



SÉRIE SAÚDE UNIVERSAL

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE CONTAS DE SAÚDE SHA 2011 NA AMÉRICA LATINA

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE CONTAS DE SAÚDE SHA 2011 NA AMÉRICA LATINA

Washington, D.C. 2021

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Institucionalização do Sistema de Contas de Saúde SHA 2011 na América Latina

OPAS/HSS/HS/21-0014

© Organização Pan-Americana da Saúde 2021

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 3.0 OIG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.

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.

Imagens da capa e internas: ©OPAS

SUMÁRIO

SIGLAS	v
INTRODUÇÃO	1
PARTE 1. O QUE É A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS CONTAS DE SAÚDE?	3
PARTE 2. SEGUNDO OS ESPECIALISTAS EM CONTAS DE SAÚDE DO MUNDO, DO QUE DEPENDE A INSTITUCIONALIZAÇÃO?.....	5
PARTE 3. AVANÇOS NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS CONTAS DE SAÚDE SHA 2011 NA REGIÃO.....	7
PARTE 4. RESULTADOS DA PESQUISA SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO COM OS RESPONSÁVEIS PELAS CONTAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA.....	9
4.1 OS COMPONENTES BÁSICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	9
4.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	9
4.2.1 Garantir o apoio do sistema de informação	9
4.2.2 Automatizar a coleta de dados.....	10
4.2.3 Aumentar a responsabilidade pela produção de informações	11
4.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DAS CONTAS.....	11
4.3.1 Atribuir formalmente um lugar ou instituição responsável	11
4.3.2 Garantir as normas.....	12
4.3.3 Institucionalizar o uso dos dados	13
4.3.4 Gerar interesse nos resultados.....	13
4.3.5 Gerar demanda ao relacionar os resultados em tempo hábil com as decisões sobre políticas	14
4.4 AVANÇOS E NECESSIDADES NA INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	15
4.4.1 Aspectos fundamentais do apoio à institucionalização	15
4.4.2 As principais barreiras à institucionalização	15
4.4.3 Recursos necessários para seguir em frente.....	16
PARTE 5. REFLEXÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	21

TABELAS

Tabela 1. Disponibilidade das informações transmitidas pelos países pesquisados, 2019.....	9
Tabela 2. Produção das contas de saúde, pesquisa com países da América Latina e do Caribe, 2019.....	12
Tabela 3. Disseminação e uso de informações.....	13

FIGURA

Figura 1. Contas de saúde em 2000-2017 dos países da Região que responderam à pesquisa de 2019	14
---	----

SIGLAS

GHED	Base de Dados dos Gastos Mundiais em Saúde (na sigla em inglês)
HAPT	Ferramenta de produção de contas em saúde (na sigla em inglês)
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto interno bruto
SHA 2011	Sistema de Contas de Saúde de 2011 (na sigla em inglês)



INTRODUÇÃO

Com a publicação do Sistema de Contas de Saúde de 2011 (SHA 2011) como metodologia padrão no mundo para medir os gastos em saúde, a previsão era de que seu uso se consolidasse mundialmente (1). Alguns países da região das Américas adotaram esse sistema a partir de 2000, quando a primeira versão foi estabelecida e, em seguida, migraram para a versão atualizada (SHA 2011), referência internacional desde 2016 (2). A notificação padronizada dos gastos em saúde foi facilitada pela Base de Dados dos Gastos Mundiais em Saúde (GHED, na sigla em inglês) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nas atualizações anuais, países que contam com equipes responsáveis pelas contas de saúde informam os gastos ou apresentam os estudos relevantes para gerar indicadores básicos; em outros casos, os técnicos da OMS fazem as estimativas, que são validadas pelos países (1). O objetivo deste documento é procurar estabelecer se o padrão SHA 2011 propiciou a institucionalização da medição dos gastos em saúde na América Latina e no Caribe.

