

GUIA METODOLÓGICO PARA ESTIMAÇÃO E PROJEÇÃO DE CURTÍSSIMO PRAZO DOS GASTOS EM SAÚDE COM BASE NAS CLASSIFICAÇÕES DO SHA 2011

RELATÓRIO FINAL

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Região das Américas



GUIA METODOLÓGICO PARA ESTIMAÇÃO E PROJEÇÃO DE CURTÍSSIMO PRAZO DOS GASTOS EM SAÚDE COM BASE NAS CLASSIFICAÇÕES DO SHA 2011

RELATÓRIO FINAL

Washington, D.C., 2024

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

Região das Américas

Guia metodológico para estimação e projeção de curtíssimo prazo dos gastos em saúde com base nas classificações do SHA 2011. Relatório final

OPAS/HSS/HS/23-0013

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2024

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 3.0 OIG de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

Fotografias: © OPAS

SUMÁRIO

SIGLAS E ABREVIATURAS	v
INTRODUÇÃO	1
ANTECEDENTES DAS PROJEÇÕES DE CURTO E LONGO PRAZO	2
FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ELEMENTO ESSENCIAL PARA A PROJEÇÃO DE CURTO PRAZO	3
FONTES DE DADOS E SEU USO	4
Fontes públicas	4
Fontes privadas	6
Fundos do resto do mundo	7
Dados macroeconômicos e dados não monetários	8
ESTIMAÇÃO DE PROJEÇÕES DE CURTO PRAZO DE ACORDO COM A FONTE DE	
INFORMAÇÃO MAIS IMPORTANTE	8
Estimação e previsão de curto prazo por regime relevante	10
Estimação e projeção de curto prazo de acordo com as receitas	
mais importantes dos regimes	13
CONTROLE DE QUALIDADE	16
IMPORTÂNCIA DA PROJEÇÃO DE CURTO PRAZO	23
REFERÊNCIAS	36

TABELAS

Tabela 1. Ações selecionadas para cada categoria de regime e receita de regime	9
Tabela 2. Descrição geral dos possíveis processos de estimação.....	10
Tabela 3. Validação das categorias associadas de HF e FS.....	16
Tabela 4. Estimativas dos gastos em saúde na Costa Rica de acordo com a proposta metodológica apresentada e de acordo com a Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde da OMS, 2018	18
Tabela 5. Valores das macrovariáveis usadas na estimação dos gastos em saúde na Costa Rica de acordo com o SHA 2011	22

FIGURA

Figura 1. Protótipo da relação entre regimes e receitas.....	14
---	----

ANEXOS

Anexo 1. Informações sobre regimes de financiamento em todos os países da América Latina e do Caribe	23
Anexo 2. Países da América Latina e do Caribe com contas de saúde publicadas, segundo a data mais recente.....	25
Anexo 3. Países da América Latina e do Caribe com informações orçamentárias centralizadas <i>on-line</i>	30
Anexo 4. Instituições que administram o seguro de saúde em países diversos da América Latina e do Caribe	34

SIGLAS E ABREVIATURAS

CRS	Sistema de Notificação de Países Credores (sigla em inglês)
CFP (PFC)	Consumo final privado
GGG (GGE)	Gastos do governo geral
GHED	Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde da OMS (sigla em inglês)
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB (GDP)	Produto interno bruto
n.c.o.p. (nec)	Não classificado em outra parte
SHA	Sistema de Contas de Saúde (sigla em inglês)



INTRODUÇÃO

A prestação de contas e a tomada de decisões informadas são essenciais para alcançar a saúde universal. O monitoramento dos fluxos de gastos e de financiamento em saúde, incluindo suas fontes e destinos, assegura a obtenção dos resultados desejados. Um sistema de informação sobre saúde financeira é essencial para esses fins. As contas de saúde visam apoiar o uso eficiente dos recursos alocados e a geração de mais saúde por unidade monetária gasta.

Conforme indicado na seção a seguir, as contas de saúde já têm um longo histórico e são usadas atualmente na maioria dos países. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publica esses resultados na Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde (GHED, na sigla em inglês) (1), embora com uma defasagem de 2 anos. **Os formuladores de políticas precisam de dados pelo menos do ano anterior (T-1) e, de preferência, os dados mais recentes. Não raro, o planejamento também requer estimações de curto prazo com antecedência.**

Para apoiar as políticas de saúde, são necessárias informações mais atualizadas. Nesse sentido, **este guia metodológico se destina a oferecer diretrizes para uma atualização rápida e robusta dos dados de gastos em saúde.** O guia foi concebido para a atualização de um número discreto de anos a ser feita pela equipe encarregada das contas nacionais, que tem maior acesso a fontes de informação mais apropriadas do que um terceiro externo ou um consultor. A projeção de curto prazo se refere à criação de dados para anos recentes (T-1 e T), mas os mesmos processos podem ser usados para fazer estimações com 1 ou 2 anos de antecedência.

Este documento tem como objetivo ilustrar as abordagens de projeção de curto prazo para os países da América Latina e do Caribe. O intuito é ajudar as equipes de contabilidade da área de saúde a dispor de estimativas mais atualizadas, com 1 ou 2 anos de antecedência, a fim de aumentar sua utilidade para os tomadores de decisão. Essa tarefa compete ao grupo nacional encarregado de preparar as contas. Como os países da Região das Américas estão colaborando no fornecimento de dados para a GHED, esta proposta pode ajudar os países a fornecer dados atualizados e discutir os valores com os funcionários da GHED, a fim de entender as possíveis diferenças nas estimativas e obter resultados coerentes.

Este documento permite examinar diversas opções de estratégias de atualização e estimação. No início, é apresentado um breve resumo das projeções de curto e longo prazo para compreender a natureza das abordagens aqui propostas. Em seguida, são revisados os principais pontos estratégicos a serem considerados na estrutura das contas de saúde, mais especificamente no financiamento. Isso é seguido de uma descrição das abordagens mais importantes para a projeção de curto prazo. Mostra-se uma lista de fontes de dados, descreve-se como elas podem ser usadas nas diversas abordagens, com uma nota especial sobre os regimes e as receitas dos regimes, e apresenta-se uma proposta de controle de qualidade. Esta publicação termina com uma observação sobre a relevância das projeções de curto prazo para as políticas.

ANTECEDENTES DAS PROJEÇÕES DE CURTO E LONGO PRAZO

Embora o foco deste guia recaia sobre as projeções de curto prazo, esta seção apresenta algumas observações sobre projeções de prazo mais longo.

Em 2000, como parte do projeto Partnerships for Health Reform, foi publicado o documento *A prototype health financing projection tool based on national health accounts: the EgyptPro model* (2), que descreve o desenvolvimento de uma ferramenta de projeção de gastos em saúde para avaliar os possíveis resultados de diferentes políticas econômicas em diferentes cenários. Essa publicação também ilustra um possível uso da projeção de dados de gastos.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (3) também usa modelos para descrever e criar projeções de gastos em saúde. O modelo não apenas apresenta o valor total dos gastos em saúde para cada Estado Membro, mas também leva em conta e descreve em detalhes um conjunto bastante amplo de atividades. Várias modalidades se aplicam, uma das quais é uma série temporal de referência que será ampliada para até 20 ou 30 anos no futuro. Naturalmente, essas projeções de longo prazo têm uma ampla variação nos intervalos de confiança; quanto mais longas forem as séries temporais no futuro, maior será o nível de incerteza dos dados pontuais.

Um dos projetos mais recentes é o do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de 2022 (4), que encomendou à Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, em colaboração com sete instituições latino-americanas, o desenvolvimento de um modelo de estimação de gastos em saúde para projetar esses gastos até 2050. As projeções se referem às mudanças previstas nos padrões demográficos e epidemiológicos das populações. Não se trata apenas de projetar os gastos para o futuro, mas sim de entender os efeitos da modificação dos fatores de risco das doenças não transmissíveis e do controle dos custos da atenção à saúde sobre o crescimento dos gastos atuais em saúde. Os determinantes dos gastos em saúde devem ser considerados para cada país (5).

As projeções têm um enorme valor agregado na tentativa de entender a evolução dos gastos em uma situação *ceteris paribus* (na qual se consideram mudanças em uma só variável, no caso, gastos em serviços de saúde, e as demais variáveis são mantidas constantes) durante um longo período.

O presente documento tem uma finalidade diferente, por exemplo, como lidar com dados faltantes em uma série de gastos, com 1 ou 2 anos de defasagem ($T-1$ e $T-2$, respectivamente). Esse enfoque também pode ser estendido para T e $T+1$, isto é, cerca de 4 anos à frente das estimativas defasadas atuais. Essas estimativas são muito importantes e de uso possivelmente regular, sobretudo no caso dos tomadores de decisões em saúde.

O relatório da OCDE *Improving the timeliness of tracking, now-casting and short-term forecasting of health spending*, publicado em 2021 (6), destaca vários modos de fazer previsões de curto prazo utilizados pelos países da OCDE para complementar os resultados de suas contas de saúde. O intuito é incentivar os países a investir na geração de dados mais oportunos.

Alguns Estados Membros da OCDE usam técnicas relativamente simples para estimar seus gastos em saúde, descritas a seguir:

- Alemanha, Coreia e Lituânia se concentram em seu programa principal de financiamento público, usam o crescimento histórico e pressupõem que as taxas de crescimento estimadas para um regime também se aplicam a outros regimes.
- O Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte estima apenas as taxas de crescimento para cada regime de financiamento.
- Eslovênia, Hungria, Irlanda, Islândia e Suécia aplicam uma técnica mista na qual usam valores absolutos de gastos para alguns regimes e estimam taxas de crescimento para outros.
- Países como Áustria, onde os dados reais são muito atualizados, preferem usar valores absolutos em vez de taxas de crescimento.
- Países Baixos (Reino dos) e Portugal, junto com outros países, tendem a combinar regimes de financiamento com dados de provedores, estimando as categorias mais importantes, por exemplo, gastos farmacêuticos ou dados de seguro de saúde.
- O Canadá usa métodos econométricos para as projeções de curto prazo.

