dos sistemas previdenciários de saúde. Nesse mesmo ano, foi decretada a Lei nº 26790, Lei de

Modernização da Previdência Social, que estabeleceu a complementaridade do Seguro Social de Saúde (EsSalud) com planos de saúde fornecidos pelas Entidades Prestadoras de Saúde (setor privado), que recebem um crédito de 25% da contribuição social obrigatória por trabalhador.

Sob este marco regulatório, as diversas reformas setoriais subsequentes foram aprofundando a segmentação e a fragmentação na saúde, e implementando o modelo de seguro em saúde, ao mesmo tempo que manteve o *statu quo* do subfinanciamento público e abriu o caminho para a transferência de recursos financeiros públicos para o setor privado (Eibenschutz *et al.*, 2014; Sánchez-Moreno, 2014). Assim, no Peru, bem como na maioria dos países da AL, a concepção da saúde predominante estava sob a lógica de mercado, onde a prioridade do Estado era garantir esse tipo de funcionamento, através do modelo de seguro em saúde (Eibenschutz *et al.*, 2014; Franco-Giraldo, 2014).

Em 2009, foi decretada a Lei nº 29344, Lei de Seguro Universal em Saúde, que estabeleceu um sistema com diversos seguros de saúde, públicos e privados, chamados de Instituições Administradoras de Fundos de Seguro em Saúde (IAFAS), como o Seguro Integral de Saúde (SIS), EsSalud, Entidades Prestadoras de Saúde, empresas de seguros de saúde particulares etc., vários regimes de financiamento (subsidiado, contributivo e semi-contributivo) e diferentes planos de seguro em saúde (Plano Essencial de Seguro de Saúde [PEAS], planos complementares e planos específicos). Assim, a virada para um sistema de saúde baseado em esquemas de seguro foi consolidada, com uma maior segmentação e fragmentação do financiamento público, maior abertura para a participação de entidades privadas e uma maior desigualdade nas coberturas de prestações de saúde (Castro, 2009; Eibenschutz *et al.*, 2014).

Em 2013, foi realizada uma reforma no setor da saúde, com o objetivo de fortalecer a política de Seguro Universal em Saúde. Nesse ano, foram emitidos vários decretos legislativos para consolidar a governança a favor do Seguro Universal em Saúde. O Decreto Legislativo nº 1158 fortaleceu o papel da Superintendência Nacional de Saúde, especificando suas funções reguladoras,

supervisão e fiscalização sobre os agentes do Asseguramento Universal em Saúde sob sua jurisdição. O Decreto Legislativo nº 1173 e o Decreto Legislativo nº 1174, ordenaram a adequação da organização e funcionamento dos fundos de saúde da PNP e das F.A. para as IAFAS públicas, respectivamente. Além disso, em 2016, foi emitido o Decreto Supremo nº 010-2016-SA, que ordenou a desintegração vertical das IAFAS públicas, através da separação administrativa e contábil das suas partes seguradora e prestadora de serviços de saúde, sob o pressuposto de uma gestão mais eficiente dos recursos financeiros.

Embora a política de Asseguramento Universal em Saúde e a reforma do setor da saúde de 2013 tivessem objetivos semelhantes (garantir o direito pleno e progressivo de cada pessoa à previdência social em saúde, e garantir o acesso, oportunidade e qualidade dos serviços de saúde, respectivamente), não houve financiamento público suficiente para estes fins. Entre 2000 e 2019, os gastos públicos com saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB) aumentaram 1 ponto percentual (p.p.), passando de 2,3% para 3,3%, mantendo-se abaixo do recomendado pela OMS (>6%), e abaixo também do gasto médio da ALC (4%). Enquanto isso, o gasto de bolso em saúde como percentual do gasto total com saúde diminuiu 12 p.p., passando de 40,3% para 28,1%, semelhante ao gasto médio da ALC (28,4%), mas mantendo-se acima do recomendado pela OMS (<20%) (OMS, 2010; The World Data Bank, 2021).

Consequentemente, o subfinanciamento público continuou sendo um problema estrutural que, juntamente com a segmentação e a fragmentação, condicionou a persistência de várias lacunas de recursos de saúde, como infraestrutura, equipamento biomédico, recursos humanos, medicamentos etc., que, por sua vez, limitaram o acesso, a oportunidade e a qualidade dos serviços de saúde, fatos que foram repetidamente alertados - antes da pandemia - pela Controladoria-Geral da República, pela Defensoria Pública e pelo próprio MINSA (Contraloría General de la República, 2019; Defensoría del Pueblo, 2017; Perú, 2020).

No dia 11 de março de 2020, o Governo Nacional declarou estado de Emergência Nacional de Saúde e estabeleceu medidas de prevenção e controle para evitar a disseminação da covid-19, através do Decreto Supremo nº 008-2020-SA. Nesse cenário,

e nessas condições de precariedade, o sistema de saúde peruano teve que se preparar rapidamente e começar a luta contra a pandemia de covid-19.

Este estudo tem o objetivo de analisar as mudanças nos gastos públicos com saúde no Peru, durante a pandemia de covid-19, através da análise da execução orçamentária da Função Saúde, entre 2019 e 2022.

Métodos

Este estudo é do tipo descritivo, de corte transversal. A execução orçamentária da Função Saúde foi analisada, a nível de gasto acumulado, entre os anos de 2019 e 2022. A execução orçamentária a nível de acúmulo é o gasto que afeta de forma definitiva o orçamento das entidades públicas no exercício fiscal.

Os dados foram extraídos do módulo “Gasto Orçamentário (Atualização Diária)” do “Acompanhamento da Execução Orçamentária (Consulta Amigável)” do Portal de Transparência Econômica do Ministério da Economia e Finanças.

Os valores nominais da execução orçamentária foram convertidos (deflacionados) para valores reais, em soles (moeda peruana) constantes de 2019, para que pudessem ser comparados. Para isso, foi utilizado o índice de preços ao consumidor para o período entre 2019 e 2022, de acordo com o relatório do Banco Central de Reserva do Peru.

A análise do gasto foi separada por tipo de gasto (atividades e projetos), nível de governo (Governo Nacional, Regionais e Locais), fonte de financiamento (recursos ordinários [RO], recursos provenientes de operações oficiais de crédito [ROOC], doações e transferências [D&T], recursos arrecadados diretamente [RDR] e recursos determinados [RD]), categoria orçamentária (programas orçamentários, alocações orçamentárias que não resultam em produtos [APNOP] e ações centrais), e gastos genéricos (pessoal e obrigações sociais, pensões e outras prestações sociais, bens e serviços, doações e transferências, outros gastos e aquisição de ativos não financeiros). Além disso, os gastos foram separados por departamento, divididos por sua população, de acordo com o relatório do Instituto Nacional de Estatística e Informática, para analisar os gastos per capita por departamento.

É importante esclarecer que RO são receitas provenientes principalmente da arrecadação tributária, ROOC são receitas provenientes principalmente da dívida pública, RDR são receitas geradas pelas entidades públicas principalmente pela prestação de serviços, D&T são receitas recebidas pelas entidades públicas principalmente através de doações ou transferências financeiras de outras entidades públicas, governos ou organizações internacionais, e RD são receitas provenientes principalmente de taxas e excesso de taxas, royalties, receitas aduaneiras e participações.

Para complementar, foi analisada a execução orçamentária da Função Saúde específica para a covid-19, seguindo o mesmo procedimento descrito nos parágrafos anteriores. Os dados foram extraídos do módulo “Consulta Amigável Covid-19” do “Acompanhamento da Execução Orçamentária (Consulta Amigável)” do Portal de Transparência Econômica do Ministério da Economia e Finanças.