Esta publicação agrega informações de uma pesquisa feita na reunião regional de contas de saúde de setembro de 2019 (2), no Panamá (3), à qual responderam 14 das delegações presentes¹. O objetivo é identificar elementos que possam ser usados para rever a estratégia de institucionalização das contas nos países da Região. A título de contextualização, apresentamos uma revisão do estabelecimento e da expansão das contas na América Latina, bem como a visão da institucionalização de acordo com especialistas em contas de saúde no mundo. Os resultados da pesquisa descrevem a perspectiva dos especialistas em contas de saúde na Região. A título de conclusão, apresentam-se reflexões finais sobre as próximas etapas e recomendações para levar à frente a institucionalização do SHA 2011. Os esforços envidados devem resultar na melhoria da qualidade e em benefícios para os sistemas de saúde: contas de saúde mais pertinentes, produzidas regularmente e de maneira eficaz e eficiente.

1 Argentina, Bolívia (Estado Plurinacional da), Brasil, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru. Alguns delegados não responderam, como os do Chile e da República Dominicana, e outros que responderam são relativamente novos e não conhecem parte dos antecedentes.

PARTE 1



O QUE É A INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS CONTAS DE SAÚDE?

Segundo a OMS (4), a institucionalização é o processo de elaboração e uso dos resultados das contas de saúde. Os três componentes estratégicos identificados pela OMS para a institucionalização das contas são: a coleta de dados, a produção das contas e o uso dos resultados para tomar decisões nos vários níveis da governança e da operação do sistema de saúde.

A institucionalização tem como alicerce a capacidade local de produzir contas regularmente, com boa relação custo benefício e em tempo hábil para a tomada de decisões, permitindo uma maior contribuição para a formulação de políticas, de modo a complementar os demais instrumentos (por exemplo, matrizes de financiamento, ferramentas de cálculo de custos, etc.). Além disso, implica facilitar a apropriação dos resultados para embasar as decisões nos diversos níveis do sistema de saúde. De fato, as contas representam um instrumento primordial para a governança do sistema², uma vez que mostram fluxos de gastos por componente, o que permite assegurar a coordenação e a complementariedade com outros instrumentos de política (por exemplo, os subsídios e a regulamentação). Mesmo que os tomadores de decisão não trabalhem diretamente com os resultados do SHA 2011, os indicadores gerados favorecem tanto a governança como a equidade, bem como a eficácia e a eficiência na atribuição dos recursos necessários para alcançar os objetivos da saúde universal (5).

O paradoxal é que, na prática, apesar de reconhecerem o valor das estimativas geradas no âmbito do SHA 2011 para fundamentar as decisões políticas, poucos países da região as produzem e as usam de forma sistemática e institucionalizada; quando o fazem, esse uso não é documentado.

Além disso, para que os resultados das contas de saúde possam ser usados, devem contribuir informações sobre gastos em saúde que permitam sustentar, monitorar e avaliar os processos de transformação dos sistemas rumo à saúde universal. De preferência, as informações devem ser geradas dentro da mesma estrutura, de maneira que o monitoramento dos gastos possibilite comparações nacionais e internacionais ao longo do tempo. A continuidade na produção das contas de saúde permitirá, no curto prazo, que os dados atendam cada vez mais critérios de qualidade estatística: pertinência, exatidão, confiabilidade, exaustividade, coerência, comparabilidade e compatibilidade com outros sistemas estatísticos associados (6).

A elaboração das contas exige um quadro institucional estável, metodologicamente independente da política, para servir de base para o acompanhamento e a avaliação. Isso implica que o conhecimento esteja organizado de forma estruturada para facilitar a continuidade do funcionamento, o que é importante se for levada em conta a rotatividade do pessoal. As pessoas vão e vêm, mas as organizações e suas funções são relativamente estáveis.