No caso da América Latina e do Caribe, as abordagens de projeção de curto prazo podem começar explicando o que é feito na GHED. De maneira progressiva, os países podem adotar uma técnica mais elaborada, adaptada à disponibilidade e necessidade de dados.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ELEMENTO ESSENCIAL PARA A PROJEÇÃO DE CURTO PRAZO

As contas de saúde oferecem informações¹ com o objetivo fundamental de fornecer dados de **gastos** para facilitar a análise das políticas (existentes e novas ou planejadas) com base na estrutura financeira e nos fluxos dentro do sistema de saúde. Além de embasar as políticas públicas de um país, também se destinam a servir de base para comparações internacionais. Por isso, é importante que os agregados sejam medidos de modo coerente, com classificações e metodologias padronizadas em nível internacional. Eles fornecem informações sobre a quantidade total de recursos empregados, como esses recursos se originam, como são usados e geridos, para que fins e quem se beneficia deles.

¹ O sistema de contas de saúde (SHA, na sigla em inglês) é a estrutura padrão mundial para medir os fluxos de gastos em saúde. Esse sistema apresenta um conjunto coerente de limites, definições e classificações. Esse é o resultado de uma consulta mundial envolvendo especialistas de 130 países e coordenada pelos órgãos responsáveis pela produção de estatísticas de saúde. A implementação do SHA 2011 é a base do relatório dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico e da Organização Mundial da Saúde (em caráter voluntário) e dos membros da União Europeia, para os quais é obrigatório desde 2016.

A análise dos gastos em saúde de acordo com a estrutura do SHA 2011 (7) permite que os países tenham dados comparáveis ao longo do tempo. Isso exige um ambiente institucionalizado para gerar as séries básicas e promover seu uso (8). Os dados estão disponíveis em nível nacional, bem como na GHED da OMS, com uma publicação atualizada todos os anos, geralmente com defasagem de 2 anos ou mais. A OMS estima os dados necessários para assegurar que todos os países possam receber informações de T-2. Embora seja útil para o planejamento, o monitoramento e a avaliação, essa lacuna torna as contas de saúde menos atraentes para os formuladores de políticas, que necessitam de informações mais atualizadas.

A estrutura conceitual do SHA 2011 tem três eixos e inclui, em cada um deles, o consumo, a produção e o financiamento dos serviços de saúde. A dimensão financeira, em particular, tem quatro classificações que permitem uma análise detalhada dos fluxos: i) unidades institucionais que fornecem os recursos; ii) mecanismos usados para financiar o sistema de saúde; iii) agentes que administram os recursos; e iv) regimes ou arranjos que regem o uso dos recursos. Atualmente, é feito um acompanhamento internacional mais amplo dos regimes de financiamento, isto é, os acordos por meio dos quais as pessoas obtêm serviços de saúde (A que a população tem direito? Quais são as normas que regem esses direitos?) e das receitas usadas pelos acordos (Quais são os mecanismos para financiar o sistema?). Dada a importância dos regimes de financiamento e de suas receitas, este guia se concentra neles para atualizar os dados sobre os gastos em saúde.

FONTES DE DADOS E SEU USO

Uma medida inicial é promover mudanças nas políticas que afetem o conteúdo da prestação de serviços de saúde e os respectivos gastos. Essa ação abrange planos de políticas, mas também mudanças na cobertura e nos planos de benefícios por regime específico, como seguros governamentais, sociais e privados. Se for esse o caso, é aconselhável buscar dados relevantes (financeiros e não financeiros) para estabelecer as respectivas variações nos gastos.

As contas de saúde são compiladas com uma grande quantidade de dados de diferentes tipos, alguns mais robustos e confiáveis do que outros (ver uma compilação das fontes disponíveis para a Região nas tabelas apresentadas nos Anexos 1 e 2). Para todas as fontes, tanto públicas como privadas, a prioridade é o uso de dados administrativos. No entanto, se houver planejamento de pesquisas complementares para gerar projeções de curto prazo, podem-se consultar pelo menos os gastos previstos dos principais agregados dos anos mais recentes (T-2 é informado, mas pode-se tentar gerar projeções dos gastos previstos para T-1, T e T+1).

Fontes públicas

Na maioria dos países, as fontes públicas de dados estão amplamente disponíveis. As mais importantes são orçamentos e relatórios financeiros de entidades públicas, como instituições de seguridade social. Destacam-se também declarações de impostos, registros de importação e

exportação e registros de compras e contratações públicas, que podem ser usados mesmo que apenas para referência ou para cruzamento de informações.

Os dados orçamentários mais importantes e mais utilizáveis estão relacionados aos orçamentos executados pelos ministérios da Saúde e entidades públicas. Em todo e qualquer orçamento, assim como em outros documentos, convém verificar, por exemplo, as diferenças de conteúdo em relação aos limites do SHA 2011². Além dos orçamentos executados, as versões preliminares que ainda não foram auditadas são uma fonte muito boa de informações para as partes governamentais das classificações do SHA. Caso esses orçamentos não estejam disponíveis, é possível utilizar os dados dos orçamentos votados para o período sob exame. Nesse caso, é importante encontrar a diferença esperada entre os orçamentos disponíveis e a execução. Isso significa que é necessário fazer comparações de séries temporais, por exemplo, entre os orçamentos já votados e os executados. Qualquer diferença entre os dois pode indicar a necessidade de correções. Também é importante seguir as principais categorias orçamentárias, como medicamentos e recursos humanos, para acompanhar no tempo e no espaço.

Em muitos casos, as instituições de seguridade social publicam relatórios financeiros, embora apenas em níveis relativamente altos de agregação, mas o total de gastos em saúde costuma estar disponível.

Se necessário, os dados publicados conforme a Classificação por Função de Governo (COFOG) (9) podem ser um complemento e uma fonte útil para muitas séries governamentais. A COFOG pode ser usada tanto para fins de comparação com os dados das contas nacionais sobre os gastos públicos quanto para os detalhes da classificação. Embora essas informações possam não ser usadas diretamente³, a tendência e a composição podem fornecer informações úteis para o desenvolvimento dos dados sobre as rubricas dos gastos públicos.

Como alguns fluxos de gastos públicos podem não estar incluídos no orçamento (extraorçamentários), esses fluxos também devem ser procurados, identificados e documentados. Com a COVID-19, esses fluxos aumentaram, e será preciso verificá-los continuamente.

Os governos subnacionais são comparáveis à gestão de nível nacional para previsões imediatas quando há dados disponíveis. Por exemplo, em países como o México, cujo sistema é descentralizado, o SICUENTAS é uma plataforma em que cada estado informa seus gastos de forma sistemática para as tabelas do SHA. O Brasil também tem um sistema de apresentação de relatórios para os níveis subnacionais. No caso de países sem um sistema de informações adequado que abranja o nível subnacional, pode-se considerar a realização de pesquisas.

Para cada fonte de dados, é necessário levar em conta os pontos listados a seguir.

- Se os dados se referem a gastos correntes ou de capital, ou seja, se os dois tipos de gastos estão separados. O SHA separa as informações entre gastos correntes e de capital. No processo de projeção de curto prazo, a ênfase recai sobre os gastos correntes, pois os gastos de capital podem ser menos previsíveis.

² Por exemplo, estabelecimentos de saúde podem prestar serviços fora da área de saúde, como água e saneamento, e os registros podem estar relacionados à prestação de serviços de anos anteriores, entre outros.

³ Para obter mais informações sobre as diferenças entre a COFOG e o SHA, ver o Anexo A do SHA 2011.

- Se houver elementos fora dos limites dos gastos em saúde, conforme definidos pelo SHA 2011, eles devem ser monitorados e informados separadamente (como itens abaixo da linha).
- Se estão incluídas as transferências para outras instituições. Isso é importante para detectar e eliminar uma possível duplicidade de contabilização dos gastos.
- Se a orçamentação, o pagamento e o registro são feitos com base no regime de caixa ou de competência. O SHA usa o regime de competência. Isso significa que, ao registrar os montantes dos gastos, considera-se o momento em que os recursos são usados (momento em que os serviços são prestados e consumidos), independentemente do momento em que são pagos.

Fontes privadas

De modo geral, fontes privadas não são incluídas no sistema de informações sobre o financiamento da saúde, embora o sistema de gestão de informações de saúde (HIMS, na sigla em inglês) possa conter dados privados não financeiros. Na falta de relatórios institucionalizados, as fontes privadas estão menos disponíveis. Os registros de empresas e os censos econômicos não costumam ser feitos e atualizados todos os anos. Por esse motivo, quando presentes, os dados tendem a ser de um período mais antigo e parcial. É possível buscar fontes de dados privadas referentes a companhias de seguro, organizações não governamentais, empresas e gastos familiares.

Uma fonte de dados sobre gastos familiares em saúde é a classificação do consumo individual de acordo com a finalidade (COICOP, na sigla em inglês) (10), que fornece informações sobre o consumo das famílias conforme a finalidade. A COICOP está vinculada aos dados de consumo final privado das contas nacionais. As tabelas da contabilidade nacional apresentam os gastos por setor de atividade econômica, um dos quais é atenção à saúde e social. Muitas vezes, o setor inteiro é apresentado. A apresentação dos dados nem sempre é subdividida em seus três componentes principais: saúde (seção Q86) e assistência social com e sem alojamento (seções Q87 e Q88, respectivamente).

