

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM PAÍSES
SELECIONADOS DA AMÉRICA LATINA

Médico sanitaria, consultor do Ipea, pesquisador colaborador do Observatório de Recursos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.

FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS DA AMÉRICA LATINA

SÉRGIO FRANCISCO PIOLA

1. INTRODUÇÃO

O financiamento dos serviços de saúde, praticamente em todos os países, é compartilhado entre fontes públicas e privadas. O que varia é a dominância na composição. Em geral, nos países de renda alta ou média alta, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas¹. Os recursos privados são despendidos por meio de desembolso direto (*out-of-pocket expenses*) ou mediante pré-pagamento a empresas de planos e seguros privados de saúde. O desembolso direto, tão antigo quanto a medicina, representa a forma mais iníqua e instável de financiamento; paradoxalmente, tem papel mais relevante, justo nos países mais pobres (OMS, 2000). Nos países de renda alta, a participação do setor público corresponde, em média, a 62% do gasto total, enquanto que nos países de renda baixa, apesar dessa participação ter aumentado nos últimos anos, não alcança 39% do dispêndio total (OMS, 2012).

Os gastos com saúde têm crescido em todo o mundo. Representavam 3% do PIB mundial em 1948. Passaram para 8,7% do produto interno bruto (PIB) em 2004 (OPAS, 2007). No período 1998-2003, a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde (5,7%) superou a taxa média de crescimento da economia mundial, que foi de 3,6% (HSIAO, 2007).

O volume dos gastos, em cada país, é determinado por uma série de fatores. Alguns são intrínsecos ao sistema como o grau de cobertura da população, o elenco de serviços proporcionados, o grau e velocidade de incorporação de novas tecnologias e a forma de organização, com maior

1 Uma das exceções, talvez a mais importante, dessa regra é o sistema dos Estados Unidos da América.

ou menor participação do Poder Público na condução e regulação do sistema. Outros fatores, que podem ser considerados externos ao sistema, são o perfil demográfico e epidemiológico da população, as condições socioeconômicas (renda, educação, urbanização) e as próprias expectativas da população a respeito dos serviços (WHO, 2010; BUSSE et al., 2012).

Por outro lado, maior nível de gasto com saúde não significa automaticamente serviços mais eficientes, efetivos e equitativos. Nesse aspecto, os modelos de financiamento e de organização dos sistemas parecem exercer grande influência. Os Estados Unidos, por exemplo, cujo sistema é fundamentalmente baseado em seguros privados, despendem, anualmente, 16% do PIB com saúde. Não obstante, têm a mais alta taxa de mortalidade infantil e a mais baixa expectativa de vida entre os países de renda alta (HSIAO, 2006). A Índia, por sua vez, com um sistema médico-hospitalar que é basicamente privado, em que predomina o pagamento no ato (*out-of-pocket expenses*), gastou 4,8% do PIB com saúde em 2003 e ainda assim apresentava uma mortalidade infantil cinco vezes maior que o Sri Lanka, que despendeu 3,5% do PIB, mas com serviços financiados predominantemente com recursos públicos (HSIAO, 2007).

Mesmo nos países mais ricos, há preocupação com o crescimento, a eficiência e a efetividade dos gastos com saúde. Os países mais pobres, por sua vez, que necessitam estender a cobertura e facilitar o acesso aos serviços, buscam formas de suprir o financiamento setorial em concorrência com outras necessidades de investimentos para o desenvolvimento social e econômico (PIOLA et al., 2008). As questões colocadas anteriormente se agregam à premência de aperfeiçoar os sistemas de financiamento da saúde para que efetivamente protejam as famílias contra gastos catastróficos² e ainda alcancem, via alocação dos recursos públicos, maior equidade no acesso e na utilização dos serviços³.

2 Considera-se catastrófico o gasto não previsto que pode absorver parte significativa do orçamento de uma família, levando-a a abrir mão de outros consumos, vender ativos ou mesmo se endividar (ver WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2003 e DINIZ et al., 2007).

3 Os modos de financiamento deveriam buscar a equidade na utilização dos serviços (PRADHAN; PRESCOTT, 2002; KUTZIN, 2010). Isso implicaria que os recursos deveriam ser distribuídos proporcionalmente conforme as necessidades de saúde da população e não de acordo com sua capacidade de pagamento (OMS, 2000; KUTZIN, 2010).

Este informe aborda o financiamento da saúde em países selecionados da América Latina, procurando analisar a evolução da participação de recursos financeiros públicos e privados e as tendências do gasto com saúde. Os países selecionados foram os seguintes: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Os dados utilizados foram tabulados a partir do Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global da Organização Mundial de Saúde.

2. EVOLUÇÃO GERAL DOS GASTOS COM SAÚDE NO PERÍODO DE 2000 A 2010

Quase todos os países analisados apresentaram crescimento no gasto total *per capita* em saúde no período entre 2000 e 2010. Alguns, como Brasil, Equador e Peru, tiveram crescimento superior a 60%. Dentre esses, mais surpreendente, no entanto, foi o crescimento verificado no Equador, onde, segundo os dados utilizados, o valor do gasto *per capita* mais do que triplicou.