A execução orçamentária da Função Saúde foi considerada uma medida aproximada dos gastos públicos com saúde. Daqui em diante, ela será chamada de gasto em saúde. Vale salientar que este gasto não inclui os gastos de EsSalud.

Resultados

Gasto em saúde

O gasto em saúde representou 13,2% (S/ 23,698 bilhões), 13,7% (S/ 25,665 bilhões) e 13,5% (S/ 24,770 bilhões) do gasto do Governo Geral em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 11,5% (S/ 18,502 bilhões).

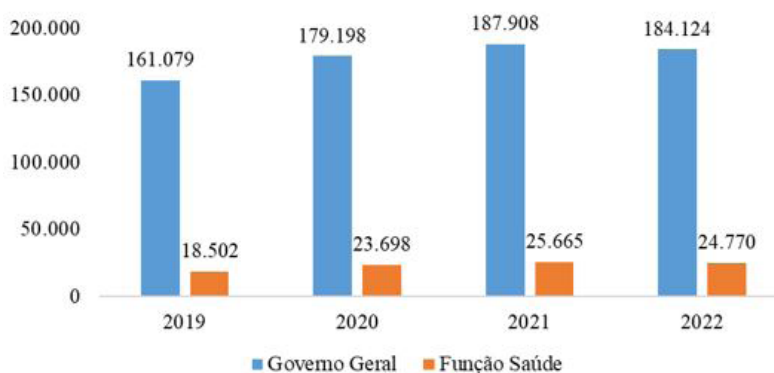
Este gasto aumentou 28,1%, 38,7% e 33,9% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019 (Gráfico 1).

Além disso, o orçamento não executado em saúde representou 12,3% (S/ 3,326 bilhões), 12,6% (S/ 3,696 bilhões) e 11% (S/ 3,072 bilhões) do orçamento para a saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 11,4% (S/ 2,389 bilhões). Ele aumentou 39,2%, 54,7% e 28,6% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019.

O gasto em saúde incluiu os gastos com transferências entre unidades Governamentais. Esse gasto representou 7,8%, 7%, 6,7% e 7,3% do gasto em saúde em 2019, 2020, 2021 e 2022, respectivamente (Gráfico 1). O SIS foi responsável por 99,3%, 94,8%, 98,5% e 99,6% desse gasto em 2019, 2020, 2021 e 2022, respectivamente.

A relação entre o gasto com atividades e o gasto com projetos, antes e durante a pandemia, permaneceu em aproximadamente 9 para 1 (Tabela 1). O gasto com atividades (principalmente gastos correntes) representou 91,5%, 90% e 85,7% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 89,7%; este gasto aumentou 30,6%, 39,2% e 27,9% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019. O gasto com projetos (principalmente gastos de capital) representou 8,5%, 10% e 14,3% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 10,3%; este gasto aumentou 6,1%, 34,9% e 86,1% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019.

Gráfico 1. Gastos do Governo Geral e da Função Saúde, em milhões de soles constantes de 2019, 2019-2022



Fonte: elaborado pelos autores

Tabela 1. Gastos com Função Saúde, segundo variáveis selecionadas, em milhões de soles constantes para 2019, 2019-2022

| Variáveis | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | S/ | % | S/ | % | S/ | % | S/ | % |
| Função Saúde | 18.502 | | 23.698 | | 25.665 | | 24.770 | |
| Tipo de gasto: | | | | | | | | |
| Atividades | 16.603 | 89,7 | 21.683 | 91,5 | 23.105 | 90,0 | 21.237 | 85,7 |
| Projetos | 1.893 | 10,3 | 2.014 | 8,5 | 2.560 | 10,0 | 3.533 | 14,3 |
| Nível de governo | | | | | | | | |
| Governo Nacional | 9.043 | 48,9 | 12.043 | 50,8 | 12.891 | 50,2 | 12.422 | 50,1 |
| Saúde ^a | 8.284 | 44,8 | 10.865 | 45,8 | 11.106 | 43,3 | 10.361 | 41,8 |
| Interior ^b | 427 | 2,3 | 500 | 2,1 | 482 | 1,9 | 438 | 1,8 |
| Defesa ^c | 331 | 1,8 | 357 | 1,5 | 340 | 1,3 | 328 | 1,3 |
| Justiça ^d | 1,2 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 1,4 | 0,0 |
| Presidência dos Conselho de Ministros ^e | - | - | 242 | 1,0 | 743 | 2,9 | 1.208 | 4,9 |
| Transportes e Comunicações ^f | - | - | 79 | 0,3 | 219 | 0,9 | 86 | 0,3 |
| Governos Regionais | 9.150 | 49,5 | 11.204 | 47,3 | 12.192 | 47,5 | 11.569 | 46,7 |
| Governos Locais | 309 | 1,7 | 451 | 1,9 | 582 | 2,3 | 779 | 3,1 |
| Fonte de financiamento: | | | | | | | | |
| Recursos ordinários | 15.077 | 81,5 | 18.064 | 76,2 | 16.943 | 66,0 | 18.045 | 72,9 |
| Recursos arrecadados diretamente | 861 | 4,7 | 717 | 3,0 | 585 | 2,3 | 553 | 2,2 |
| Recursos de operações oficiais de crédito | 573 | 3,1 | 2.724 | 11,5 | 5.672 | 22,1 | 3.405 | 13,7 |
| Doações e transferências | 1.571 | 8,5 | 1.641 | 6,9 | 1.737 | 6,8 | 1.692 | 6,8 |
| Recursos determinados | 420 | 2,3 | 552 | 2,3 | 728 | 2,8 | 1.074 | 4,3 |
| Categoria orçamentária: | | | | | | | | |
| Programas orçamentários | 8.827 | 47,7 | 8.207 | 34,6 | 8.420 | 32,8 | 7.872 | 31,8 |
| Ações orçamentárias que não resultam em resultados | 6.781 | 36,7 | 12.594 | 53,1 | 14.497 | 56,5 | 13.678 | 55,2 |
| Ações centrais | 2.894 | 15,6 | 2.896 | 12,2 | 2.748 | 10,7 | 3.219 | 13,0 |

continua...

Tabela 1 – Continuação.