Os gastos de consumo privado em saúde não são idênticos aos gastos com pagamento direto do bolso, pois alguns componentes devem ser acrescidos e outros, deduzidos. Por exemplo, dados relacionados a produtos médicos são acrescidos, pois não são tratados dentro da área de saúde (Q), e sim no setor de atividade de comércio (G) nas contas nacionais; dados sobre gastos das famílias em seguros (K) são deduzidos e separados. Em princípio, por definição, os pagamentos antecipados não fazem parte dos pagamentos direto do bolso.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) é uma base para os dados de gastos de consumo nas contas nacionais e pode ser útil para estimar o nível de pagamentos diretos (11). Os dados da POF devem ser triangulados com os componentes específicos associados, de preferência em cooperação com os encarregados das contas nacionais. Os componentes associados mais diretamente são as vendas no varejo de produtos médicos pagos pelas famílias. Essas pesquisas podem variar de um país para o outro, pois os detalhes não estão padronizados na Região.

As companhias de seguro podem informar aos bancos centrais ou à superintendência de seguros, que informa os fluxos financeiros relacionados às atividades de saúde de maneira agregada. As organizações coordenadoras e as companhias de seguro costumam informar os sinistros e os

prêmios. Os agregados podem ser usados e complementados com pesquisas dos principais seguros para obter mais detalhes.

As instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (ISFLSF) podem ser notificadas por uma organização coordenadora ou por um órgão público responsável pelo registro de suas operações. Esses registros são menos frequentes e são atualizados com a área de trabalho, a atividade e os montantes relacionados aos gastos em saúde. Não raro, são obtidos por meio de pesquisas junto aos principais órgãos e por meio de uma amostra dos que têm menores gastos em saúde. Recomenda-se uma triangulação para comparar o nível estimado com as doações externas canalizadas diretamente para as ISFLSF.

Os gastos em saúde das empresas podem estar disponíveis em seus registros enviados aos órgãos de estatística (ou em pesquisas com empresas), embora não costumem ser frequentes nem detalhados, motivo pelo qual não é fácil usá-los para fazer projeções de curto prazo. Contudo, uma comparação das séries temporais dos principais atores desse grupo pode fornecer uma tendência útil para a estimação dos últimos anos. Caso as empresas sejam obrigadas por lei a oferecer assistência médica *in loco*, o crescimento do emprego entre essas empresas pode ser útil.

Registros do varejo

Os fornecedores de produtos médicos precisam de atenção especial, pois os gastos costumam ser altos nesse grupo e, em muitos países, uma grande parte está diretamente relacionada aos pagamentos diretos do bolso. Isso abrange farmácias e varejistas de óculos e aparelhos auditivos, bem como outros fornecedores de próteses e órteses.

Quando existe um grande número de varejistas, é mais factível usar os dados dos maiores fornecedores e estimar o restante em combinação com as séries existentes nesse grupo de fornecedores. Às vezes, é viável criar uma breve pesquisa (por telefone ou por meio eletrônico) para coletar alguns dados sobre os totais de gastos que podem ser extrapolados. Como opção, os dados das contas nacionais dos varejistas podem ser úteis, mesmo que apenas para determinar a tendência.

Os fornecedores de dados de mercado podem ter uma estimativa, mas, na maioria dos casos, é possível obtê-las por meio de compra, considerando os últimos anos e as projeções (por exemplo, IQVIA para medicamentos).

Fundos do resto do mundo

O resto do mundo pode ser uma importante fonte de financiamento do sistema de saúde de um país. Se for esse o caso, é necessário verificar os dados disponíveis no Ministério da Fazenda, no Ministério da Saúde e nas instituições associadas para obter as informações a serem usadas no processo. Os relatórios dos principais doadores do país são uma segunda fonte de informação, bem como a base de dados do Apoio Oficial Total para o Desenvolvimento Sustentável (TOSSD, na sigla em inglês) (12). Por último, o Sistema de Notificação de Países Credores (CRS, na sigla em inglês) do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (DAC, na sigla em inglês) da OCDE (13), pode ser uma ferramenta útil.

A consideração dos dados é a mesma que no caso de um estudo regular do SHA (14), incluindo os limites, a integridade, a possível duplicidade de contabilização com outras fontes, a tempestividade e as doações plurianuais, entre outros aspectos. Os dados dos doadores, como os relatórios da OCDE e do DAC, referem-se a desembolsos, e não a gastos, o que pode torná-los menos desejáveis em comparação com os números dos gastos do país.

Dados macroeconômicos e dados não monetários

Embora em muitos casos as fontes de dados financeiros e de despesas sejam suficientes para fazer as extrapolações propostas, pode ser útil levar em conta dados não relacionados aos gastos. Entre os exemplos desse tipo de dado, destacam-se os determinantes dos gastos em saúde hospitalares — como dias de internação, tempo médio de permanência e serviços ambulatoriais e número de consultas —, que podem ser usados para se ter uma ideia da variação dos gastos nos últimos anos. Por exemplo, na epidemia de COVID-19, o diagnóstico é um dado necessário.

A conjuntura econômica, como a dinâmica da variação de preços, também deve ser levada em conta. Os dados macroeconômicos, como os gastos públicos, o consumo final privado, o produto interno bruto (PIB), a oferta e a demanda e os dados demográficos podem ser úteis para as projeções. A tendência das informações detalhadas sobre as vendas no varejo de produtos médicos pode ser triangulada com os dados da pesquisa nacional de renda e despesas familiares e com os dados da COICOP. As informações sobre os gastos das companhias de seguro privadas e públicas também podem ser comparadas com as variações no número de segurados por faixa etária e com as tendências de prêmios e sinistros.

ESTIMAÇÃO DE PROJEÇÕES DE CURTO PRAZO DE ACORDO COM A FONTE DE INFORMAÇÃO MAIS IMPORTANTE

A OMS e a OCDE têm longa experiência com processos de projeção de curto prazo (15, 16). A OMS usa vários métodos para criar e publicar a base de dados GHED (17). Na maioria dos casos, esses métodos usam séries temporais já disponíveis e várias séries de dados macroeconômicos, como o consumo final privado, o gasto do governo geral e o PIB.

Primeiro, convém considerar o contexto, no caso de uma política poder alterar ou modificar a tendência atual da série a ser projetada. Os dados a serem usados como referência para a extrapolação devem ser avaliados para cada característica principal da série do SHA. Os gastos correntes e os gastos de capital devem ser separados, e os limites de saúde (por exemplo, cobertura em nível nacional, central ou subnacional) devem ser verificados, entre outras ações (Tabela 1).

É necessário tomar as decisões correspondentes. Por exemplo, se os gastos de capital estiverem incluídos nos últimos anos estimados com os dados orçamentários e não puderem ser separados, é aconselhável buscar dados de gastos de capital de anos anteriores para fazer uma avaliação do nível desses gastos e corrigi-los.

Tabela 1. Ações selecionadas para cada categoria de regime e receita de regime

Objetivo	Se não for possível ou se não houver dados disponíveis	Ação
Separar os gastos correntes e de capital	Usar as séries de gasto total em saúde (GTS) e os gastos correntes em saúde (GCS) para avaliar as diferenças na taxa de crescimento	Usar a taxa de crescimento corrigida nos GCS para projetar em curto prazo
Separar os gastos em saúde do que não é gasto em saúde	Estimar a influência de atividades que não correspondem à saúde no passado	Incluir apenas os gastos em saúde
Verificar as variações de preços, prêmios e contribuição	Entrar em contato com os atores mais relevantes para obter informações e avaliar as consequências do grupo	Usar as taxas de crescimento por ator e agregá-las
Verificar as políticas atuais	Avaliar a influência no volume e nos gastos em cada categoria	Estabelecer a potencial direção da variação (aumento ou diminuição) e o nível de variação
Verificar mudanças recentes nas políticas	Estimar a influência de novas políticas em cada ator	<ul style="list-style-type: none"> - Usar taxas de crescimento corrigidas para cada ator e agregá-las - Adicionar ou eliminar a influência estimada da nova política nos gastos totais de cada grupo relevante

Fonte: OPAS.

Após cumprir esses passos iniciais, todos os indicadores e categorias da série devem ser estimados para os anos mais recentes. Em princípio, a estimação deve ser feita desde o nível de agregação mais baixo até o mais alto. No entanto, com base na disponibilidade de dados confiáveis em cada nível, em alguns casos isso pode significar que os dados são estimados no nível de dígito mais alto, e que as subcategorias são derivadas desse nível (de cima para baixo ou de desagregação). A Tabela 2 apresenta uma visão geral dos possíveis processos de estimação a serem usados.

Tabela 2. Descrição geral dos possíveis processos de estimação

Início	Estimação	Início	Estimação
Primeiro dígito		Segundo dígito	
HF.1 HF.1.1 HF.1.2	$HF.1_{T-2} * GGE_{T-1} / GGE_{T-2}$ $HF.1.1_{T-2} / HF.1_{T-2} * HF.1_{T-1}$	HF.1 HF.1.1 ou ou	Soma das partes $HF.1_{T-2} / HF.1_{T-3} * HF.1_{T-2}$ $HF.1.1_{T-2} * GGE_{T-1} / GGE_{T-2}$ Fórmula de crescimento médio $(HF.1.1_{T-1} / HF.1.1_{T-N})^{(1/(T-T-N))}$
HF.2 HF.2.1 HF.2.2	$HF.2_{T-2} * PFC_{T-1} / PFC_{T-2}$ $HF.2.1_{T-2} / HF.2_{T-2} * HF.2_{T-1}$	HF.2 HF.2.1	Soma das partes $HF.2.1_{T-2} / HF.2.1_{T-3} * HF.2.1_{T-2}$ $HF.2.1_{T-2} * PFC_{T-1} / PFC_{T-2}$ Fórmula de crescimento médio $(HF.2.1_{T-1} / HF.2.1_{T-N})^{(1/(T-T-N))}$
HF.3 ou	$HF.3_{T-2} * PFC_{T-1} / PFC_{T-2}$ $HF.3_{T-2} * GDP_{T-1} / GDP_{T-2}$	HF.3 HF.3.1 ou e HF.3.2	Soma das partes $HF.3.1_{T-2} * PFC_{T-1} / PFC_{T-2}$ $HF.3.1_{T-2} * GDP_{T-1} / GDP_{T-2}$ Para o setor público – taxa de crescimento do GGG $HF.3.2_{T-2} * GGE_{T-1} / GGE_{T-2}$ Para o setor privado – taxa de crescimento do CFP $HF.3.2_{T-2} * PFC_{T-1} / PFC_{T-2}$

Fonte: OPAS.