Os menores incrementos ocorreram na Bolívia, El Salvador e Venezuela, com aumentos ligeiramente superiores a 20% no período. O Paraguai não acompanhou a evolução dos demais países, uma vez que o gasto com saúde decresceu (variação de -4,4%) (Tabela 1).

Tabela 1. Gasto total, público e privado, em saúde em países da América Latina, em valores *per capita*, 2000-2010 – em dólares internacionais (PPC int. \$)

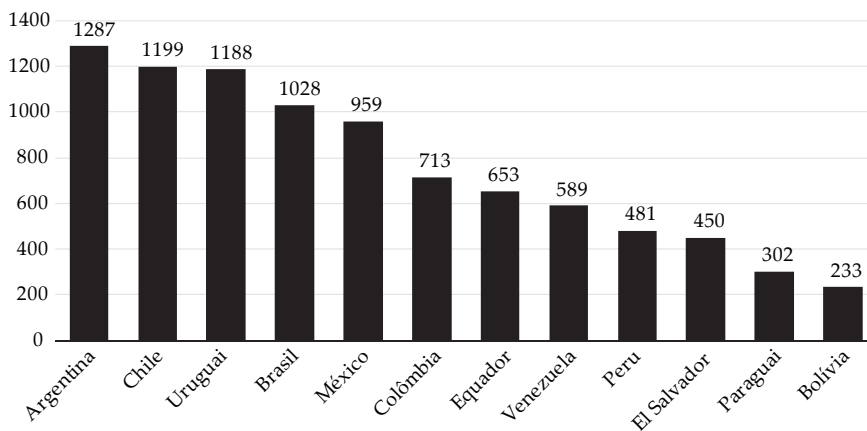
País	2000	2010	Var. %
Argentina	839	1287	53,4
Bolívia	192	233	21,4
Brasil	502	1028	104,8
Chile	768	1199	56,1
Colômbia	429	713	66,2
Equador	201	653	224,9

País	2000	2010	Var. %
El Salvador	367	450	22,6
México	508	959	88,8
Paraguai	316	302	-4,4
Peru	231	481	108,2
Uruguai	719	1188	65,2
Venezuela	482	589	22,2

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Ainda em relação ao gasto total *per capita*, observa-se que as variações entre países são bastante expressivas. Em um extremo, há um grupo de países (Argentina, Brasil, Chile e Uruguai) com uma despesa *per capita* superior a 1.000 dólares internacionais em 2010. No campo intermediário, com um gasto entre 500 e 999 dólares internacionais situam-se México, Colômbia, Equador e Venezuela. No outro extremo, com um dispêndio *per capita* inferior a 500 dólares internacionais, encontram-se Peru (481), El Salvador (450), Paraguai (302) e Bolívia (233) (Tabela 1 e Gráfico 1).

Gráfico 1. Gasto total, público e privado, em saúde em países da América Latina, em valores *per capita*, 2010 – em dólares internacionais (PPC int. \$)



Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

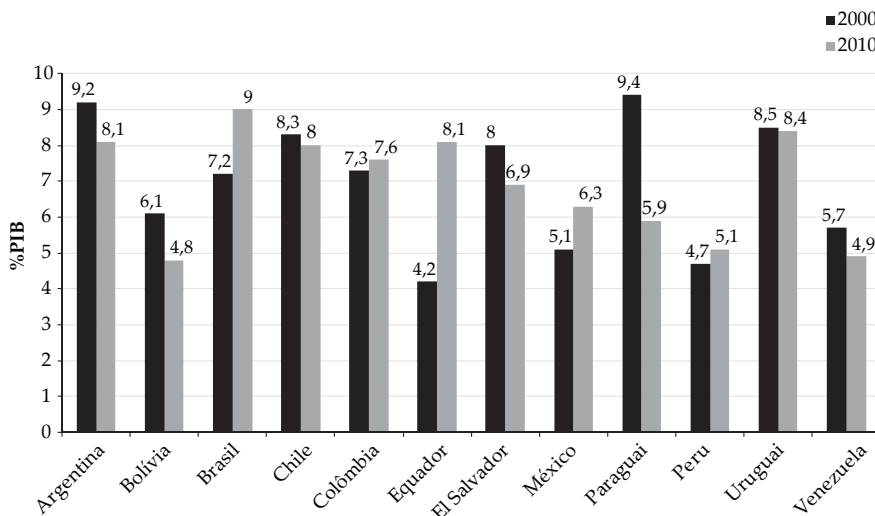
A prioridade relativa dos gastos com saúde em relação a outros dispêndios pode ser demonstrada quando se analisa a evolução dos gastos em saúde como proporção do Produto Interno Bruto em 2000 e 2010. Ainda que todos os países selecionados, com exceção do Paraguai, tenham apresentado crescimento no gasto total *per capita* com saúde no período 2000 a 2010 (Tabela 1), na maioria, sete dos doze países, o gasto total com saúde diminuiu como proporção do PIB (Tabela 2).