2 A governança no sistema de saúde refere-se a um conjunto de regras, instituições e políticas que orientam seu funcionamento e regulam a participação dos vários agentes e o emprego dos recursos disponíveis para garantir saúde de qualidade a toda a população. Fonte: Sabignoso M. *Los cinco atributos clave de la buena gobernanza en los sistemas de salud*. Gente Saludable [blog]. Banco Interamericano de Desenvolvimento; 29 de agosto de 2018. Disponível em: <https://blogs.iadb.org/salud/es/5-atributos-de-la-buena-gobernanza-en-salud/#:~:text=El%20consenso%20sobre%20su%20definici%C3%B3n,cuidados%20de%20salud%20de%20calidad>.

PARTE 2



SEGUNDO OS ESPECIALISTAS EM CONTAS DE SAÚDE DO MUNDO, DO QUE DEPENDE A INSTITUCIONALIZAÇÃO?

Em 2016, durante a reunião mundial dos produtores de contas do SHA 2011 em Genebra, ouviu-se a opinião dos participantes, que propuseram as condições que permitiriam levar à frente a institucionalização, com base na sua experiência (7).

Entre as recomendações, destacam-se:

- Planejamento. Um primeiro passo crucial para que a produção de contas de saúde seja o mais fluida possível é criar um plano de ação e assegurar a disponibilidade de todos os recursos necessários antes de o país começar a produzi-las.
- Produção. Todos os países querem institucionalizar as contas de saúde para assegurar a coleta e a produção regular e oportuna de dados. Para tanto, recomendou-se que a produção de contas de saúde tivesse uma boa relação custo-benefício.
- Uso. Os dados das contas de saúde devem ser usados para fundamentar a política de financiamento e gastos em saúde. O SHA 2011 oferece uma estrutura padronizada internacionalmente, com flexibilidade suficiente para se adaptar às necessidades de informação das políticas de cada país.

De acordo com o SHA 2011, os dados das contas de saúde, isoladamente ou em conjunto com outras informações, podem ser usados para:

- Caracterizar os sistemas de saúde e monitorar o desempenho.
- Informar as autoridades e outras partes interessadas sobre a sustentabilidade financeira e os determinantes dos gastos.
- Avaliar se os recursos podem ser empregados de forma mais eficiente ou realocados para melhorar o alinhamento com as prioridades de longo prazo.
- Preparar reformas e iniciativas importantes e acompanhar seu progresso rumo à consecução dos objetivos da saúde universal e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
- Ajudar os países a compararem seus indicadores ao longo do tempo e internacionalmente.

Entre os desafios mais substanciais e persistentes, foram citados a complexidade da metodologia do SHA 2011, a dependência de assistência técnica estrangeira, a demora e o custo elevado de elaborar estimativas quando não há continuidade e a dificuldade de facilitar a produção na falta de metadados suficientes sobre elementos básicos, como o registro de decisões e os pressupostos contábeis.

Foi proposto que a situação ideal estaria tanto na existência de sistemas de informação adequados, como na garantia de que as estruturas de governo usassem os dados das contas de saúde para respaldar as decisões (8).

PARTE 3



AVANÇOS NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS CONTAS DE SAÚDE SHA 2011 NA REGIÃO

Até o momento, porém, não foi feito um inventário sistemático dos problemas enfrentados especificamente pelos especialistas em contas de saúde nos países da Região das Américas. Este relatório busca preencher essa lacuna.

Três pontos tornam atual a reflexão sobre as necessidades e o potencial das contas institucionalizadas:

1. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem apoiando a institucionalização das contas na América Latina e no Caribe. No intuito de assegurar o avanço rumo à saúde universal, os Estados Membros da OPAS solicitaram à Secretaria que priorizasse as atividades de cooperação técnica que os ajudariam a medir o progresso. Nessa estrutura, as contas de saúde são um elemento importante para dar o seguimento necessário às políticas públicas. Para facilitar a compreensão da estrutura do SHA 2011, foram formuladas várias estratégias, com destaque para: apoio permanente da cooperação técnica a pedido das equipes do país; *workshops* de capacitação técnica e discussão metodológica em nível nacional; *workshops* regionais e sub-regionais para discussão e atualização metodológica; *workshops* regionais para validação dos dados dos gastos usando a metodologia SHA 2011³; e o primeiro curso *on-line* sobre contas de saúde, por meio do Campus Virtual de Saúde Pública, testado em 2018 (9). O respectivo material foi traduzido para disponibilizar versões bilíngues em inglês e espanhol. Existe a previsão de uma segunda edição do curso que estenderá a prática e os exercícios, por exemplo, sobre o uso básico do *software* de produção HAPT, do inglês *Health Account Production Tool*, na nova versão da ferramenta. Espera-se que essas atividades possibilitem a profissionalização da geração das contas de saúde.
2. Muitos países organizam ou organizaram contas de saúde em uma das suas modalidades (com base no SHA 2011 ou em outro sistema). Contudo, como as contas não estão institucionalizadas, os benefícios são parciais e a qualidade é inferior à que seria possível obter com as informações disponíveis nos países. Além disso, ainda há trabalho a fazer para melhorar a qualidade e passar a usar os sistemas de informação que alimentam as contas. Um primeiro passo é gerar as contas completas. Para isso, as classificações mínimas do SHA 2011 abrangem receitas, esquemas, provisão e funções com os gastos correntes, além formação bruta de capital. Espera-se também que abranjam a totalidade dos agentes no país. Além disso, diante da pertinência dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, também é imprescindível contar com uma estimativa adequada dos gastos na atenção primária à saúde, assim como da distribuição dos gastos por doença.
3. Na Região, a experiência dispersa com as contas de saúde ainda precisa ser capitalizada e integrada. A Região poderia não apenas aproveitar as discussões técnicas para refletir e assimilar seu histórico em termos das contas de saúde, mas também intercambiar os elementos essenciais da sua experiência com outras regiões.

3 Os cursos contaram com a participação de representantes dos seguintes países e territórios: Argentina, Aruba, Bolívia (Estado Plurinacional da), Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Curaçao, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Martinho, Suriname e Uruguai. Outros países, como Cuba e a Venezuela (República Bolivariana da), também participaram de reuniões regionais de discussão do SHA 2011.

PARTE 4



RESULTADOS DA PESQUISA SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO COM OS RESPONSÁVEIS PELAS CONTAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

4.1 Os componentes básicos da institucionalização

Os contabilistas da saúde na Região discutiram os três componentes estratégicos identificados pela OMS e descritos anteriormente: a coleta de dados, a produção das contas e o uso dos resultados para tomar decisões nos vários níveis da governança e da operação do sistema de saúde. As respostas são descritas resumidamente a seguir.

4.2 Institucionalização da coleta de dados

4.2.1 Garantir o apoio do sistema de informação

Os sistemas de informação nos países da América Latina e do Caribe não estão inteiramente integrados, e os dados são processados e usados apenas parcialmente. Frequentemente, existem sistemas de informações paralelos, que se sobrepõem em conteúdo, sem serem complementares. Em alguns casos, o trabalho ainda é feito de forma manual, lidando com papel, o que demanda mais tempo e esforço para alimentação e processamento (8). Para estimar gastos, são necessárias informações abrangentes com um nível de detalhamento que dificilmente se encontra nos países. Esse desafio tem sido resolvido pouco a pouco por meio da complementação das informações usando diferentes fontes.

Normalmente, as contas se baseiam em registros administrativos de instituições como, por exemplo, ministério da saúde, previdência social, ministério da fazenda, ministério da defesa, banco central, órgão nacional de estatística ou superintendência da saúde. De fato, as fontes de informação são combinadas, o que passa pela contabilidade nacional (Sistema de Contas Nacionais). Essas informações, então, são ajustadas às necessidades específicas do SHA 2011 e esse processo define a cobertura dos resultados por tipo de classificação (Tabela 1).