Estimação e previsão de curto prazo por regime relevante

Soma de componentes

Na soma de componentes (HF, na sigla em inglês), a abordagem mais básica está relacionada à composição do agregado, conforme descrito a seguir.

- O total é formado pela soma de todos os seus componentes: $T = A + B + C$. Por exemplo, no SHA, isso poderia ser (T) = HF.1 Regimes governamentais e contributivos compulsórios de financiamento da atenção à saúde = (A) HF.1.1 Regimes governamentais + (B) HF.1.2 Regimes contributivos compulsórios de seguro de saúde.
- Essa equivalência permite gerar diferenças (deduzindo do total alguns componentes conhecidos); por exemplo, $C = T - A - B$ (C = HF.2.2 Regimes de financiamento das ISFLSF = (T) HF.2 Regimes de pagamento voluntário de atenção à saúde – (A) HF.2.1 Regimes voluntários de seguro de saúde) – (B) HF.2.3 Regimes de financiamento corporativo.
- Projetar no curto prazo um total após estimar cada componente (novo T = novo A + novo B + novo C; um exemplo poderia ser HF Total de planos de saúde = GCS = HF.1 Regimes governamentais e regimes contributivos compulsórios de financiamento da atenção à saúde + HF.2 Regimes de pagamento voluntário de atenção à saúde + HF.3 Pagamentos diretos do bolso das famílias).

- Atualizar ou estimar um total e recalcular cada componente, com base na estrutura antiga: (novo T = antigo A% × novo T + antigo B% × novo T + antigo C% × novo T). Por exemplo, novo GCS estimado com base no GGG = antiga porcentagem de HF.1 × novo GCS + antiga porcentagem de HF.2 × novo GCS.

HF.1 Regimes governamentais e regimes contributivos compulsórios de financiamento da atenção à saúde. Resulta da soma dos componentes de HF.1 (de baixo para cima). Como opção, HF.1 pode ser estimado caso se considere que mantém uma relação estável com os gastos do governo geral (GGG). Nesse caso, a proporção de HF.1 no GGG no ano anterior (T-2) pode ser aplicada para estimar os anos seguintes (Tabela 2).

HF.1.1 Regimes governamentais⁴. É um componente de HF.1 e, portanto, dos gastos do grupo de regimes governamentais. No caso dos componentes governamentais, é importante identificar as políticas e os possíveis efeitos diretos e indiretos. Por exemplo, espera-se que a criação de um novo regime especial para o funcionalismo público aumente os gastos públicos. Além disso, pode estar associado à redução do GGG ou do seguro voluntário. Contudo, pode ser necessário algum tempo até que essas mudanças se manifestem e se tornem visíveis.

No caso de mudanças inesperadas, pode ser usada a taxa de crescimento dos pagamentos diretos do bolso. Quando o agregado de nível mais alto (HF.1) tiver sido estimado, a proporção do ano anterior de HF.1.1 pode ser usada em HF.1. Por último, é sempre útil verificar qual dos métodos fornece a estimativa mais aceitável, conforme discutido na validação.

Quando é preciso informar subcategorias, como HF.1.1.1; HF.1.1.2; e HF.1.1.1.1 e HF.1.1.1.2, o mesmo enfoque pode ser aplicado; isto é, identificar referências de informações específicas. Do contrário, toma-se a parte anterior ao agregado principal ou aplicam-se as taxas de crescimento. É necessário fazer uma verificação cruzada entre o total estimado e a soma de suas partes.

HF.1.2 Regimes contributivos compulsórios de seguro de saúde. Também é uma soma dos componentes. Como no caso de HF.1.1, esta categoria pode ser estimada como uma proporção de HF. 1, caso HF.1 seja calculado como um agregado. Outra opção é utilizar dados sobre emprego formal e salários médios e a cobertura da seguridade social ou das companhias de seguro social de saúde como referência para projetar as tendências.

HF.1.2.1 Regimes de seguridade social. Caso estejam disponíveis, os dados de seguridade social podem ser usados para estimar os gastos em saúde nessa atividade. Se o seguro social de saúde fizer parte do sistema de seguridade social (incluindo, por exemplo, os benefícios não relacionados à saúde) e os dados relativos à saúde ainda não estiverem disponíveis separadamente, a taxa de crescimento da instituição de seguridade social pode ser usada em combinação com gastos em saúde disponíveis de anos anteriores (por exemplo, a taxa de crescimento do total da seguridade social e a parcela da saúde da seguridade social no gasto de seguridade social). Como opção, se esses dados não estiverem disponíveis, pode-se utilizar o crescimento dos gastos públicos em saúde ou o crescimento do GGG na estimação. É claro que, após fazer uma estimação, sua

⁴ Em muitos países, há relatórios anuais do governo que projetam a economia do país. Por exemplo, no Peru, existem quadros macroeconômicos plurianuais. Esses relatórios podem ser usados como material de referência ou como um processo de atualização e projeção de curto prazo.

validade precisa ser verificada por meio de consultas a especialistas da área, e o processo precisa ser documentado nos metadados.

HF.2 Regimes de pagamento voluntário da atenção à saúde. É o resultado da soma dos componentes. Os gastos privados costumam ser mais difíceis de estimar do que os gastos públicos. Em muitos casos, há menos fontes de dados disponíveis. As fontes de dados para o setor privado geralmente não são geradas com frequência; assim, quando estão disponíveis, referem-se a um período muito mais antigo. Nesse caso, a confiabilidade das informações privadas é reduzida. HF.2 também pode ser estimado com a proporção de T-2 e os dados do consumo final privado (CFP) de T-2 e T-1.⁵

HF.2.1 Regimes voluntários de seguro de saúde. Costumam ser administrados por companhias de seguro privadas, que podem ter dados sobre períodos recentes relacionados às suas atividades de seguro e estar dispostas a fornecê-los. Também é possível que as organizações coordenadoras ou as autoridades financeiras que supervisionam o setor de seguros disponham de dados agregados. Isso significa que é provável que tenham dados sobre prêmios e sinistros relacionados a despesas médicas disponíveis para as estimativas necessárias de T-1. Há algumas outras opções, uma das quais está relacionada à taxa de crescimento de todos os seguros em combinação com o crescimento do seguro de saúde de anos anteriores. Como último recurso, uma opção é usar o crescimento do CFP.

HF.2.2. Regimes de financiamento das ISFLSF. Em muitos países, as organizações não governamentais (ONGs) e as ISFLSF compreendem um grande número de organizações pequenas com diferentes atividades, e sua administração financeira pode ser simplificada e não atualizada, como é o caso da maioria das organizações privadas. É possível que algumas entidades importantes tenham dados atualizados sobre suas atividades e estejam dispostas a compartilhá-los. Esses dados podem ser usados como uma medida indireta do crescimento de todas as unidades na área. Como opção, pode-se usar a taxa de crescimento do CFP.

HF.2.3 Regimes de financiamento corporativo. As empresas com atividades na área de saúde são um dos componentes com menos informações disponíveis para gerar estimativas. Como costuma haver regulamentação sobre quando esses serviços devem ser prestados, uma variação no número de empresas ou de funcionários pode orientar a estimativa. No entanto, na maioria dos países, na ausência de regulamentação, o crescimento do CFP ou do PIB pode ser usado como medida indireta para gerar dados de T-1.

HF.3 Pagamentos diretos do bolso das famílias. Os pagamentos diretos do bolso das famílias são um dos componentes mais relevantes para as políticas a serem estimados. De modo geral, não existem dados recentes disponíveis sobre os gastos das famílias. Embora as contas nacionais também usem os dados da pesquisa para suas estimativas e cálculos do consumo final privado e gastos com consumo de saúde, o limite das contas nacionais não é idêntico ao dos pagamentos diretos do bolso. Em outras palavras, o conceito de saúde na contabilidade nacional e nas contas de saúde não é o mesmo.

5 O consumo final privado (CFP) e o consumo final do governo fazem parte do consumo final (CF). O CF pode ser abordado em termos dos bens e serviços adquiridos, ou seja, o CF real ou os gastos em que a população residente incorre (gastos em CF).

O ideal é que o departamento de contas nacionais publique ou tenha dados disponíveis sobre a área de saúde nas atividades de saúde e assistência social. Como o limite de saúde nas contas nacionais não é idêntico ao limite de saúde no SHA, o uso de dados da contabilidade nacional exige a inclusão de outras informações para homologar o limite de saúde das contas nacionais e do SHA. Por exemplo, despesas com medicamentos e outros produtos médicos devem ser acrescentadas, pois fazem parte da área de comércio na contabilidade nacional. Esse ajuste pode resultar em uma melhor estimativa dos pagamentos diretos do bolso.