Em um contexto em que todos os países analisados apresentaram crescimento no Produto Interno Bruto no período, em menos da metade (cinco em doze) o crescimento dos gastos com saúde correspondeu a um aumento dos gastos com saúde como proporção do PIB, o que configuraria um aumento da prioridade relativa desses dispêndios. Se enquadram nessa situação os seguintes países: Brasil, Colômbia, Equador, México e Peru. Em outros seis países - Argentina, Bolívia, Chile, El Salvador e Uruguai - apesar de ter havido crescimento no gasto com saúde, houve diminuição da participação dos gastos com saúde no PIB. O Paraguai, por sua vez, apresentou decréscimo no gasto *per capita* total e na participação dos gastos com saúde no PIB (Tabela 1, Tabela 2 e Gráfico 2).

Tabela 2. Gasto total, público e privado, em saúde, como proporção do PIB, em países da América Latina, 2000 e 2010

País	2000	2010	Var %
Argentina	9,2	8,1	-1,1
Bolívia	6,1	4,8	-1,3
Brasil	7,2	9,0	1,8
Chile	8,3	8,0	-0,3
Colômbia	7,3	7,6	0,3
Equador	4,2	8,1	3,9
El Salvador	8,0	6,9	-1,1
México	5,1	6,3	1,2
Paraguai	9,4	5,9	-3,5
Peru	4,7	5,1	0,4
Uruguai	8,5	8,4	-0,1
Venezuela	5,7	4,9	-0,8

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Gráfico 2. Gasto total em saúde como proporção do PIB, 2000 e 2010

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Resumindo: no período 2000 a 2010, todos os países, com exceção do Paraguai, apresentaram crescimento nos seus gastos com saúde, em valores *per capita*. Contudo, em apenas cinco - Brasil, Colômbia, Equador, México e Peru - houve, concomitantemente, um crescimento da participação dos gastos com saúde como proporção do Produto Interno Bruto.

3. TENDÊNCIAS DO MIX PÚBLICO PRIVADO

Como acontece em outras regiões do mundo, o gasto com saúde nos países analisados neste texto é compartilhado por fontes públicas e privadas. É importante, por conseguinte, verificar a distribuição do financiamento entre fontes públicas e privadas e, sobretudo, se, com base na análise das participações relativas de 2000 e 2010, é possível verificar em que segmento – público ou privado – houve crescimento na participação.

No caso da amostra, em seis (Argentina, Bolívia, Colômbia, El Salvador, Peru e Uruguai) dos doze países analisados, o gasto público é superior ao gasto privado. Neste grupo, Argentina, Colômbia, Peru e Uruguai

são considerados, segundo dados do Banco Mundial e OMS⁴, como países de renda média alta. Os demais, Bolívia e El Salvador são de renda média baixa. Nos outros seis, Brasil, Chile, Equador, México, Paraguai e Venezuela, por sua vez, o gasto privado é superior ao público. Desses países apenas o Paraguai é de renda média baixa, os outros cinco (Brasil, Chile, Equador, México e Venezuela) são de renda média alta (Tabela 3).

Tabela 3. Gasto em saúde como proporção do PIB e repartição do gasto (%) público e privado, em países da América Latina, 2010

País	Total	Público	% Público	Privado	% Privado
Argentina	8,1	4,4	54,6	3,7	45,4
Bolívia	4,8	3,0	62,8	1,8	37,2
Brasil	9,0	4,2	47,0	4,8	53,0
Chile	8,0	3,9	48,2	4,1	51,8
Colômbia	7,6	5,5	72,7	2,1	27,3
Equador	8,1	3,0	37,2	5,1	62,8
El Salvador	6,9	4,3	61,7	2,6	38,3
México	6,3	3,1	48,9	3,2	51,1
Paraguai	5,9	2,1	36,4	3,8	63,6
Peru	5,1	2,8	54,0	2,3	46,0
Uruguai	8,4	5,6	67,1	2,8	32,9
Venezuela	4,9	1,7	34,9	3,2	65,1

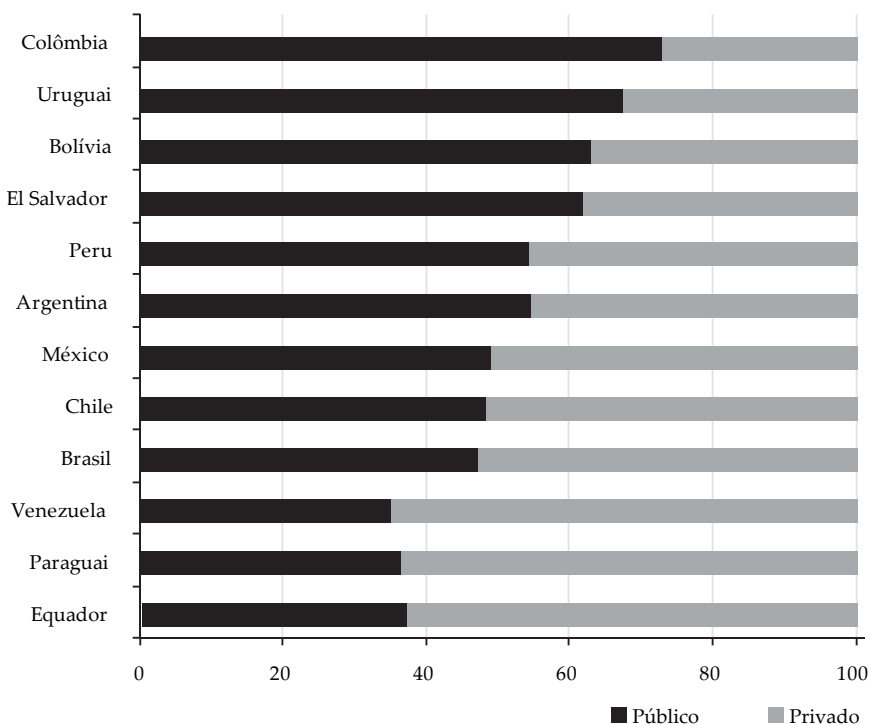
Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Conforme se verifica nos dados globais da OMS (2012), os países com menor renda *per capita* geralmente apresentam gasto público proporcionalmente inferior ao gasto privado. Essa tendência não é tão evidente nos países da amostra. A Bolívia e El Salvador não reproduzem esta tendência, que é, no entanto, confirmada pelo Paraguai. O que chama mais atenção, contudo, é que, entre alguns dos países de renda mais elevada,