| Variáveis | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---|-------|------|-------|------|--------|------|-------|------|
| Gastos genéricos: | | | | | | | | |
| Pessoal e obrigações sociais ^h | 7.944 | 42,9 | 8.880 | 37,5 | 8.743 | 34,1 | 8.183 | 33,0 |
| Pensões e outras prestações sociais ^h | 20 | 0,1 | 27 | 0,1 | 30 | 0,1 | 18 | 0,1 |
| Bens e serviços (gastos correntes) ^{g,h} | 6.192 | 33,5 | 9.796 | 41,3 | 11.034 | 43,0 | 9.986 | 40,3 |
| Dispositivos médicos | 1.514 | 8,2 | 3.084 | 13,0 | 2.228 | 8,7 | 1.914 | 7,7 |
| Serviço de limpeza, segurança e vigilância | 202 | 1,1 | 255 | 1,1 | 327 | 1,3 | 299 | 1,2 |
| Serviços de manutenção, condicionamento e reparação | 244 | 1,3 | 200 | 0,8 | 196 | 0,8 | 296 | 1,2 |
| Locação de móveis e imóveis | 76 | 0,4 | 170 | 0,7 | 374 | 1,5 | 198 | 0,8 |
| Serviços profissionais e técnicos | 1.364 | 7,4 | 1.592 | 6,7 | 1.097 | 4,3 | 723 | 2,9 |
| Contrato de prestação de serviços administrativos | 1.523 | 8,2 | 3.233 | 13,6 | 4.692 | 18,3 | 4.425 | 17,9 |
| Contratação de serviços relacionados ao papel da entidade | - | - | - | - | 789 | 3,1 | 847 | 3,4 |
| Doações e transferências correntes ^{g,h} | 1.912 | 10,3 | 2.235 | 9,4 | 2.407 | 9,4 | 2.263 | 9,1 |
| Para organizações internacionais | 472 | 2,5 | 567 | 2,4 | 698 | 2,7 | 465 | 1,9 |
| Para outros níveis de Governo | 1.440 | 7,8 | 1.668 | 7,0 | 1.709 | 6,7 | 1.797 | 7,3 |
| Outros gastos correntes ^h | 276 | 1,5 | 278 | 1,2 | 606 | 2,4 | 497 | 2,0 |
| Doações e transferências da capital ⁱ | - | - | 119 | 0,5 | 5,2 | 0,0 | 32 | 0,1 |
| Outros gastos de capital ⁱ | 0,001 | 0,0 | 0,01 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | - | - |
| Aquisição de ativos não financeiros ^{g,i} | 2.158 | 11,7 | 2.363 | 10,0 | 2.839 | 11,1 | 3.791 | 15,3 |
| Construção de edifícios e estruturas | 1.360 | 7,3 | 1.121 | 4,7 | 1.496 | 5,8 | 2.508 | 10,1 |
| Aquisição de veículos, máquinas e outros | 625 | 3,4 | 1.021 | 4,3 | 1.024 | 4,0 | 917 | 3,7 |

Fonte: elaborado pelos autores. (a) Inclui o MINSA, SIS, Instituto Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Doenças Neoplásicas. (b) Inclui a Saúde da PNP. (c) Inclui a Saúde das FF.AA. (d) Inclui o Instituto Penitenciário Nacional. (e) Inclui a Autoridade para a Reconstrução com Mudanças. (f) Inclui o Projeto Legado Especial. (g) Principais gastos subgenéricos. (h) Gastos correntes. (i) Gastos de capital.

Os gastos realizados pelo Governo Nacional e pelos Governos Regionais representaram, juntos, cerca de 98% do gasto em saúde, em proporção quase igual antes da pandemia, mas com uma ligeira concentração no Governo Nacional durante a pandemia (Tabela 1). O gasto realizado pelo Governo Nacional representou 50,8%, 50,2% e 50,1% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 48,9%; este gasto aumentou 33,2%, 42,6% e 37,4% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019. O gasto realizado pelos Governos Regionais representou 47,3%, 47,5% e 46,7% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 49,5%; este gasto aumentou 22,4%, 33,2% e 26,4% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019.

O gasto financiado por RO, antes da pandemia, representou cerca de 80% do gasto em saúde, seguido, em menor escala, pelo gasto por D&T. No entanto, durante a pandemia, a participação do gasto financiado por ROOC foi aumentando, deslocando o gasto financiado por D&T (Tabela 1). O gasto financiado por RO representou 76,2%, 66% e 72,9% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 81,5%; este gasto aumentou 19,8%, 12,4% e 19,7% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019. O gasto por ROOC representou 11,5%, 22,1% e 13,7% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 3,1%; este gasto aumentou 375,7%, 890,7% e 494,7% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019. O gasto por D&T representou 6,9%, 6,8% e 6,8% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 8,5%; este gasto aumentou 4,4%, 10,5% e 7,7% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019.

O gasto com programas orçamentários antes da pandemia representou cerca de 50% do gasto em saúde. No entanto, durante a pandemia, este gasto foi diminuindo, à medida que o gasto com APNOP foi aumentando (Tabela 1). O gasto com programas orçamentários representou 34,6%, 32,8% e 31,8% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 47,7%; este gasto diminuiu 7%, 4,6% e 10,8% em 2020, 2021 e 2022,

respectivamente, em relação a 2019. O gasto com APNOP representou 53,1%, 56,5% e 55,2% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 36,7%; este gasto aumentou 85,7%, 113,8% e 101,7% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019.

Durante a pandemia, a redução do gasto com programas orçamentários afetou até 9 programas (7 setoriais e 2 multissetoriais) de forma negativa (Tabela 2). Os programas mais afetados foram: “Doenças não transmissíveis”, “Doenças metaxênicas e zoonoses”; “Tuberculose-HIV/Aids”, “Programa nutricional articulado”, “Prevenção e controle do câncer”. Contudo, o gasto aumentou em 2 programas (setoriais): “Prevenção e controle em saúde mental” e “Redução da mortalidade por emergências e urgências médicas”.

O gasto com pessoal, obrigações sociais e bens e serviços representou, antes e durante a pandemia, cerca de 80% do gasto em saúde (Tabela 1). O gasto com pessoal e obrigações sociais (compensações econômicas, turnos hospitalares, bonificações e serviços de saúde complementares para trabalhadores nomeados e contratados por tempo indeterminado), representou 37,5%, 34,1% e 33% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 representou 42,9%; este gasto aumentou 11,8%, 10,1% e 3% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019.

O gasto com bens e serviços foi destinado principalmente para contrato administrativo de serviços (contraprestação e bonificações de trabalhadores com contrato temporário) e dispositivos médicos (produtos farmacêuticos e materiais, insumos, instrumentos e acessórios médicos e de laboratório) (Tabela 2). O gasto com contrato administrativo de serviços representou 13,6%, 18,3% e 17,9% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, enquanto em 2019 representou 8,2%; este gasto aumentou 112,2%, 208% e 190,5% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019. O gasto com dispositivos médicos representou 13%, 8,7% e 7,7% do gasto em saúde em 2020, 2021 e 2022, enquanto em 2019 representou 8,2%; este gasto aumentou 103,7%, 47,2% e 26,4% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, em relação a 2019.

Por outro lado, o gasto em saúde per capita a nível nacional foi de S/722, S/774 e S/740 em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 foi de S/569. Em relação ao gasto per capita por departamento, a diferença entre os departamentos com maior e menor

gasto per capita foi de S/ 650, S/ 606 e S/ 583 em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 foi de S/ 477; e a razão entre eles foi de 2,7, 2,4 e 2,3 em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto em 2019 foi de 2,4 (Tabela Suplementar 1).