Contudo, as contas nacionais não costumam ter esse nível de detalhe. A situação mais frequente é obter um agregado das atividades de saúde e assistência social. No entanto, a maior parte da assistência social está fora da área de saúde. Na falta de detalhes, os dados de saúde e assistência social podem ser usados como uma medida indireta para estimar os pagamentos diretos do bolso. Como último recurso, pode-se utilizar a proporção de pagamentos diretos de T-2 no CFP e nos dados do CFP de T-1 ou a taxa de crescimento do CFP para atualizar os pagamentos diretos.

Caso necessário, HF.3.1 e HF.3.2 podem ser estimados separadamente, mas o nível de precisão é inferior ao da estimativa dos pagamentos diretos, a menos que haja dados disponíveis sobre sua participação no financiamento desses gastos.

HF.4 Regimes de financiamento do resto do mundo (não residentes). No caso do financiamento de regimes do resto do mundo, ou seja, um tipo de seguro localizado no exterior com regras estrangeiras, mas usado para pagamentos de serviços financiados no país, as fontes de dados são escassas. Existe a possibilidade de usar parte do financiamento do resto do mundo para T-2, estimando a proporção de HF.4 ao subtrair HF.1 de HF.3 de T-2 e aplicá-la à soma dos componentes de T-1.

Estimativa e projeção de curto prazo de acordo com as receitas mais importantes dos regimes

As receitas dos regimes⁶ são as fontes que os agentes financeiros podem usar para pagar os provedores que operacionalizam os benefícios dos regimes pela prestação dos respectivos serviços. Portanto, embora estejam associadas, essas duas classificações (receitas de regimes e regimes) são de natureza diferente. Há dois pontos importantes a serem considerados. Um deles é que existem tipos específicos de receita para cada tipo de regime. O outro é que os montantes das receitas a serem incluídos nas contas devem ser equivalentes aos dos respectivos regimes, pois se espera que reflitam os recursos que os regimes usaram (Figura 1). O processo de projeção de curto prazo é mais fácil quando existe uma relação de um para um entre um regime e suas receitas. Contudo, quando há mais de uma receita, é necessário um esforço para projetar suas proporções.

⁶ Algumas categorias de classificação não são mencionadas aqui, como FS.4 Pré-pagamento compulsório. Uma descrição completa pode ser consultada na Tabela 8.2 do SHA 2011.

Figura 1. Protótipo da relação entre regimes e receitas

Regimes de financiamento (HF)		Receitas de regimes de financiamento (FS)
Governo	↔	Transferências governamentais e doações externas
Seguridade social	↔	Contribuições e transferências governamentais
Seguro de saúde voluntário	↔	Prêmios e pré-pagamentos
Pagamentos diretos das famílias	↔	Recursos das famílias
ONG e ISFLSF	↔	Doações externas e internas, receitas próprias e transferências governamentais
Empresas	↔	Receitas próprias

ONG: organizações não governamentais; ISFLSF: instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias.

Fonte: OPAS.

A soma das receitas dos regimes (FS) equivale à soma dos gastos dos regimes de financiamento.

FS.1 Transferências de receitas domésticas governamentais (para a saúde). Representa a soma dos componentes das transferências governamentais usadas pelos regimes. Diferentemente das outras rubricas de classificação de FS, define para onde vão os recursos e quais regimes constituem o receptor final. As outras partes da classificação da receita dos regimes estão relacionadas à origem do financiamento.

FS.1.1 Transferências internas. São a principal fonte usada pelos regimes governamentais. A principal fonte de informações é o orçamento executado pelo Ministério da Saúde. Naturalmente, esse fluxo está relacionado a HF.1, mas não é idêntico. Em princípio, no entanto, a taxa de crescimento usada para estimar HF.1 também poderia ser usada para estimar FS.1.1.

Se necessário, as outras categorias de FS.1 podem ser estimadas separadamente.

FS.1.2 Transferências governamentais em nome de grupos específicos. Estão relacionadas a transferências, em sua maior parte para a seguridade social de grupos específicos da população, e podem ser uma categoria que exige atenção especial. Por exemplo, as estimativas podem ser baseadas no número de pessoas dos diversos grupos que têm direito a esse tipo de apoio. A evolução do número de pessoas em caso de necessidade, combinada a uma variação de preço estimada, pode fornecer um montante possível dos gastos nos últimos anos.

FS.2. Transferências de origem externa distribuídas pelo governo. Podem ser estimadas com base em um crescimento médio de 3 ou 5 anos dos dados de gastos desembolsados ou executados, que podem ser um indicador para a estimação. Nesse caso específico, é muito útil fazer uma verificação por meio do cruzamento de HF e FS. De modo geral, informações atualizadas sobre as doações acordadas estão disponíveis. Como isso pode variar, a primeira opção é procurar essas informações. É dada atenção especial para assegurar que sejam incluídos os chamados gastos extraorçamentários (doações que não são registradas no orçamento, mas

que são gastas pelas unidades governamentais). Um último recurso são os dados de desembolso dos doadores informados no CRS da OCDE. Como os dados do CRS (e, mais especificamente, os dados dos doadores que passam pelo governo) são menos estáveis, é mais difícil fazer uma estimativa adequada com base em uma taxa de crescimento. Pode-se levar em conta que $HF.1.1 = FS.1.1 + FS.2$.

FS.3 Contribuições para a seguridade social. Referem-se às contribuições dos empregados assalariados, dos empregadores, dos trabalhadores autônomos e de outros grupos para esses regimes de saúde da seguridade social. Esta categoria de receita está vinculada a HF.1.2.1, mas não é idêntica. A maior diferença é a transferência do governo para grupos populacionais específicos, FS.1.2. Pode-se fazer uma estimativa com base no crescimento de HF.1.2.1 e FS.3 no passado. Se necessário, códigos detalhados podem ser acrescentados para as contribuições dos grupos já mencionados.

FS.4 Pré-pagamento privado compulsório. Pode ser estimado com base na taxa de crescimento dos anos anteriores em combinação com o CFP.

FS.5 Pré-pagamento voluntário. Refere-se a prêmios voluntários de seguro de saúde. Um *link* direto para o respectivo HF é uma boa maneira de fazer a estimativa. Caso haja informações disponíveis sobre o crescimento dos prêmios, elas podem ser aplicadas na estimativa. Além disso, é incorporada a variação do número de segurados ou apólices. Se necessário, códigos detalhados podem ser acrescentados para os diversos subgrupos de receita.

FS.6 Outras receitas domésticas. É uma soma dos componentes, dos quais FS.6.1 (ver a seguir) é o mais importante.

FS.6.1 Outras receitas das famílias. É a rubrica mais importante de FS.6. Está diretamente vinculada a HF.3 na estimativa dos últimos anos.

FS.6.2 Outras receitas provenientes de empresas. Pode ser considerado equivalente ao regime associado (HF.2.3).

FS.6.3 Outras receitas de ISFLSF. Os dados estão associados ao regime de ISFLSF (HF.2.2). Suas receitas costumam estar relacionadas a FS.7, por isso as estimativas precisam levar em conta os fluxos externos.

FS.7 Transferências diretas para o exterior. É a soma de seus componentes.

FS.7.1 Transferências financeiras diretas para o exterior. Em princípio, FS.7.1 pode ser vinculado a HF.2.2, pois a maior parte do financiamento estrangeiro direto se destina às ISFLSF no país. Se necessário, podem ser acrescentados códigos detalhados.

CONTROLE DE QUALIDADE

A verificação cruzada de HF e FS permite verificar as relações entre as categorias relevantes nas duas classificações, detectar erros e corrigi-los (Tabela 3). A equivalência entre as tabelas e a relação entre variáveis e classificações são subjacentes ao controle de qualidade. Alguns exemplos podem ser mencionados: $HF.1.1 = FS.1.1 + FS.2$. Nesse caso, pode ser que HF.1.1, estimado com base, por exemplo, no crescimento do GGG, seja substituído pela soma dos dois componentes de FS. O componente HF.1.2.1, seguridade social, não apenas consiste em contribuições de empregados e empregadores, mas também pode conter uma transferência governamental e outra transferência para grupos populacionais específicos. Esses fluxos também podem influenciar os resultados do processo de projeção de curto prazo.

Tabela 3. Validação das categorias associadas de HF e FS

Regimes de financiamento (HF)		Receitas de regimes de financiamento (FS)	
HF.1			FS.1
	HF.1.1	←	FS.1.1
	HF.1.2	←	FS.1.2
	HF.1.2.1	←	FS.2
HF.2			FS.3
	HF.2.1	←	FS.5
	HF.2.2	←	FS.6
	HF.2.3	←	FS.6.1
HF.3		←	FS.6.2
HF.4		←	FS.6.3
			FS.7

Fonte: OPAS.

Para exemplificar o controle de qualidade com base em dados reais, as Tabelas 4 e 5 apresentam um exemplo de estimações atualizadas das categorias HF e FS criadas para a Costa Rica em 2018. A Tabela 4 mostra estimativas geradas com a técnica mais simples proposta aqui, usando dados de 2017 publicados pela OMS em sua base de dados de gastos em saúde (GHED) (1). São apresentadas as mesmas células com os dados obtidos no estudo das contas de saúde do país para esse mesmo ano, publicadas posteriormente na GHED. A Tabela 5 mostra as macrovariáveis da Costa Rica publicadas pela OMS na GHED que serviram de base para as estimações. Observa-se que algumas células têm uma grande diferença e necessitam de mais explicações ou pesquisas sobre os motivos da diferença.

Na maioria dos casos, há motivos para essas variações importantes, como melhores fontes de dados, maior cobertura de dados e reestruturação da prestação de atenção à saúde⁷. Porém, na maioria dos casos, as diferenças são relativamente pequenas e aceitáveis.