4 *World Bank list of economies* (noviembre de 2011), Washington, DC, Banco Mundial, 2011 (<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>). *Apud*: OMS, 2012.

e que estão situados como países de renda média alta, o gasto público seja menor que o gasto privado. Este é o caso do Brasil, Chile, México e Venezuela, que contrariam a tendência de que em países com renda mais elevada a participação pública seja, quase sempre maior. O caso brasileiro é paradoxal por se tratar do único entre os quatro países supracitados que conta, por mandamento constitucional, com um sistema de saúde com responsabilidade de prover acesso universal e atendimento integral, desde a Constituição de 1988 (Tabela 3 e Gráfico 3).

Gráfico 3. Participação de fontes públicas e privadas no gasto total com saúde, em países selecionados da América Latina 2010



Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Não menos importante é identificar para que lado se move a responsabilidade pelo financiamento da saúde. Ou seja, quem mais cresce: o financiamento público ou privado? Com esse objetivo, comparando a

participação de ambos no financiamento da saúde nos anos 2000 e 2010, observa-se que a participação pública cresceu em oito (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador e México) dos doze países. Destes, em três (Argentina, Bolívia e Colômbia) as fontes públicas já tinham uma participação predominante no gasto total em saúde. El Salvador mudou a composição no período: em 2000 as fontes públicas participavam com 45,2% do gasto total e em 2010 essa participação atingiu o percentual de 61,7%. Nos outros quatro países, Brasil, Chile, Equador, e México, a despeito do crescimento da participação pública no financiamento, a maior parte dos recursos continua tendo origem em fontes privadas.

A participação privada, por sua vez, cresceu em quatro países: Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela. Dois deles, Paraguai e Venezuela têm uma participação privada no financiamento, superior à pública. As fontes privadas participaram com 63,6% do gasto com saúde no Paraguai e com 65,1% na Venezuela em 2010. Uruguai e Peru, por seu lado, apesar do crescimento da participação privada, continuam com sistemas financiados, majoritariamente, por fontes públicas. No Uruguai, em 2010, 67,1% dos recursos foram públicos e no Peru, no mesmo ano, o percentual de recursos públicos foi de 54% (Tabela 4).

Tabela 4. Participação (%) de recursos públicos e privados no gasto total em saúde, em países da América Latina, 2000 e 2010

País	% Público		% Privado	
	2000	2010	2000	2010
Argentina	53,9	54,6	46,1	45,4
Bolívia	60,1	62,8	39,9	37,2
Brasil	40,3	47,0	59,7	53,0
Chile	41,6	48,2	58,4	51,8
Colômbia	70,7	72,7	29,3	27,3
Equador	31,2	37,2	68,8	62,8
El Salvador	45,2	61,7	54,8	38,3
México	46,6	48,9	53,4	51,1
Paraguai	39,9	36,4	60,1	63,6
Peru	58,7	54,0	41,3	46,0
Uruguai	72,3	67,1	27,7	32,9
Venezuela	41,5	34,9	58,5	65,1

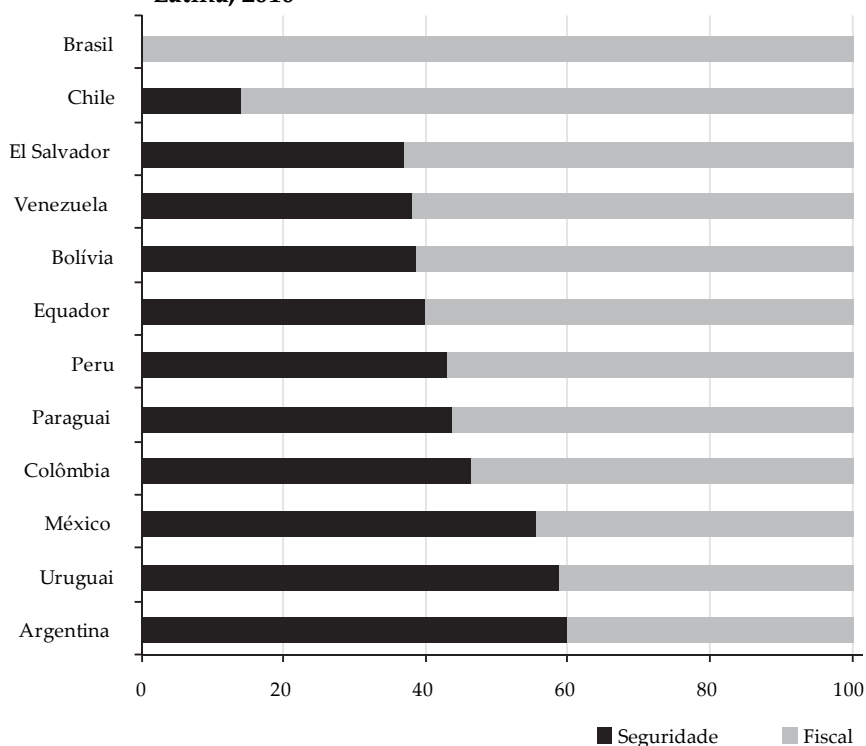
Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