Tabela 2. Gastos com Função Saúde, por programa orçamentário, em milhões de soles constantes de 2019, 2019-2022

| Programas orçamentários | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---|--------|------|--------|------|--------|------|--------|-----|
| | s/ | % | s/ | % | s/ | % | s/ | % |
| Função Saúde | 18.502 | | 23.698 | | 25.665 | | 24.770 | |
| Programa Nutricional Articulado ^{a,b} | 2.610 | 14,1 | 2.405 | 10,2 | 2.557 | 10,0 | 891 | 3,6 |
| Produtos específicos para o desenvolvimento da primeira infância ^c | - | - | - | - | - | - | 1.368 | 5,5 |
| Saúde materna e neonatal ^a | 2.207 | 11,9 | 1.957 | 8,3 | 1.983 | 7,7 | 1.996 | 8,1 |
| Tuberculose-HIV/AIDS ^b | 627 | 3,4 | 562 | 2,4 | 551 | 2,1 | 521 | 2,1 |
| Doenças metaxênicas e zoonoses ^a | 390 | 2,1 | 340 | 1,4 | 368 | 1,4 | 299 | 1,2 |
| Doenças não transmissíveis ^a | 844 | 4,6 | 691 | 2,9 | 663 | 2,6 | 587 | 2,4 |
| Prevenção e controle do câncer ^a | 763 | 4,1 | 615 | 2,6 | 693 | 2,7 | 668 | 2,7 |
| Redução da mortalidade por emergências e urgências médicas ^a | 576 | 3,1 | 770 | 3,2 | 746 | 2,9 | 637 | 2,6 |
| Prevenção e gestão de condições secundárias de saúde em pessoas com deficiência | 89 | 0,5 | 83 | 0,4 | 82 | 0,3 | 87 | 0,4 |
| Prevenção e controle em saúde mental ^a | 297 | 1,6 | 328 | 1,4 | 353 | 1,4 | 402 | 1,6 |
| Redução de vulnerabilidades e resposta a emergências em desastres ^c | 102 | 0,6 | 79 | 0,3 | 76 | 0,3 | 95 | 0,4 |
| Prevenção e tratamento para o uso de drogas ^c | 7,6 | 0,0 | 7,0 | 0,0 | 7,6 | 0,0 | 8,0 | 0,0 |
| Combate à violência doméstica ^c | - | - | 24 | 0,1 | - | - | - | - |
| Produtos específicos para a redução da violência contra a mulher ^c | - | - | - | - | 0,6 | 0,0 | 0,3 | 0,0 |
| Aprimoramento das capacidades militares para a defesa e o desenvolvimento | 315 | 1,7 | 344 | 1,5 | 340 | 1,3 | 312 | 1,3 |
| Desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação tecnológica ^c | 0,2 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,8 | 0,0 |

Fonte: elaborado pelos autores. (a) Programa Setorial de Saúde. (b) Em 2022, iniciou-se a migração de produtos de PAN para produtos específicos para o desenvolvimento da primeira infância. (c) Programa multissetorial. (d) Programa do Setor de Defesa.

Tabela Suplementar 1. Gastos com Função Saúde

| Funções | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | s/ | % | s/ | % | s/ | % | s/ | % |
| Governo geral | 161.079 | | 179.198 | | 187.908 | | 184.124 | |
| Função Educação | 28.775 | 17,9 | 28.350 | 15,8 | 31.296 | 16,7 | 31.218 | 17,0 |
| Função Saúde | 18.502 | 11,5 | 23.698 | 13,2 | 25.665 | 13,7 | 24.770 | 13,5 |
| Função Previdenciária | 16.304 | 10,1 | 15.587 | 8,7 | 16.458 | 8,8 | 16.179 | 8,8 |
| Função Transporte | 15.622 | 9,7 | 15.715 | 8,8 | 18.570 | 9,9 | 17.474 | 9,5 |
| Função Planejamento, Gestão e Contingência | 14.586 | 9,1 | 14.829 | 8,3 | 17.201 | 9,2 | 18.214 | 9,9 |
| Função Dívida Pública | 13.247 | 8,2 | 12.526 | 7,0 | 14.022 | 7,5 | 18.887 | 10,3 |
| Função Ordem Pública e Segurança | 10.823 | 6,7 | 11.233 | 6,3 | 10.827 | 5,8 | 10.345 | 5,6 |
| Função Proteção Social | 6.612 | 4,1 | 13.793 | 7,7 | 14.117 | 7,5 | 8.198 | 4,5 |
| Função Justiça | 6.126 | 3,8 | 6.155 | 3,4 | 6.271 | 3,3 | 6.134 | 3,3 |
| Função Defesa e Segurança Nacional | 5.504 | 3,4 | 5.733 | 3,2 | 5.127 | 2,7 | 4.987 | 2,7 |
| Função Saneamento | 4.610 | 2,9 | 3.903 | 2,2 | 4.936 | 2,6 | 4.399 | 2,4 |
| Função Agropecuária | 4.607 | 2,9 | 4.721 | 2,6 | 4.993 | 2,7 | 6.160 | 3,3 |
| Função Cultura e Esporte | 3.441 | 2,1 | 1.577 | 0,9 | 1.724 | 0,9 | 2.721 | 1,5 |
| Função Ambiental | 3.237 | 2,0 | 3.349 | 1,9 | 3.453 | 1,8 | 3.632 | 2,0 |
| Função Habitação e Desenvolvimento Urbano | 3.120 | 1,9 | 3.308 | 1,8 | 3.826 | 2,0 | 3.298 | 1,8 |
| Função Comunicação | 1.185 | 0,7 | 824 | 0,5 | 1.252 | 0,7 | 1.080 | 0,6 |
| Função Energia | 1.148 | 0,7 | 1.407 | 0,8 | 1.591 | 0,8 | 1.486 | 0,8 |
| Função Relações Externas | 757 | 0,5 | 738 | 0,4 | 924 | 0,5 | 800 | 0,4 |
| Função Trabalho | 515 | 0,3 | 8.864 | 4,9 | 3.335 | 1,8 | 1.643 | 0,9 |
| Função Comércio | 494 | 0,3 | 580 | 0,3 | 569 | 0,3 | 624 | 0,3 |
| Função Turismo | 493 | 0,3 | 889 | 0,5 | 411 | 0,2 | 381 | 0,2 |
| Função Legislativa | 489 | 0,3 | 429 | 0,2 | 521 | 0,3 | 679 | 0,4 |
| Função Pesca | 466 | 0,3 | 401 | 0,2 | 389 | 0,2 | 422 | 0,2 |
| Função Mineração | 230 | 0,1 | 255 | 0,1 | 244 | 0,1 | 197 | 0,1 |
| Função Indústria | 187 | 0,1 | 364 | 0,2 | 187 | 0,1 | 195 | 0,1 |

continua...

Tabela Suplementar I – Continuação.

| Função | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--|--------|-------|--------|------|--------|------|--------|------|
| | s/ | % | s/ | % | s/ | % | s/ | % |
| Função Saúde | 18.502 | | 23.698 | | 25.665 | | 24.770 | |
| Função Saúde ou parte restante da Função S | 18.502 | 100,0 | 18.119 | 76,5 | 18.608 | 72,5 | 21.133 | 85,3 |
| COVID-19 | 0 | 0,0 | 5.578 | 23,5 | 7.057 | 27,5 | 3.637 | 14,7 |

Fonte: elaborado pelos autores.

Gasto específico em saúde com covid-19

O gasto específico em saúde com covid-19 representou 25,7% (S/ 5.578 bilhões), 39,8% (S/ 7.057 bilhões) e 77,9% (S/ 3.637 bilhões) do gasto específico do Governo Geral com covid-19 em 2020, 2021 e 2022, respectivamente (Gráfico 2).

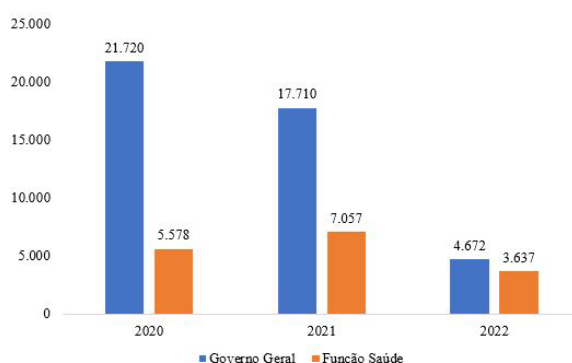
Além disso, o orçamento não executado em saúde específico para a covid-19 representou 14,7% (S/ 958 milhões), 14% (S/ 1,147 bilhão) e 13,1% (S/ 547 milhões) do orçamento em saúde específico para a covid-19 em 2020, 2021 e 2022, respectivamente.