7 Costa Rica, Ministério da Saúde. El sistema de salud costarricense: ¿cuánto se gasta, qué se consume y quién paga? Informe de cuentas de salud de Costa Rica, 2017-2019. San José: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud/6054-informe-de-cuentas-de-salud-de-costa-rica-2017-2019/file>.

Tabela 4. Estimativas dos gastos em saúde na Costa Rica de acordo com a proposta metodológica apresentada e de acordo com a Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde da OMS, 2018

Descrição	Código	2016	2017	2018	Processo de estimação empregado	2018	Percentual	2018	Explicação	2019	2020
Gastos correntes em saúde por regime de financiamento	HF	2 345 637	2 419 589	2 534 124	Soma das partes	-89 864	-3,42	2 623 988		2 731 954	2 855 920
Regimes governamentais e regimes contributivos compulsórios de financiamento da atenção à saúde	HF.1	1 753 493	1 813 891	1 901 176	Soma das partes	-35 951	-1,86	1 937 127		2 019 933	2 164 687
Regimes governamentais	HF.1.1	80 720	73 786	76 233	FS.1.1+FS.2	-17 044	-18,27	93 277	Requer explicação	96 182	127 372
Regimes contributivos compulsórios de seguro de saúde	HF.1.2	1 675 772	1 740 105	1 824 943	Soma das partes	-18 907	-1,03	1 843 850		1 923 751	2 037 316
Regimes de seguro social de saúde	HF.1.2.1	1 637 444	1 697 958	1 779 528	FS.1.2+FS.3	-18 962	-1,05	1 798 490		1 876 824	1 997 035
Regimes de seguro privado compulsório	HF.1.2.2	38 328	42 147	45 415	Estimación com base no crescimento do GGG + CFP	55	0,12	45 360		46 926	40 280
Contas de poupança médica compulsórias	HF.1.3	0	0			0		0		0	0
Regimes governamentais e regimes contributivos compulsórios não classificados em outra parte (n.c.op.)	HF.1.nec	0	0			0		0		0	0

Tabela 4. Estimativas dos gastos em saúde na Costa Rica de acordo com a proposta metodológica apresentada e de acordo com a Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde da OMS, 2018 (continuação)

Descrição	Código	2016	2017	2018	Processo de estimação empregado	2018	Percentual	2018	Explicação	2019	2020
Regimes de pagamento voluntário de atenção à saúde	HF.2	68 344	91 405	95 459	Soma das partes	-3 198	-3,24	98 657		102 124	111 859
Regimes voluntários de seguro de saúde	HF.2.1	60 498	70 697	73 886	Estimación com base no crescimento do CFP	-5 180	-6,55	79 066		88 410	97 996
Regimes de instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias (inclui agências de desenvolvimento)	HF.2.2	3 216	18 014	18 749	FS.1.4+FS.6.3+FS.7	1 863	11,03	16 886	Requer explicação	10 553	9 578
Regimes de financiamento corporativo	HF.2.3	4 629	2 693	2 824	Estimación com base no crescimento do PIB	119	4,39	2 706		3 161	4 285
Regimes de pagamento voluntário de atenção à saúde n.c.o.p	HF.2.nec	0	0					0		0	0
Pagamentos diretos do bolso das famílias	HF.3	520 801	514 293	537 489	Estimación com base no crescimento do CFP	-50 716	-8,62	588 204	Requer explicação	609 897	579 374
Regimes de financiamento do resto do mundo	HF.4		0					0		0	0
Gastos correntes em saúde por receita dos regimes de financiamento da saúde	FS	2 345 637	2 419 589	2 534 124	Idêntico a HF e soma das partes	-89 864	-3,42	2 623 988		2 731 954	2 855 920

Tabela 4. Estimativas dos gastos em saúde na Costa Rica de acordo com a proposta metodológica apresentada e de acordo com a Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde da OMS, 2018 (continuação)

Descrição	Código	2016	2017	2018	Processo de estimación empregado	2018	Percentual	2018	Explicação	2019	2020
Transferências governamentais de receita doméstica (para a saúde)	FS.1	166 696	148 325	153 245	Soma das partes	-48 135	-23,90	201 380	Requer explicação	196 089	212 944
Transferências e doações internas	FS.1.1	80 700	73 759	76 205	Estimación com base no GGG	-17 125	-18,35	93 330	Requer explicação	96 357	123 587
Transferências governamentais em nome de grupos específicos	FS.1.2	83 425	67 661	69 905	Estimación com base no GGG	-30 302	-30,24	100 208		91 076	81 974
Subsídios	FS.1.3		0					0		0	0
Outras transferências governamentais de receitas domésticas	FS.1.4	2 571	6 905	7 134	Estimación com base no GGG	-708	-9,02	7 842		8 655	7 384
Transferências governamentais de origem externa	FS.2	20	27	28	Estimación com base no GGG	-28	-100,00	0	Requer explicação	15	3 804
Contribuições para a seguridade social	FS.3	1 553 216	1 630 297	1 709 623	Soma das partes	11 394	0,67	1 698 229		1 785 558	1 837 789
Contribuições dos trabalhadores para a seguridade social	FS.3.1	559 567	439 963	461 370	Estimación com base no PIB	-25 514	-5,24	486 884		465 664	609 560
Contribuições dos empregadores para a seguridade social	FS.3.2	931 474	1 083 818	1 136 554	Estimación com base no PIB	53 256	4,92	1 083 298		1 147 300	1 134 202

Tabela 4. Estimativas dos gastos em saúde na Costa Rica de acordo com a proposta metodológica apresentada e de acordo com a Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde da OMS, 2018 (continuação)

Descrição	Código	2016	2017	2018	Processo de estimação empregado	2018	Percentual	2018	Explicação	2019	2020
Contribuições dos trabalhadores autônomos para a seguridade social	FS.3.3	62 175	64 180	67 302	Estimação com base no PIB	1 364	2,07	65 939		70 959	56 119
Outras contribuições para a seguridade social	FS.3.4	0	42 336	44 396	Estimação com base no PIB	-17 712	-28,62	62 108	Requer explicação	101 636	37 908
Pré-pagamentos compulsórios (excluindo FS.3)	FS.4	38 328	42 147	45 415	Idêntico a HF.1.2.2	55	0,12	45 360		46 926	40 280
Pré-pagamentos voluntários	FS.5	60 498	70 697	73 866	Idêntico a HF.2.1	-5 180	-6,55	79 066		88 410	97 996
Outras receitas do país n.c.o.p.	FS.6	526 233	526 827	550 597	Soma das partes	-49 194	-8,20	599 791		614 942	663 033
Outras receitas das famílias n.c.o.p.	FS.6.1	520 801	514 293	537 489	Idêntico a HF.3	-50 716	-8,62	588 204		609 897	579 374
Outras receitas de empresas n.c.o.p.	FS.6.2	5 432	2 693	2 824	Idêntico a HF.2.3	119	4,39	2 706		3 161	81 539
Outras receitas de instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias n.c.o.p.	FS.6.3	0	9 841	10 284	Estimação com base no CFP	1 403	15,80	8 881	Requer explicação	1 884	2 120
Outras receitas do país n.c.o.p.	FS.6.nec	0	0	0		0		0		0	0
Transferências externas diretas	FS.7	645	1 269	1 330	Estimação com base no PIB	1 167	716,19	163	Requer explicação	13	74

Fonte: elaboração própria com base na Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde (GHED), consultada em outubro de 2022.

Tabela 5. Valores das macrovariáveis usadas na estimação dos gastos em saúde na Costa Rica de acordo com o SHA 2011

Nome (SHA 2011)	Código	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Produto interno bruto	GDP-WHS	19 802 011	21 623 525	23 752 869	25 462 955	28 001 328	30 171 919	32 056 288	34 343 648	36 014 719	37 832 150	36 356 271
Gasto de consumo final das famílias e instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias	PFC-WHS	12 950 245	14 419 472	15 938 569	16 846 918	18 545 547	19 596 142	20 535 472	22 365 799	23 374 534	24 324 030	23 114 836
Gastos do governo geral	GGE-WHS	3 623 055	3 762 379	4 177 721	4 765 326	5 230 867	5 647 016	6 023 728	6 610 915	6 830 181	8 222 614	8 146 610
Taxa de câmbio (unidades de moeda nacional [UMIN] por US\$)	X-R-WHS	525,83	505,66	502,90	499,77	538,32	534,57	544,74	567,51	576,97	587,29	584,90
Paridade do poder de compra (UMIN por Int\$)	Int\$-WHS	336,30	344,55	353,78	357,83	363,42	364,16	343,01	340,99	337,90	331,17	320,85
Produto Interno Bruto – Índice de preços (2018 = 100)	GDPP-WHS	71,8	75,1	76,7	82,3	87,4	90,8	92,6	95,3	97,3	99,8	100,0
População (milhares)	Pop-WHS	4 622	4 680	4 737	4 792	4 844	4 895	4 945	4 994	5 041	5 085	5 123

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>.

IMPORTÂNCIA DA PROJEÇÃO DE CURTO PRAZO

Medir é saber, e esses dados e abordagens podem ajudar os tomadores de decisão a ter informações mais atuais para avaliar suas decisões passadas, propor novas políticas ou ajustar as que estão em vigor. Com base em informações históricas, é possível fazer apenas um uso parcial. O planejamento pode ser mais bem ajustado com informações mais atualizadas. Embora as projeções futuras estejam longe de ser perfeitas, o interesse em fazê-las no curto prazo é saber o que se espera e o que pode estar ocorrendo no momento atual e, com base nisso, fazer um planejamento mais certo. Uma conta que fornece resultados de 3 anos atrás resulta em um planejamento com mais incerteza e em uma margem de erro maior. Sem informações, é difícil tomar uma decisão baseada em dados.