No tocante à composição interna do financiamento público nos países da amostra, com exceção do Brasil, todos contam, além de recurso fiscais, com receitas da Seguridade Social⁵, basicamente contribuição sobre folha de salários, em maior ou menor volume. O Brasil, desde 1993, deixou de contar com receitas da Previdência Social como uma das fontes do financiamento público da saúde. Em alguns países, como Argentina, México e Uruguai, os recursos da seguridade corresponderam em 2010 a 59,4%, 55,4% e 58,8% do gasto público total. Em todos os outros, com exceção do Chile, a participação da seguridade variou entre 36,9% (El Salvador) e 46,4% (Colômbia) do gasto público. No Chile essa participação ficou em 14,2% no mesmo ano de 2010. Ou seja, com exceção do Brasil e do Chile, a participação de recursos da seguridade é fonte importante no financiamento público da saúde (Gráfico 4). Contudo, em termos de tendência, em se considerando a evolução da participação da seguridade em 2000 e 2010, pode-se afirmar que há uma propensão para a diminuição dos recursos da seguridade nos

5 Corresponde aos sistemas públicos de seguro social existentes em países da América Latina.

gastos públicos com saúde e aumento de recursos fiscais. Somente em três países, Equador, Uruguai e Venezuela houve aumento da participação. Na Argentina e no Chile houve uma manutenção do percentual de participação de fontes da seguridade e em outros seis (Bolívia, Colômbia, El Salvador, México, Paraguai e Peru) houve decréscimo (Tabela C do anexo).

Gráfico 4. Composição percentual do financiamento público, segundo fontes fiscais e da seguridade social, em países da América Latina, 2010



Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

A composição do gasto privado também é importante em termos analíticos. De uma maneira geral, há uma justificada preocupação com o desembolso direto – *out-of-pocket expenses* (OOP) – decorrente de dois efeitos adversos dessa prática no processo de construção de um sistema de saúde mais equitativo. Em primeiro lugar, o OOP pode restringir o acesso aos serviços (WHO, 2010), sobretudo, quando utilizado como forma de

participação no financiamento de serviços públicos (co-pagamento). Em segundo, porque sistemas com forte participação do desembolso direto, especialmente na ausência de um sistema público com cobertura mais efetiva, podem sujeitar as famílias a realizar gastos imprevistos com a saúde de seus membros, que podem absorver parte significativa do orçamento familiar, levando a família a restringir o consumo de outros bens, vender ativos ou se endividar. Ou seja, a despesa com saúde pode atingir proporções catastróficas para essas famílias. Já os esquemas de pré-pagamento organizados sob a forma de *pooling* por planos e seguros privados podem minimizar esses riscos, que são diluídos entre todos os usuários dessa modalidade de serviços. Por isso, também é interessante identificar, no caso do gasto privado, qual é a evolução do desembolso direto e das formas privadas de pré-pagamento.

A tabela 5, a seguir, demonstra a participação do gasto direto e do gasto mediado por formas de pré-pagamento (seguros e planos privados de saúde) no gasto total dos países selecionados.

Tabela 5. Participação (%) do gasto direto e com planos e seguros no gasto privado total, em países da América Latina, 2000 e 2010

País	Gasto Direto		Planos e Seguros	
	2000	2010	2000	2010
Argentina	63,0	65,8	30,7	25,3
Bolívia	81,6	77,2	8,1	19,1
Brasil	63,6	57,8	34,3	40,4
Chile	62,2	64,3	37,8	35,7
Colômbia	76,7	71,5	23,3	28,5
Equador	85,3	78,0	4,8	12,4
El Salvador	94,6	88,6	5,4	11,4
México	95,3	92,2	4,7	7,8
Paraguai	86,6	89,7	13,4	10,3
Peru	81,3	85,8	15,0	10,9
Uruguai	67,7	39,6	32,3	60,4
Venezuela	90,9	90,6	2,2	3,4

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Nota: Gasto direto = *out-of-pocket expenses*.

Em todos os países, com exceção do Uruguai, a despesa ou o desembolso direto responde pela parcela maior do gasto privado. O desembolso direto, em 2010 nos países selecionados, correspondeu entre 39,6% no Uruguai a 92,2% do gasto privado no México. No Uruguai, 60,4% do gasto privado é com planos e seguros privados de saúde. Outros países que têm percentual mais significativo de gasto na modalidade de pré-pagamento são Brasil (40,4%), Chile (35,7%), Colômbia (28,5%) e Argentina (25,3%).