Em relação ao gasto em saúde, o gasto específico em saúde com covid-19 representou 23,5%, 27,5% e 14,7% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente (Gráfico 3).

O gasto específico em saúde com covid-19 incluiu gastos com transferências entre unidades Governamentais. Este gasto representou 2,7%, 1,1% e 1,4% do gasto específico em saúde com covid-19 em 2020, 2021 e 2022, respectivamente (Tabela 3). O SIS foi responsável por 56,4%, 69% e 100% desse gasto em 2020, 2021 e 2022, respectivamente, enquanto o MINSA foi responsável por 42,8% e 30,6% desse gasto em 2020 e 2021, respectivamente.

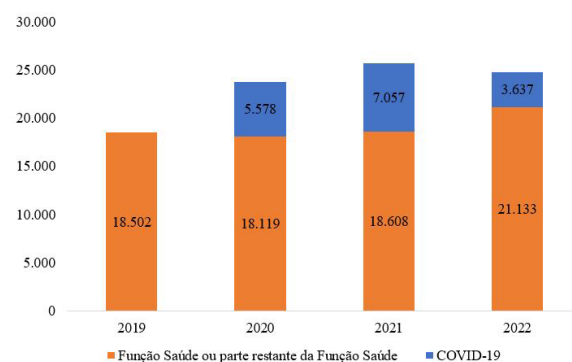
O gasto específico em saúde com covid-19 foi principalmente com atividades (excluindo projetos) (94,7%, 93,9% e 92,2% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente). Foi executado principalmente pelo Governo Nacional (62,4%, 49,9% e 49,2% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente). Foi financiado principalmente por RO (54,8%, 34,4% e 38,9% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente) e ROOC (36,6%, 57,2% e 47,6% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente).

Gráfico 2. Gastos do Governo Geral e da Função Saúde específicas para COVID-19, em milhões de soles constantes para 2019, 2020-2022



Fonte: elaborado pelos autores.

Gráfico 3. Gastos da Função Saúde e da Função Saúde específica para COVID-19, em milhões de soles constantes para 2019, 2019-2022



Fonte: elaborado pelos autores

Além disso, este gasto foi realizado principalmente com APNOP, para prevenção, controle, diagnóstico e tratamento da covid-19 (94,7%, 93,9% e 92,2% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente). Foi destinado

principalmente para dispositivos médicos (31%, 13,1% e 12,8% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente), contrato administrativo de serviços (27,1%, 41,6% e 51,2% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente), pessoal e obrigações sociais (9,8%, 13,3% e 6,1% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente) e aquisição de veículos, máquinas e outros (principalmente na aquisição de mobiliário, equipamentos y aparelhos médicos) (8,5%, 6,7% e 7,6% em 2020, 2021 e 2022, respectivamente) (Tabela 3).

Por outro lado, o gasto específico com covid-19 per capita a nível nacional foi de S/ 170, S/213 e S/109, em 2020, 2021 e 2022, respectivamente. Em relação ao gasto per capita por departamento, a diferença entre os departamentos com maior e menor gasto per capita foi de S/ 266, S/ 251 e S/ 125 em 2020, 2021 e 2022, respectivamente; e a razão entre eles foi de 5,2, 3,5 e 3,8 em 2020, 2021 e 2022, respectivamente (Tabela Suplementar 2).

Tabela 3. Gastos com Função Saúde específica para a COVID-19, segundo variáveis selecionadas, em milhões de soles constantes de 2019, 2019-2022

| Variáveis | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---|-------|------|-------|------|-------|-------|
| | s/ | % | s/ | % | s/ | % |
| Função Saúde | 5.578 | | 7.057 | | 3.637 | |
| Tipo de gasto: | | | | | | |
| Atividades | 5.280 | 94,7 | 6.628 | 93,9 | 3.353 | 92,2 |
| Projetos | 298 | 5,3 | 428 | 6,1 | 284 | 7,8 |
| Níveis de governo: | | | | | | |
| Governo Nacional | 3.482 | 62,4 | 3.523 | 49,9 | 1.789 | 49,2 |
| Saúde ^a | 3.146 | 56,4 | 3.156 | 44,7 | 1.660 | 45,6 |
| Interior ^b | 67 | 1,2 | 38 | 0,5 | 0,5 | 0,0 |
| Presidência do Conselho de Ministros ^c | 189 | 3,4 | 138 | 2,0 | 45 | 1,2 |
| Transportes e Comunicações ^d | 79 | 1,4 | 191 | 2,7 | 84 | 2,3 |
| Governos Regionais | 1.997 | 35,8 | 3.480 | 49,3 | 1.830 | 50,3 |
| Governos Locais | 99 | 1,8 | 54 | 0,8 | 18 | 0,5 |
| Fontes de financiamento: | | | | | | |
| Recursos ordinários | 3.055 | 54,8 | 2.427 | 34,4 | 1.414 | 38,9 |
| Recursos arrecadados diretamente | 111 | 2,0 | 44 | 0,6 | 14 | 0,4 |
| Recursos de operações oficiais de crédito | 2.040 | 36,6 | 4.037 | 57,2 | 1.731 | 47,6 |
| Doações e transferências | 257 | 4,6 | 383 | 5,4 | 366 | 10,1 |
| Recursos determinados | 115 | 2,1 | 166 | 2,3 | 112 | 3,1 |
| Categorias orçamentárias: | | | | | | |
| Programas orçamentários | 9,1 | 0,2 | 21 | 0,3 | 0,9 | 0,0 |
| Atribuições orçamentárias que não resultam em produtos ^e | 5.569 | 99,8 | 7.036 | 99,7 | 3.636 | 100,0 |

continua...

Tabela 3 . Continuação.

| Variáveis | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--|-------|------|-------|------|-------|------|
| | s/ | % | s/ | % | s/ | % |
| Prevenção, controle, diagnóstico e tratamento do coronavírus | 5.280 | 94,7 | 6.625 | 93,9 | 3.352 | 92,2 |
| Investimentos | 289 | 5,2 | 410 | 5,8 | 284 | 7,8 |
| Gastos genéricos: | | | | | | |
| Pessoal e obrigações sociais ^h | 548 | 9,8 | 939 | 13,3 | 221,8 | 6,1 |
| Pensões e outras prestações sociais ^h | 1,3 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,005 | 0,0 |
| Bens e serviços ^{e,h} | 4.052 | 72,6 | 5.144 | 72,9 | 2.809 | 77,2 |
| Dispositivos médicos | 1.728 | 31,0 | 922 | 13,1 | 467 | 12,8 |
| Serviço de limpeza, segurança e vigilância | 23 | 0,4 | 68 | 1,0 | 32 | 0,9 |
| Serviços de manutenção, condicionamento e reparação | 72 | 1,3 | 40 | 0,6 | 26 | 0,7 |
| Locação de móveis e imóveis | 96 | 1,7 | 283 | 4,0 | 101 | 2,8 |
| Serviços profissionais e técnicos | 364 | 6,5 | 563 | 8,0 | 194 | 5,3 |
| Contrato de prestação de serviços administrativos | 1.514 | 27,1 | 2.934 | 41,6 | 1.862 | 51,2 |
| Contratação dos serviços relacionados ao papel da entidade | 0 | 0,0 | 122 | 1,7 | 38 | 1,0 |
| Doações e transferências correntes ^{c,h} | 330 | 5,9 | 232 | 3,3 | 51 | 1,4 |
| Para organizações internacionais | 180 | 3,2 | 155 | 2,2 | - | - |
| Para outros níveis de Governo | 151 | 2,7 | 77 | 1,1 | 51 | 1,4 |
| Outros gastos correntes ^h | 11 | 0,2 | 213 | 3,0 | 251 | 6,9 |
| Doações e transferências de capital ⁱ | 118 | 2,1 | - | - | - | - |
| Outros gastos de capital ⁱ | 0,01 | 0,0 | 0,3 | 0,0 | - | - |
| Aquisição de ativos não financeiros ^{c,i} | 517 | 9,3 | 528 | 7,5 | 304 | 8,4 |
| Construção de edifícios e estruturas | 35 | 0,6 | 51 | 0,7 | 34 | 0,7 |
| Aquisição de veículos, máquina e outros | 472 | 8,5 | 470 | 6,7 | 277 | 7,6 |