Cumpre lembrar que as contas de saúde são um sistema de análise para identificar os principais padrões de fluxos de recursos e suas variações. O domínio dessas técnicas e dos usos das informações ajudará as equipes a melhorar as práticas atuais de contabilidade de saúde e a ampliar de maneira progressiva a cobertura e os detalhes das atividades de atualização. As contas de saúde têm como objetivo apoiar o processo decisório, e a atualização das informações faz parte desse processo.

Anexo 1. Informações sobre regimes de financiamento em todos os países da América Latina e do Caribe

País	Regimes governamentais	Seguro de saúde compulsório	Total de regimes públicos	Pagamentos diretos do bolso	Total
Cuba	89	0	89	11	100
Colômbia	3	74	77	15	92
Suriname	23	52	75	20	95
Costa Rica	4	70	74	22	96
Uruguai	18	55	72	17	89
Bolívia (Estado Plurinacional da)	42	30	72	23	95
Belize	61	8	69	23	92
São Vicente e Granadinas	69	0	69	28	97
Jamaica	58	7	66	17	83
El Salvador	35	30	65	29	94
Panamá	33	32	65	29	94
Dominica	65	0	65	32	97
Peru	34	29	63	29	92

Anexo 1. Informações sobre regimes de financiamento em todos os países da América Latina e do Caribe (continuação)

País	Regimes governamentais	Seguro de saúde compulsório	Total de regimes públicos	Pagamentos diretos do bolso	Total
Nicarágua	38	25	63	33	96
Guiana	60	3	62	32	95
Argentina	24	37	62	28	89
Chile	1	59	60	33	94
Antígua e Barbuda	28	27	56	29	85
Equador	30	22	52	40	92
México	23	27	50	42	92
Trinidad e Tobago	49	0	49	44	93
Venezuela (República Bolivariana da)	41	6	48	38	86
Santa Lúcia	45	2	48	46	94
São Cristóvão e Névis	46	0	47	49	95
Barbados	46	0	46	47	92
República Dominicana	20	24	44	45	89
Paraguai	28	16	44	45	89
Honduras	30	12	42	51	94
Brasil	42	0	42	28	69
Granada	41	0	41	54	96
Guatemala	19	17	35	58	93
Haiti	12	2	13	44	57

Fonte: elaborado pelo pessoal da Fundación Plenitud com base em dados obtidos da Base de Dados de Gastos Mundiais em Saúde.

Pode-se observar que, na maioria dos casos, os regimes de financiamento organizados publicamente representam a maior parte dos gastos em saúde.

Os dados estão ordenados de acordo com a quarta coluna, que contém a soma dos gastos nos regimes governamentais e de seguro compulsório. Juntos, esses valores são considerados representativos dos regimes públicos. Observa-se que, dos 32 países examinados, 17 têm uma participação de 60% ou mais dos recursos alocados por esses regimes públicos.

Anexo 2. Países da América Latina e do Caribe com contas de saúde publicadas, segundo a data mais recente

País	Nome do relatório	Data	Autor	Tipo de relatório	Período coberto	Dados informados							Link		
						HFxFA	FSxHF	FSxFA	HFxHP	HFxHC	HPxHC	HKxHP		HPxFP	FAXHP
Antígua e Barbuda															
Argentina															
Bahamas															
Barbados	Health Accounts Report	2014	Ministério da Saúde	Relatório de resultados	2012-2013									https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/54411971/en	
Belize															
Bolívia															
Brasil	Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional	2018	Ministério da Saúde	Relatório metodológico e de resultados	2010-2014	Não há tabelas com o cruzamento de informações, apenas classificações individuais							https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/56240761/en		
Colômbia	Cuenta Satélite de Salud	2019	Departamento Administrativo Nacional de Estadística	Relatório de resultados	2017-2019 ^a	Não há tabelas com o cruzamento de informações, apenas classificações individuais							https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-satelite/salud-y-seguridad-social/cuenta-satelite-de-salud-css#historicos-cuenta-satelite-de-salud-css		

Anexo 2. Países da América Latina e do Caribe com contas de saúde publicadas, segundo a data mais recente (continuação)

País	Nome do relatório	Data	Autor	Tipo de relatório	Período coberto	Dados informados								Link		
						HFxFA	FSxHF	FSxFA	HFxHP	HFxHC	HPxHC	HKxHP	HPxFP		FAxHP	
Dominica	National Health Accounts and HIV Subaccounts	2013	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)	Relatório metodológico e de resultados	2010-2011											https://www.hfgproject.org/dominica-2010-2011-national-health-accounts-hiv-subaccounts/
Equador	Cuentas Satélite de Salud	2021	Instituto Nacional de Estadística e Censos	Relatório metodológico e de resultados e tabelas de Excel	2007-2019											https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/
El Salvador	Não há tabelas com o cruzamento de informações, apenas classificações individuais															
Granada																
Guiana	Guyana 2016 Health Accounts	2018	Ministério da Saúde Pública	Relatório metodológico e relatório de resultados	2016											https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en

Anexo 2. Países da América Latina e do Caribe com contas de saúde publicadas, segundo a data mais recente (continuação)

País	Nome do relatório	Data	Autor	Tipo de relatório	Período coberto	Dados informados								Link			
						HFxFA	FSxHF	FSxFA	HFxHP	HFxHC	HPxHC	HKxHP	HPxFP		FAxHP		
México ^b	Financiamiento de la salud materna y la planificación familiar: ¿vamos por el camino correcto? Evidencia de las Subcuentas de Salud Reproductiva en México, 2003-2012	2016	Leticia Avila-Burgos, Lucero Cahuana-Hurtado, Julio Montañez-Hernandez, Edson Servan-Mori, Belkis Aracena-Genao e Aurora del Río-Zolezzi	Artigo de pesquisa	2003-2012											https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/52740521/en	
Nicarágua																	
Panamá																	
Paraguai	Cuentas de Salud 2012-2016	2018	Equipe de contas de saúde	Relatório metodológico e de resultados	2012-2016											Não há tabelas com o cruzamento de informações, apenas classificações individuais	https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/57398411/en
São Vicente e Granadinas																	
Santa Lúcia																	

Anexo 2. Países da América Latina e do Caribe com contas de saúde publicadas, segundo a data mais recente (continuação)

País	Nome do relatório	Data	Autor	Tipo de relatório	Período coberto	Dados informados								Link		
						HFxFA	FSxHF	FSxFA	HFxHP	HFxHC	HPxHC	HKxHP	HPxFP		FAxHP	
Trinidad e Tobago	Trinidad and Tobago 2015 Health Accounts - Main Report	2018	Ministério da Saúde	Relatório metodológico e de resultados	2015											https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/56778051/en
Uruguai	Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019: Gasto y Financiamiento de la Salud en Uruguay	2021	Equipe de contas de saúde	Relatório de resultados e tabelas de Excel	2018-2019											https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politica-y-gestion/sistema-nacional-integrado-salud/cuentas-de-salud
Venezuela (República Bolivariana da)																

Fonte: preparado por membros da Fundación Plenitud.

Nas bases de dados mais abrangentes, os gastos executados estão classificados por programa, subprograma, objeto de gasto, transferências e outros dados, para todas as instituições e funções governamentais; é fácil encontrar os principais agentes financeiros na descrição do sistema. Vale observar que, sempre que possível, é aconselhável informar detalhadamente os regimes para tornar o monitoramento do financiamento mais relevante. É preciso verificar se os relatórios de gastos paralelos estão incluídos no gasto; por exemplo, doações externas ou recursos administrados por programas específicos, medicamentos e gastos no nível subnacional, entre outros.

Anexo 3. Países da América Latina e do Caribe com informações orçamentárias centralizadas on-line

País	Desagregação	Internet	Sigla	Nome	Observações
Antígua e Barbuda					
Argentina	Classificação econômica, por instituição, função, programa, fonte de financiamento e objeto de gasto.	https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/datos-abiertos#	SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera	
Bahamas					
Barbados					
Belize					
Bolívia	Por objeto de gasto no Ministério da Saúde.	https://www.minsalud.gob.bo/transparencia/fuentes-de-financiamiento-2015	SIGAF	Sistema Integrado de Gestión Administrativa Financiera	As informações devem ser solicitadas a cada instituição separadamente. Os sistemas de informação exigem senha.
Brasil	Por instituição, programa e função.	https://www12.senado.leg.br/orcamento/sigabrazil	SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financiera	Somente até 2017 no portal de acesso aberto, que tem as informações mais desagregadas.
Colômbia	Por setor (saúde e proteção social, defesa e policiamento etc.) ou por objeto consolidado.	https://www.pfe.gov.co/WebsitePTE/EjecucionPresupuestoSector	SIIF	Sistema Integrado de Información Financiera	
Costa Rica	Por natureza econômica, instituição, função, programa, fonte de financiamento e objeto de gasto.	https://www.hacienda.go.cr/contenido/15613-presupuesto-nacional-en-datos-abiertos	SIGAF	Sistema Integrado de Gestión de Administración Financiera	

Anexo 3. Países da América Latina e do Caribe com informações orçamentárias centralizadas on-line (continuação)