O desembolso direto correspondeu, em média, a mais de 75% do gasto privado dos países analisados em 2010. Seria importante identificar melhor as características do desembolso direto nesses países, mas essa abordagem foge das pretensões deste trabalho. Estudos feitos para o Brasil demonstram que os *decis* mais pobres da população despendem proporcionalmente mais de sua renda familiar com saúde. Nesses estratos de renda, os gastos diretos se dirigem – em sua maior parte, mais de 75% – para a aquisição de medicamentos. Em todos os estratos de renda, a maior parte da despesa das famílias – com exceção da destinada ao pagamento de planos e seguros privados de saúde – é destinada à aquisição de medicamentos e ao atendimento odontológico (SILVEIRA, 2007).

De qualquer forma, observa-se crescimento, dentro do gasto privado, das formas de pré-pagamento, modalidade típica do segmento de planos e seguros de saúde, o que é interessante, dada a iniquidade e instabilidade, sempre presentes, no desembolso direto. Em dois terços dos países analisados (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, El Salvador, México, Uruguai e Venezuela) houve aumento da participação dessa modalidade de financiamento no segmento privado. Chama atenção, no entanto, a baixa participação do pré-pagamento no financiamento privado no Equador (12,4%), em El Salvador (11,4%) e, sobretudo, no México (7,8%) e na Venezuela (3,4%), bem abaixo das taxas de participação encontradas nos outros países.

4. CONCLUSÃO

No período de 2000 a 2010, quase todos os países analisados apresentaram crescimento no gasto total em saúde, em valores *per capita*. A exceção foi o Paraguai que não teve crescimento. Contudo, em apenas cinco - Brasil, Colômbia, Equador, México e Peru - houve, concomitantemente, um crescimento da participação dos gastos com saúde como proporção do PIB. Em sete países a participação do gasto com saúde no PIB decresceu, ainda que o gasto *per capita* tenha crescido.

No tocante à composição, o gasto público com saúde é superior ao privado em seis (Argentina, Bolívia, Colômbia, El Salvador, Peru e Uruguai) dos doze países analisados. O que chama atenção, no entanto, é que em alguns países de renda mais elevada (Brasil, Chile, México e Venezuela) o gasto público seja inferior ao privado, contrariando a situação geralmente encontrada de maior gasto público em países de renda média alta e alta.

No período de 2000 a 2010, a participação pública no financiamento da saúde cresceu em oito dos doze países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador e México. Entre esses países, apesar do crescimento da participação pública no financiamento, ela continua sendo menor do que a privada no Brasil, Chile, Equador e México. Além disso, em quase todos os países, com exceção do Equador, Venezuela e Uruguai, houve um aumento da participação de recursos fiscais na composição do gasto público.

O desembolso direto corresponde, em média, a mais de 75% do gasto privado dos países analisados em 2010. Contudo, observou-se crescimento, dentro do gasto privado, das formas de pré-pagamento identificadas com o segmento de planos e seguros de saúde, que, se regulado de forma adequada, pode diminuir os riscos financeiros das famílias. Em dois terços dos países analisados, houve aumento da participação desse segmento no financiamento privado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUSSE, R. et al. Re-examining the cost pressures on health systems. In: FIGUEIRAS, J.; MCKEE, M. (Eds). **Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being** - Assessing the case for investing in health systems. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2012.

DINIZ, B. P. C. et al. Gasto em Saúde das Famílias no Brasil: evolução e debate sobre o gasto catatrófico. In: SILVEIRA, F. G. et al. (Orgs). **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. Brasília: Ipea, 2007. v. 2.

HSIAO, W. Why is a systemic view of health financing necessary? **Health Affairs**, v. 25, n. 4, p. 950-961, jul./ago. 2007.

KUTZIN, J. et al. Lessons from health financing reform in central and eastern Europa and former Soviet Union. **Health Economics, Policy and Law**, v. 5, abr. 2010. Cambridge University Press.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Informe sobre la Salud en el Mundo**. Genebra: OMS, 2000.

_____. **The world health report: health systems financing: the path to universal coverage**. Genebra: OMS, 2010.

_____. **Estadísticas Sanitarias Mundiales**. Genebra: OMS, 2012.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Health in the Americas**. Washington, D.C.: Opas, 2007. v. I – Regional.

PIOLA, S. F. et al. **Estado de uma Nação**. Textos de Apoio: Saúde no Brasil: Algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde. Texto para Discussão n. 1391. Brasília: Ipea, 2008.

PRADHAN, M.; PRESCOTT, N. Social Risk Management Options for Medical Care in Indonesia. **Health Economics**, 11, p. 431-46, 2002.

SILVEIRA, F. G. et al. Os gastos das famílias com saúde. In: SILVEIRA, F. G. et al. (Orgs.) **Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas com saúde**. Brasília: Ipea, 2007. v. 1.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993–98. **Health Economics**, v. 12, p. 921–34, 2003.