Fonte: elaborado pelos autores. (a) Inclui MINSA, SIS, Instituto Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Doenças Neoplásicas. (b) Inclui a Saúde da PNP. (c) Inclui a Autoridade para a Reconstrução com Mudanças. (d) Inclui o Projeto Legado Especial. (e) Principais gastos subgenéricos. (h) Gastos correntes. (i) Gastos de capital.

Tabela Suplementar 2. Gastos com Função Saúde

| Funções | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|--|--------|------|--------|------|-------|------|
| | s/ | % | s/ | % | s/ | % |
| Governo Geral | 21.720 | | 17.710 | | 4.672 | |
| Função Trabalho | 6.948 | 32,0 | 1.141 | 6,4 | 371 | 7,9 |
| Função Proteção Social | 6.873 | 31,6 | 7.831 | 44,2 | 116 | 2,5 |
| Função Saúde | 5.578 | 25,7 | 7.057 | 39,8 | 3.637 | 77,9 |
| Função Ordem Pública e Segurança | 728 | 3,4 | 41 | 0,2 | 45 | 1,0 |
| Função Educação | 520 | 2,4 | 1.169 | 6,6 | 355 | 7,6 |
| Função Defesa e Segurança Nacional | 326 | 1,5 | 12 | 0,1 | 8,6 | 0,2 |
| Função Planejamento, Gestão e Contingência | 289 | 1,3 | 77 | 0,4 | 56 | 1,2 |
| Função Transporte | 178 | 0,8 | 206 | 1,2 | 56 | 1,2 |
| Função Justiça | 66 | 0,3 | 29 | 0,2 | 17 | 0,4 |
| Função Turismo | 57 | 0,3 | - | - | - | - |
| Função Relações Externas | 36 | 0,2 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Função Saneamento | 26 | 0,1 | 102 | 0,6 | 0,3 | 0,0 |
| Função Ambiental | 23 | 0,1 | 0,6 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Função Comércio | 23 | 0,1 | 5,2 | 0,0 | 3,7 | 0,1 |
| Função Pesca | 21 | 0,1 | 0,7 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |
| Função Cultura e Esporte | 15 | 0,1 | 28 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Função Agropecuária | 4,8 | 0,0 | 7,4 | 0,0 | 5,3 | 0,1 |
| Função Indústria | 3,6 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | - | - |
| Função Previdenciária | 3,4 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,3 | 0,0 |
| Função Habitação e Desenvolvimento Urbano | 1,4 | 0,0 | - | - | 0,0 | 0,0 |
| Função Comunicação | 0,2 | 0,0 | 3,0 | 0,0 | - | - |
| Função Energia | 0,1 | 0,0 | - | - | 0,0 | 0,0 |
| Função Mineração | 0,0 | 0,0 | - | - | - | - |

Fonte: elaborado pelos autores.

Discussão

Com a chegada da pandemia de covid-19 no Peru, o Governo se viu obrigado a aumentar o financiamento público para reorganizar e ampliar, temporariamente, a capacidade de oferta e resolução dos serviços de saúde, através de decretos de urgência com medidas econômicas e financeiras

extraordinárias. Além disso, devido à necessidade de uma resposta conjunta entre os subsistemas públicos de saúde, o Governo Nacional autorizou transferências financeiras não só para o MINSA e para os Governos Regionais, como também para EsSalud e para os serviços de saúde da PNP e das F.A. Esta situação deixou clara a necessidade de construir um sistema de saúde unificado que garanta o direito

à previdência social com acesso universal garantido pelo Estado e baseado na atenção primária à saúde (Acuerdo Nacional, 2021).

Ainda que durante a pandemia tenha ocorrido um aumento significativo nos gastos públicos com saúde, este aumento respondeu a uma demanda contingente e temporária de financiamento de ações de vigilância e resposta sanitária à pandemia, prevendo-se que continue durante o estado de Emergência Nacional de Saúde. Em 2022, a política de aumento dos gastos públicos foi mantida por causa da pandemia, mas está previsto que a partir de 2023 seja aplicado um ajuste fiscal progressivo até chegar em 2026 com um gasto público abaixo dos níveis do período pré-pandêmico (Ministério da Economia e Finanças, 2022). Isto significa reduzir o orçamento público para acabar com as diversas lacunas nos recursos de saúde, e também para a operação adequada e manutenção dos estabelecimentos públicos de saúde existentes. Com esse cenário, as décadas de baixo gasto público com saúde e alto gasto de bolso em saúde se prolongariam, o que é contra as recomendações da OMS (2010).

O gasto em saúde durante a pandemia teve uma ligeira concentração no Governo Nacional devido, em parte, à participação, pela primeira vez, de outros setores, que atuaram apoiando o MINSA, como a Autoridade para a Reconstrução com Mudanças, vinculada à Presidência do Conselho de Ministros, e o Projeto Especial Legado, vinculado ao Ministério dos Transportes e Comunicações, para ampliar a capacidade de oferta e resolução dos serviços públicos de saúde.

Além disso, durante a pandemia, EsSalud recebeu várias transferências financeiras do Ministério da Economia e Finanças, através do Ministério do Trabalho e Promoção do Emprego (registradas na Função Trabalho), para financiar a implementação, adequação e operação dos centros de atendimento e isolamento temporário e unidades de saúde afetadas em uso, a nível nacional, para o atendimento de pacientes com covid-19, sejam eles segurados pelo EsSalud ou não, bem como para a continuidade dos trabalhadores de saúde contratados temporariamente durante a pandemia. Isso aconteceu em 2020, a partir do Decreto Supremo nº 093-2020-EF, e continuou em 2021 e 2022. Isso colocou em evidência não só a utilização de recursos

financeiros públicos pelo EsSalud, que foi extensivo para outros setores, mas também a necessidade de integrar os diversos subsistemas públicos de saúde para responder às necessidades de saúde da população, especialmente diante de emergências e desastres sanitários.

O aumento dos gastos em saúde durante a pandemia foi financiado principalmente por ROOC, proveniente da emissão de obrigações e linhas de crédito contingente (dívida pública), e por RO, proveniente da Reserva de Contingência e, em parte, dos ativos financeiros do Fundo de Estabilização Fiscal, tudo isso canalizado através da Reserva de Contingência, em conformidade com o Decreto de Urgência nº 051-2020 e com o Decreto de Urgência nº 013-2021. Por sua vez, o aumento significativo dos gastos públicos foi possível devido a suspensão temporária e excepcional das normas fiscais em 2020 e 2021 e do seu ajuste em 2022, em conformidade com o Decreto Legislativo nº 1457 e com o Decreto de Urgência nº 079-2021. O aumento significativo dos gastos públicos para financiar a luta contra a covid-19 foi a política fiscal que a maioria dos países do mundo seguiu (International Monetary Fund, 2021).