País	Desagregação	Internet	Sigla	Nome	Observações
Chile	Por instituição e programa.	https://www.dipres.gob.cl/597/w3-multipropertyvalues-15149-24532.html#ejec_nacional	SIGFE	Sistema Integrado para la Gestión Financiera del Estado	Existe um portal de informações econômicas sobre saúde, mas não está funcionando corretamente. http://ies.minsal.cl/gastos/sha2011/reportel
Cuba					
Dominica					
El Salvador	Por natureza econômica e objeto de gasto.	https://www.transparenciafiscal.gob.sv/ptf/es/PTF2-Datos-Abiertos.html	SIGEF	Sistema de Administración Financiera Integrado	
Equador	Por instituição, função, grupo e atividade econômica.	https://www.finanzas.gob.ec/ejecucion-presupuestaria/	SAFI	Sistema Integrado de Gestión Financiera	Não é possível acessar os dados porque a página não está funcionando corretamente. Só é possível ver o menu de classificações.
Granada					
Guatemala	Por instituição, programa, função, objeto de gasto e fonte de financiamento.	https://www.minfin.gob.gt/gastos	SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera	Cada clasificación tem um arquivo separado.
Guiana					

Anexo 3. Países da América Latina e do Caribe com informações orçamentárias centralizadas on-line (continuação)

País	Desagregação	Internet	Sigla	Nome	Observações
Haiti					
Jamaica	Por instituição.	https://www.mof.gov.jm/budget/	IFMIS	Integrated Financial Management Information System	Arquivos apenas em PDF.
Honduras	Por instituição, programa, objeto de gasto e fonte de financiamento.	https://www.sefin.gob.hn/ejecucion-presupuestaria/	SIAFI	Sistema de Administración Financiera Integrada	
México	Por objeto de gasto.	https://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/	SIIF	Sistema Integral de Información Financiera	
Nicarágua	Não disponível.	http://www.hacienda.gob.ni/documentos/presupuesto	SIGFA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa Financiera	A página está com problemas.
Panamá	Por instituição	https://www.mef.gob.pa/ejecucion-presupuestaria/	SIAFPA	Sistema Integrado de Administración Financiera de Panamá	Arquivos apenas em PDF.
Paraguai	Por natureza econômica, instituição, função, programa, fonte de financiamento, objeto de gasto e agência de financiamento.	https://datos.hacienda.gov.py/data/pgn-gasto/descargas	SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera	Os arquivos são divididos por mês, o que dificulta a compilação de informações.
Peru	Por instituição, programa, função e fonte de financiamento.	https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2021&ap=ActProy	SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera	Os dados são extraídos de um programa de consulta on-line, o que dificulta a obtenção de dados com a desagregação correta.

Anexo 3. Países da América Latina e do Caribe com informações orçamentárias centralizadas on-line (continuação)

País	Desagregação	Internet	Sigla	Nome	Observações
República Dominicana	Por natureza econômica, instituição, função, programa, fonte de financiamento e objeto de gasto.	https://www.digepres.gob.do/estadisticas/gastos/	SI6EF	Sistema Integrado de Gestión Financiera	
Santa Lúcia					
São Cristóvão e Névis					
São Vicente e Granadinas					
Suriname					
Trinidad e Tobago					
Uruguai	Dados em níveis na seguinte ordem: Instituição - Unidade Executora - Programa - Projeto - Objeto de gasto	https://www.cgn.gub.uy/sifEjecucionPresupuestalPresentacion/anioejercicio/level.html	SIF	Sistema Integrado de Información Financiera	Permite apenas a desagregação mencionada. Não há muita flexibilidade com os dados.
Venezuela (República Bolivariana da)					

Obs.: as células em cinza correspondentes a alguns países indicam falta de dados disponíveis.

Fonte: elaboração própria com base em uma pesquisa on-line.

Anexo 4. Instituições que administram o seguro de saúde em países diversos da América Latina e do Caribe

País	Gasto em seguro obrigatório (% do GCS)	Nome da instituição que administra o seguro social	Link	Data mais recente
Colômbia	74	Ministerio de Salud y Protección Social	https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/aseguramiento.aspx	Agosto de 2021
Costa Rica	70	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	https://www.ccss.sa.cr/estadisticas-actuariales	2020
Chile	59	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos	2020
Uruguai	55	Ministerio de Salud Pública	https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos#	Junho de 2021
Suriname	52	Ministerie van Sociale Zaken en Volkshuisvesting (SoZaVo)	https://gov.sr/ministeries/ministerie-van-sociale-zaken-en-volkshuisvesting/#	ND
Argentina	37	Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud)	https://www.argentina.gob.ar/sssalud/estadisticas	Agosto de 2021
Panamá	32	Caja de Seguro Social (CSS)	https://www.datosabiertos.gob.pa/dataset?q=CSS&tags=Salud	2018
El Salvador	30	Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	https://www.transparencia.gob.sv/institutions/issss/services/6229	Julho de 2021
Bolívia (Estado Plurinacional da)	30	Instituto Nacional de Seguros de Salud	https://www.ine.gob.bo/index.php/registros-administrativos-seguridad-social/	2020
Peru	29	Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)	http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/	2020
Antígua e Barbuda	27	Antigua and Barbuda Social Security Board	https://www.socialsecurity.gov.ag/statistics/	2018
México	27	Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS)	https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/#Tabulados	2020
Nicarágua	25	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)	https://www.inss.gob.ni/	2019
República Dominicana	24	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)	https://www.sisalril.gob.do/index.php/informaciones/estadisticas	Julho de 2021
Equador	22	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)	https://www.iess.gob.ec/	2020

Anexo 4. Instituições que administram o seguro de saúde em países diversos da América Latina e do Caribe (continuação)

País	Gasto em seguro obrigatório (% do GCS)	Nome da instituição que administra o seguro social	Link	Data mais recente
Guatemala	17	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	https://www.igssgt.org/informes/	2020
Paraguai	16	Instituto de Previsión Social	https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/index.php	2020
Honduras	12	Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)	https://www.ihss.hn/	2020

Fonte: preparado por membros da Fundación Plenitud.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Global health expenditure database (GHED). Genebra: OMS; 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>.
2. Fairbank A, Berman P, Akal A, Harvey R, Burchfield K. A prototype health financing projection tool based on national health accounts: the EgyptPro model. Bethesda: Partnerships for Health Reform; 2000. Disponível em: <https://lc.cx/JuU-RZ>.
3. Luca L, Marino A, Morgan D, James C. Health spending projections to 2030: new results based on a revised OECD methodology OECD Health Working Papers No. 110. Paris: OCDE; 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>.
4. Rao KD, Ortiz AIV, Robertson T, Hernandez AL, Noonan C. Future health spending in Latin America and the Caribbean: health expenditure projections & scenario analysis. Washington, D.C.: BID; 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18235/0004185>.
5. Ke X, Saksena P, Holly A. The determinants of health expenditure: a country-level panel data analysis. Washington, D.C.: Results for Development; 2011. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Determinants-of-Health-Expenditure%3A-A-Panel-Ke-Saksena/52e137be1d740ecf27d9ded996e0bcca78f0087d>.
6. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Improving the timeliness of tracking, now-casting and short term forecasting of health spending. Paris: OCDE; 2021.
7. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, Eurostat, Organização Mundial da Saúde. Un sistema de cuentas de salud 2011: Edición revisada. Paris: OCDE; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240042551>.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Institucionalização do Sistema de Contas de Saúde SHA 2011 na América Latina. Washington, D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55551>.
9. Departamento de Estatística das Nações Unidas. Classification of functions of government (COFOG). Washington, D.C.: UNSD; 1999. Disponível em: <https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications>.
10. Departamento de Estatística das Nações Unidas. Classification of individual consumption according to purpose (COICOP). Washington, D.C.: UNSD; 2018. Disponível em: https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf.
11. Rannan-Eliya R. Estimating out-of-pocket spending for national health accounts. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/37808429.pdf>.
12. Total Official Support for Sustainable Development. Homepage. Paris: TOSSD; 2022. Disponível em: <https://www.tossd.org>.
13. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Creditor Reporting System (CRS). Paris: OCDE; 2022. Disponível em: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1>.
14. OCDE-DAC. Development Co-operation Directorate. Paris: OCDE; 2022. Disponível em: <https://www.oecd.org/dac/>.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Mejores prácticas de contabilidad de la salud al utilizar el SHA 2011. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57806>.

16. Organização Mundial da Saúde. Guía del productor de cuentas nacionales de salud: con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios. Ginebra: OMS; 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43363>.
17. Organização Mundial da Saúde. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000-2018. Technical note. Ginebra: OMS; 2020. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-accounts/methodology-ghed-update-\(2020\).pdf?sfvrsn=6070288d_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-accounts/methodology-ghed-update-(2020).pdf?sfvrsn=6070288d_7)

A tempestividade é um princípio básico da qualidade dos dados de gasto, que permite acessar as informações quando necessário. Poder elaborar um orçamento anual e detectar necessidades de ajuste de uma política em vigor ou um desvio nos gastos em relação ao uso previsto dos recursos são exemplos dos benefícios de usar os resultados de uma conta de saúde atual e oportuna.

Isso também requer que as contas de saúde sejam preparadas todos os anos e que os resultados sejam apresentados em um prazo curto. A exatidão também é uma condição da qualidade, o que pode tornar necessário esperar por resultados auditados ou por uma busca de dados mais exaustiva. Porém, quando estatísticas históricas não são necessárias, a tempestividade se torna relevante. Atualmente, são usados dados contemporâneos, ainda que enriquecidos pela análise do passado e das tendências.

Este documento apoia a estimação rápida dos gastos nas contas de saúde para assegurar sua tempestividade. Se necessário, a defasagem pode ser compensada nos relatórios usados para gerar as contas com projeções de curto prazo. Quais são as opções contábeis para isso? Que procedimentos são recomendados como usuais para que os resultados considerados padrão sejam oportunos?

Espera-se que os números efetivos substituam as projeções de curto prazo tão logo as fontes de dados estejam acessíveis. Contudo, os resultados das projeções exemplificadas neste documento possibilitam que os valores “previstos” contribuam para a tomada de decisões informadas.