WAGSTAFF, A. et al. Equity in the finance of health care: further international comparisons. **Journal of Health Economics**, 18, 1999.

ANEXOS

Tabela A. Gasto total, público e privado, em saúde em países da América Latina, em valores *per capita* – em dólares internacionais (PPC int. \$)

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	839	830	658	724	806	916	1017	1125	1218	1386	1287
Bolívia	192	203	215	189	190	210	192	199	223	237	233
Brasil	502	521	530	528	576	695	767	828	862	921	1028
Chile	768	816	835	780	798	843	864	959	1094	1209	1199
Colômbia	429	438	449	494	510	544	581	619	622	687	713
Equador	201	238	295	366	402	430	473	507	551	692	653
El Salvador	367	372	379	376	388	407	403	405	408	439	450
México	508	552	584	629	688	730	776	842	891	920	959
Paraguai	316	311	296	255	248	253	271	271	283	295	302
Peru	231	232	252	248	256	285	317	396	497	466	481
Uruguai	719	699	642	582	736	797	858	897	977	1099	1188
Venezuela	482	523	452	433	492	537	633	701	686	734	589

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Tabela B. Gasto em saúde como proporção do PIB em países da América Latina

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	9,2	9,4	8,3	8,3	8,3	8,5	8,5	8,4	8,4	9,5	8,1
Bolívia	6,1	6,3	6,5	5,6	5,3	5,6	4,8	4,7	4,9	5,1	4,8
Brasil	7,2	7,3	7,2	7,0	7,1	8,2	8,5	8,5	8,3	8,8	9,0
Chile	8,3	8,4	8,4	7,5	7,1	6,9	6,6	6,9	7,5	8,4	8,0
Colômbia	7,3	7,3	7,3	7,7	7,4	7,4	7,3	7,2	6,9	7,6	7,6
Equador	4,2	4,6	5,5	6,6	6,6	6,6	6,7	7,0	7,0	8,8	8,1
El Salvador	8,0	7,8	7,7	7,3	7,2	7,1	6,6	6,3	6,2	6,8	6,9
México	5,1	5,5	5,6	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,9	6,5	6,3
Paraguai	9,4	9,1	8,7	7,2	6,6	6,5	6,6	6,1	6,0	6,6	5,9
Peru	4,7	4,7	4,8	4,5	4,4	4,5	4,5	5,1	5,7	5,3	5,1
Uruguai	8,5	8,4	8,2	7,2	8,5	8,3	8,3	7,9	7,7	8,4	8,4
Venezuela	5,7	6,0	5,7	5,9	5,6	5,4	5,7	5,8	5,4	6,0	4,9

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Tabela C. Participação (%) de recursos da seguridade social no gasto público em saúde, em países da América Latina

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	59,5	58,9	58,3	57,3	57,8	57,6	58,3	58,6	58,5	59,4	59,4
Bolívia	62,0	65,2	65,0	49,5	49,9	44,4	44,6	41,0	39,2	38,3	38,6
Brasil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chile	15,0	15,7	16,0	12,4	13,0	14,3	13,9	14,2	14,5	14,2	14,2
Colômbia	60,2	66,3	63,9	66,0	67,9	69,5	70,1	70,1	70,1	48,6	46,4
Equador	28,0	32,2	32,0	41,2	53,5	53,0	59,6	54,6	52,2	38,3	39,6
El Salvador	44,2	41,2	44,5	42,9	43,2	45,7	47,3	43,2	41,1	37,5	36,9
México	67,6	66,7	66,1	66,9	67,3	62,0	60,2	58,9	55,2	54,6	55,4
Paraguai	52,4	47,3	38,8	41,7	41,8	41,9	38,6	41,5	49,7	57,0	43,6
Peru	49,5	47,5	47,7	46,6	46,0	46,0	40,5	35,5	32,5	44,5	43,0
Uruguai	27,4	25,7	25,9	25,1	52,6	59,2	55,0	49,3	57,5	57,9	58,8
Venezuela	34,6	34,0	35,6	35,5	36,2	32,5	32,4	33,7	31,4	30,8	38,1

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Tabela D. Participação (%) de recursos públicos no gasto total em saúde, em países da América Latina

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	53,9	54,2	53,6	52,3	52,3	54,2	55,8	59,4	62,6	66,4	54,6
Bolívia	60,1	59,3	62,8	60,1	62,6	66,2	69,9	68,2	65,1	64,6	62,8
Brasil	40,3	42,3	44,6	44,4	47,0	40,1	41,7	41,8	42,8	43,6	47,0
Chile	41,6	42,9	43,8	38,8	39,9	40,0	42,1	43,2	44,1	47,6	48,2
Colômbia	70,7	70,3	70,4	70,1	70,6	70,0	70,8	71,1	70,6	71,1	72,7
Equador	31,2	34,5	33,7	22,1	23,0	22,3	23,8	24,3	26,5	34,9	37,2
El Salvador	45,2	45,4	46,6	47,3	49,3	52,6	62,0	59,1	59,4	60,3	61,7
México	46,6	44,8	43,8	44,2	45,2	45,0	45,2	45,4	47,0	48,3	48,9
Paraguai	39,9	34,9	33,2	33,1	34,8	37,9	41,1	40,5	40,9	39,0	36,4
Peru	58,7	57,9	57,6	58,7	58,8	59,4	56,3	58,5	62,3	57,7	54,0
Uruguai	72,3	71,9	70,8	68,0	49,3	50,7	53,1	54,6	63,8	65,3	67,1
Venezuela	41,5	40,7	39,3	38,1	41,4	43,3	41,7	46,5	44,9	40,0	34,9