Além disso, houve um ligeiro aumento dos gastos por D&T, principalmente para financiar as prestações de saúde dos segurados do SIS; ao mesmo tempo que houve uma redução importante dos gastos por RDR, principalmente devido a redução dos pagamentos diretos nas unidades públicas de saúde. Este último resultou, em parte, dos efeitos do Decreto Legislativo nº 1466, que habilitou o SIS a inscrever temporariamente no regime subsidiado, em um plano de cobertura total, as pessoas diagnosticadas ou com suspeita de covid-19 que não tinham um seguro de saúde e as anteriormente inscritas no âmbito do Decreto de Urgência nº 017-2019. Este último decreto habilitou o SIS a inscrever todas as pessoas que não tinham um seguro de saúde, mesmo que em plano de cobertura parcial.

A redução dos gastos com programas orçamentários foi viável devido à emissão de decretos de urgência com disposições de exceções a restrições de modificações orçamentárias, que possibilitaram a viabilização de recursos de programas orçamentários para a APNOP, na

atividade orçamentária “Prevenção, controle, diagnóstico e tratamento do coronavírus”, em conformidade com o Decreto de Urgência nº 025-2020 e com o Decreto de Urgência nº 012-2021. Essas realocações orçamentárias aconteceram devido ao rápido e significativo aumento da demanda de atendimento para a covid-19, enquanto os serviços para o atendimento de outras patologias eram limitados. Este último aconteceu na maioria dos países da ALC (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Consequentemente, houve um deslocamento da demanda e um acúmulo de demandas não atendidas, o que se traduziu nos maus resultados de vários indicadores de saúde. Por exemplo, as coberturas de vacinas completas e de controles completos de crescimento e desenvolvimento em crianças com menos de 36 meses foram reduzidas, bem como as coberturas de tratamento de diabetes mellitus e de tratamento de hipertensão arterial em pessoas com 15 anos ou mais, e a cobertura de atendimento de serviços odontológicos em crianças com menos de 12 anos (Instituto Nacional de Estatística e Informática, 2023b, 2023a).

O aumento significativo dos gastos públicos com saúde durante a pandemia ocorreu em relação às diversas lacunas nos recursos de saúde anteriormente existentes (Controladoria-Geral da República, 2019; Defensoria Pública, 2017; Peru, 2020). Este aumento financiou principalmente a contratação temporária de trabalhadores de saúde (contrato administrativo de serviços) e horas de trabalho adicionais dos mesmos trabalhadores (serviços de saúde complementares), para colocar em funcionamento as áreas de expansão para o atendimento de pacientes com covid-19, as campanhas de vacinação e a substituição de trabalhadores de saúde com fatores de risco que estavam de licença ou trabalhando de forma remota; e a compra de medicamentos, materiais e insumos médicos e de laboratório para o atendimento de pacientes com covid-19 (incluindo oxigênio medicinal, equipamentos de proteção pessoal, testes moleculares etc.), bem como a compra de vacinas contra a covid-19 (Ministério da Saúde, 2021a).

O gasto com transferências para outras unidades Governamentais representou cerca de 7% do

gasto em saúde, e foi devido, quase totalmente, a transferências financeiras do SIS para unidades executoras do Governo Nacional e dos Governos Regionais responsáveis por fornecer serviços de saúde para seus segurados. O aumento desse gasto resultou, em parte, do financiamento de benefícios econômicos funerários devido à covid-19, autorizado pelo Decreto de Urgência nº 012-2021. Não foi possível excluir este tipo de gasto neste estudo, devido às limitações da fonte de informação de onde os dados foram extraídos. No entanto, os resultados foram analisados em participações e variações percentuais, o que reduz possíveis imprecisões. Isto deve ser considerado em outros estudos que foquem diretamente nos gastos com os serviços de saúde.

Apesar do aumento significativo dos gastos públicos com saúde durante a pandemia, não foi possível reverter a capacidade precária de resposta do sistema de saúde no nível necessário para diminuir os efeitos sanitários da pandemia, com maiores consequências negativas nas populações mais vulneráveis. Além disso, apesar do aumento progressivo dos gastos públicos com saúde nas últimas décadas (Ministerio de Salud, 2021b), este aumento não foi vinculado a um objetivo claro e concreto sobre quanto o orçamento público tem que aumentar, como este aumento seria feito e em quanto tempo o alcançariam, para fornecer recursos financeiros suficientes para acabar progressivamente com as diversas lacunas nos recursos de saúde diante das necessidades da população.

Este aumento não evitou que o Peru fosse o país com a maior taxa de mortalidade acumulada devido à covid-19, com 6476 mortes acumuladas por milhão de habitantes, no dia 26 de maio de 2023, e com o maior percentual de excesso de mortalidade acumulada, com 44% mais mortes do que o previsto sem a pandemia, no dia 9 de outubro de 2022 (Ritchie *et al.*, 2020), incluindo as suas consequências diferenciais nos grupos populacionais com maior vulnerabilidade socioeconômica (Villar; Francke; Loewenson, 2024). Além disso, este aumento também não evitou que o valor médio do gasto de bolso em saúde da população aumentasse, independentemente da cobertura de um seguro de saúde ou não (Hernández-Vásquez *et al.*, 2022).

Considerações finais

O aumento significativo dos gastos públicos com saúde foi uma medida contingente e temporária devido à pandemia de covid-19, portanto sua sustentabilidade não está garantida após o estado de Emergência Nacional de Saúde. Ela foi encerrada no dia 25 de maio de 2023, com o fim da validade do Decreto Supremo nº 003-2023-SA. Por isso, a evolução dos gastos públicos com saúde deve ser acompanhada nos anos seguintes, para verificar se a tendência a aumentar os gastos públicos se mantém ou se voltamos ao *statu quo* do subfinanciamento público. Com este último cenário, é provável que qualquer outra situação de emergência nacional de saúde tenha as mesmas consequências trágicas que a pandemia de covid-19 teve na vida e na saúde da população.

Contudo, no Peru, os problemas estruturais de financiamento de saúde persistem, não só pelo subfinanciamento público e pela fragmentação dos fundos públicos de saúde, mas também pela falta de diversificação das fontes de financiamento e da falta de previsibilidade do nível de recursos financeiros provenientes dessas fontes. Além disso, a desigualdade na alocação de recursos financeiros para a saúde também persiste, mesmo que eles sejam escassos, o que explica o mau planejamento estratégico do orçamento público e a falta de utilização de critérios técnicos (demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos ou geográficos) para a alocação desses recursos com base nas necessidades da população.

As preocupações com o futuro do sistema de saúde peruano são justificadas se o acesso universal à saúde pretende ser alcançado sem realizar nenhuma mudança estrutural que reverta o processo histórico de enfraquecimento do setor público (a comercialização da saúde), que inclui os efeitos negativos que a segmentação e a fragmentação persistente tem sobre a eficiência e a equidade do sistema de saúde (Lal *et al.*, 2021; Siqueira *et al.*, 2021) e os limites da política de Asseguramento Universal em Saúde para alcançar o acesso universal, efetivo e igualitário dos serviços de saúde e da proteção financeira em saúde (Jumpa-Armas, 2020; Zavala-Curzo, 2023).