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Tabela E. Participação (%) de recursos privados no gasto total em saúde, em países da América Latina

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	46,1	45,8	46,4	47,7	47,7	45,8	44,2	40,6	37,4	33,6	45,4
Bolívia	39,9	40,7	37,2	39,9	37,4	33,8	30,1	31,8	34,9	35,4	37,2
Brasil	59,7	57,7	55,4	55,6	53,0	59,9	58,3	58,2	57,2	56,4	53,0
Chile	58,4	57,1	56,2	61,2	60,1	60,0	57,9	56,8	55,9	52,4	51,8
Colômbia	29,3	29,7	29,6	29,9	29,4	30,0	29,2	28,9	29,4	28,9	27,3
Equador	68,8	65,5	66,3	77,9	77,0	77,7	76,2	75,7	73,5	65,1	62,8
El Salvador	54,8	54,6	53,4	52,7	50,7	47,4	38,0	40,9	40,6	39,7	38,3
México	53,4	55,2	56,2	55,8	54,8	55,0	54,8	54,6	53,0	51,7	51,1
Paraguai	60,1	65,1	66,8	66,9	65,2	62,1	58,9	59,5	59,1	61,0	63,6
Peru	41,3	42,1	42,4	41,3	41,2	40,6	43,7	41,5	37,7	42,3	46,0
Uruguai	27,7	28,1	29,2	32,0	50,7	49,3	46,9	45,4	36,2	34,7	32,9
Venezuela	58,5	59,3	60,7	61,9	58,6	56,7	58,3	53,5	55,1	60,0	65,1

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Tabela F. Participação (%) do gasto direto no gasto privado total em saúde, em países da América Latina

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	63,0	64,0	64,2	64,4	64,1	64,3	64,1	61,5	59,2	59,2	65,8
Bolívia	81,6	77,9	78,9	79,1	78,3	77,8	70,4	72,9	77,2	77,2	77,2
Brasil	63,6	62,6	62,5	62,6	62,6	62,8	61,8	58,5	56,0	57,2	57,8
Chile	62,2	62,8	63,4	63,6	64,6	65,0	65,6	64,4	65,2	64,6	64,3
Colômbia	76,7	76,1	77,2	76,6	76,2	76,9	76,1	76,4	76,3	74,8	71,5
Equador	85,3	87,0	87,9	89,6	87,3	86,8	78,4	76,4	75,4	75,4	78,0
El Salvador	94,6	93,1	93,4	93,3	92,5	91,7	88,9	89,0	88,8	87,9	88,6
México	95,3	95,0	94,9	94,7	94,7	94,0	93,6	93,1	92,9	92,3	92,2
Paraguai	86,6	84,9	85,6	84,9	85,2	87,1	87,6	88,3	89,2	89,7	89,7
Peru	81,3	81,1	82,0	78,8	79,2	79,4	82,1	85,4	86,5	84,7	85,8
Uruguai	67,7	67,3	65,5	67,0	32,4	32,1	31,1	29,9	33,8	40,0	39,6
Venezuela	90,9	92,1	92,6	92,6	91,0	89,4	88,0	88,1	89,5	90,6	90,6

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

Tabela G. Participação (%) do gasto com planos e seguros no gasto privado total em saúde, em países da América Latina

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Argentina	30,7	29,3	28,4	28,4	28,3	28,5	28,4	30,7	32,8	32,8	25,3
Bolívia	8,1	12,0	10,8	16,6	17,8	19,4	24,2	22,6	19,1	19,1	19,1
Brasil	34,3	35,0	34,8	34,9	34,9	35,5	36,4	39,8	42,2	41,0	40,4
Chile	37,8	37,2	36,6	36,4	35,3	35,0	34,4	35,5	34,8	35,4	35,7
Colômbia	23,3	23,9	22,8	23,4	23,8	23,1	23,9	23,6	23,7	25,2	28,5
Equador	4,8	3,1	4,5	3,7	4,8	5,4	9,1	11,4	12,0	12,0	12,4
El Salvador	5,4	6,9	6,6	6,7	7,5	8,3	11,1	11,0	11,2	12,1	11,4
México	4,7	5,0	5,1	5,3	5,3	6,0	6,4	6,9	7,1	7,7	7,8
Paraguai	13,4	15,1	14,4	15,1	14,8	12,9	12,4	11,7	10,8	10,3	10,3
Peru	15,0	15,2	14,5	17,7	17,1	17,3	14,5	11,3	10,2	12,1	10,9
Uruguai	32,3	32,7	34,5	33,0	67,6	67,9	68,9	70,1	66,2	60,0	60,4
Venezuela	3,2	3,1	3,2	3,1	3,1	3,1	2,7	3,2	3,3	3,4	3,4

Fonte: OMS, Repositório de Dados do Observatório de Saúde Global, 2012.