Nesse sentido, o sistema de saúde peruano precisa urgentemente aumentar seu orçamento público de forma sustentável, previsível e vinculado às necessidades de saúde da população, sem desconsiderar a alocação adequada e o gasto desses recursos, ao mesmo tempo que precisa iniciar o processo político de mudanças estruturais em sua organização, financiamento e prestação de serviços, com o objetivo de proteger o direito à vida e à saúde da população, tanto diante dos problemas sanitários da vida cotidiana quanto diante de futuras emergências e desastres sanitários, para que não se repitam erros do passado, nem do presente.

Referências

- ACUERDO NACIONAL. Sesión 131: Consensos por el Perú [Internet]. Lima: AN, 2021. Disponible en: <http://www.acuerdonacional.pe/wp-content/uploads/2021/08/CONSENSOS-POR-EL-PERU-27-de-mayo-2021-FINAL.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.
- ALCALDE-RABANAL Jacqueline E., LAZO-GONZÁLEZ Oswaldo, NIGENDA Gustavo. Sistema de salud de Perú. Salud Publica de México, Morelos, v. 53, p. s243-s254, 2011. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Accedido en: 22 marzo 2024.
- CASTRO Julio. Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Lima, Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. v. 26, n. 2, p. 232-235, 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200016&lang=en. Accedido en: 22 marzo 2024.
- CID, Camilo,; MARINHO María Luisa. Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL, 2022. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47914-anos-pandemia-covid-19-america-latina-caribe-reflexiones-avanzar-sistemas-salud>. Accedido en: 22 marzo 2024.
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Operativo de control: Por una salud de calidad

[Internet]. Lima: CGR.; 2019. Disponible en: <https://apps5.contraloria.gob.pe/sroc/doc/historicos/resumen/2019-08.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Informe de Adjuntía no 34-2017-DP/AAE: Análisis de los resultados de la supervisión nacional a los establecimientos estratégicos [Internet]. Lima: DP; 2017. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1202002/IA-034-2017-Establecimientos-de-salud.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.

DIEHL Rodrigo C.; MENDES Jussara Maria Rosa. Neoliberalismo y protección social en América Latina: salvando el capital y destruyendo el social. *Revista Katálysis*, Santa Catarina, v. 23, n. 2, p. 235–246, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n2p235>

EIBENSCHUTZ Catalina; VALDIVIA Alexandre Saco; GONZÁLEZ Siliva Tamez; GATICA Xareni Zagra; VILLEGAS Raquel Maria Ramirez. Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140077>

FRANCO-GIRALDO Álvaro. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev Fac Nac Salud Pública*, Medellín, [Internet]. v. 32, n. 1, p. 98–107, 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So120-386X2014000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Accedido en: 22 marzo 2024.

HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, Akram; ROJAS-ROQUE, Carlos; BARRENECHEA-PULACHE Antonio; BENDEZU-QUISPE, Guido. Measuring the Protective Effect of Health Insurance Coverage on Out-of-Pocket Expenditures During the COVID-19 Pandemic in the Peruvian Population. *International Journal Health Policy Managment*, [s. l.], v. 11, n. 10, p. 2299–2307, 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.34172/IJHPM.2021.154>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Informe Principal. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022. [Internet]. Lima: INEI; 2023a. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2022.pdf. Accedido en: 22 marzo 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 [Internet]. Lima: INEI; 2023b. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf. Accedido en: 22 marzo 2024.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. Fiscal Affairs Department. 2021. Fiscal Monitor Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic. October 2021. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19>. Accedido en: 22 marzo 2024.

JUMPA-ARMAS DavidV. Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Revista de la Facultad de Medicina Humana Rev la Fac Med Humana* [Internet]., Lima, v. 19, n. 3, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>

JUNTA DE VIGILANCIA MUNDIAL DE LA PREPARACIÓN. Un mundo en peligro: informe anual sobre la preparación mundial para las emergencias sanitarias [Internet]. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.gpmb.org/reports/annual-report-2019>. Accedido en: 22 marzo 2024.

LAL, Arush; ERONDU, Ngozi A.; HEYMANN, David L.; GITAH, GithinjiG; YATES, Robert. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*, London, v. 397, n. 10268, p. 61–67, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5)

MARTÍNEZ-GÓMEZ, Ciro; PARRAGUEZ-CAMUS, Carla. Daño social, neoliberalismo y la pandemia del Covid-19 en América Latina. *Papeles de Población*, Ciudad de México, v. 27, n. 107, p. 103–140, 2021. doi: <https://doi.org/10.22185/24487147.2021.107.05>

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. Marco Macroeconómico Multianual 2023-2026 [Internet]. Lima: MEF; 2022. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2023_2026.pdf. Accedido en: 22 marzo 2024.

MINISTERIO DE SALUD. Tiempos de pandemia 2020-2021 [Internet]. Lima: MINSA; 2021a. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.

MINISTERIO DE SALUD. Cuentas de salud: Perú 2002-2019 [Internet]. Lima: Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, MINSA; 2021b. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5624.pdf>. Accedido en: 22 marzo 2024.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe de la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>. Accedido en: 22 marzo 2024.

OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Tercera ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de los servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.; OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56165>. Accedido en: 22 marzo 2024.

PERÚ. Constitución Política del Perú [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 29 de diciembre de 1993. Disponible en: <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H682678>. Accedido en: 22 marzo 2024.

PERÚ. Resolución Ministerial n° 025-2020-MINSA. Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud [Internet]. Lima: Diario Oficial El Peruano; 24 de enero de 2020a. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/412671-025-2020-minsa>. Accedido en: 22 marzo 2024.

RITCHIE, Hannah, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19) [Internet]. Our World in Data, [s. l.]; 2020. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Accedido en: 22 marzo 2024.

SÁNCHEZ-MORENO, Francisco. El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, Lima Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]; v. 31, n. 4, p. 747-753, 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400021&lang=en. Accedido en: 22 marzo 2024.

SIQUEIRA, Marina; COUBE, Maíra; MILLETT, Christopher; ROCHA, Rudi; HONE, Thomas. The impacts of health systems financing fragmentation in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, [Internet]. l., v. 10, n. 1, p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01714-5>

VILLAR, Eugenio; FRANCKE, Pedro; LOEWENSON, Rene. Learning from Perú: Why a macroeconomic star failed tragically and unequally on Covid-19 outcomes. *SSM - Health Systems*, Amsterdam, v. 2, p. 100007, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2023.100007>

WORLD DATA BANK. Health Nutrition and Population Statistics. World Data Bank, [s. l.], 2022. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#>. Accedido en: 22 marzo 2024.

ZAVALA-CURZO, David Fernando. Impacto del Aseguramiento en Salud en la Economía de los Hogares Peruanos, 2010-2019. *Acta Médica Peruana*, Lima, v. 40, n. 2, p. 91-103, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2023.402.2527>

Financiamento

Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Conflito de interesse

Os três autores declaram que não há conflitos de interesse.

Contribuição dos autores

Miguel Armando Zuñiga-Olivares: conceitualização, curadoria de dados, análise formal, redação - rascunho original, redação - revisão e edição. Áquilas Mendes e Leonardo Carnut: metodologia, supervisão, validação, redação - revisão e edição. Os três autores aprovam a versão final do manuscrito e concordam em ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho.

Recebido: 09/04/2024

Reapresentado: 26/07/2024

Aprovado: 10/08/2024