Tabela 1. Disponibilidade das informações transmitidas pelos países pesquisados, 2019

Tipo de conteúdo	Existência nos 14 países pesquisados
Montante total dos gastos com saúde e origem dos recursos	Existe em 12 países Dois países não responderam
Gastos por provedores de serviços de saúde	Existe em 12 países Dois países não responderam
Gastos por insumos	Existe em 12 países, com dados do setor público Existe em dois países, com dados do setor privado Dois países não responderam
Serviços de saúde (funções)	Existe em 11 países Não existe em um país Dois países não responderam
Gastos por doença	Existe em 11 países Não existe em um país Dois países não responderam
Gastos com bens de capital	Existe em oito países, com dados do setor público Existe em três países, com dados do setor privado Não existe em um país Dois países não responderam

Apenas no caso do México, existe um sistema de informação específico, com cobertura nacional, baseado no sistema de informação existente sobre gastos e orçamento, que foi adaptado pela Secretaria da Fazenda às necessidades do SHA 2011 (10). Nos demais países, a estrutura orçamentária não está adaptada às contas de saúde e precisa ser ajustada para cobrir os detalhamentos básicos das contas.

O sistema orçamentário e de informação financeira abrange, principalmente, os dados relativos aos gastos, as fontes utilizadas e quem os fornece. Isso significa que, na maioria dos países, é factível estabelecer o montante dos gastos em saúde e a distribuição do ônus financeiro por fonte de financiamento (classificação da receita dos esquemas SHA 2011). As informações existentes são consideradas suficientes para descrever as modalidades de cobertura de saúde dos grupos populacionais (refletidas nos esquemas de financiamento e em outras classificações relacionadas a características dos beneficiários). Além disso, é possível identificar os órgãos responsáveis pela alocação de recursos e pela compra de bens e serviços (agentes de financiamento).

Na maioria dos casos, os gastos medidos também abrangem a contratação de serviços segundo a estrutura ou as unidades de saúde (provedores de serviços), bem como, pelo menos em parte, os serviços prestados (funções de saúde SHA 2011). Uma vez que o nível de desagregação do orçamento em geral estabelece os tipos de insumos usados para produzir os serviços de saúde (fatores de provisão), na maioria dos países é factível documentar gastos com recursos humanos e medicamentos. Apenas em casos excepcionais estão disponíveis informações do setor privado.

As informações financeiras abrangem gastos com determinados serviços (gastos por função). No entanto, documentar de forma detalhada a totalidade dos serviços (por exemplo, por tipo de atenção preventiva) pode exigir um esforço adicional que nem sempre é realizado. As contas de saúde adotam abordagens estatísticas para alocar, em mais detalhe, os agregados de gastos por função, com o respaldo de informações não financeiras.

Existe um grande interesse em estimar as distribuições de gastos por doença. Na maioria dos países que dispõem dessas informações, são aplicadas chaves de alocação.

O investimento em bens de capital é crucial para ampliar a cobertura da atenção à saúde com qualidade. No entanto, as informações disponíveis sobre despesas de capital advêm, sobretudo, do setor público.

Como em outras atividades estatísticas, a qualidade dos resultados depende das informações a partir das quais eles são calculados; é o que se conhece em inglês como *garbage in, garbage out* (GIGO), ou seja, se entra lixo, sai lixo. O sistema de informação pode ser melhorado. Uma proposta mínima para as contas de saúde implicaria estabelecer os dados necessários e providenciar o alinhamento progressivo do sistema de registro.

4.2.2 Automatizar a coleta de dados

O acesso à informação é uma pré-condição para as estimativas. A ideia é conseguir identificar que informações são necessárias e quais já existem. Propõe-se conscientizar e formalizar acordos com os provedores de dados para que os forneçam de forma sistemática e automatizada. Dessa forma, o contato oficial entre os órgãos que geram as contas e os que produzem as informações asseguraria o fornecimento das informações no prazo e formato necessários. A economia de tempo e esforço do grupo de especialistas em contas de saúde permitiria a eles concentrarem-se em componentes mais complexos, que agregam valor às contas.

Alguns países relataram ter obtido um pequeno financiamento para contratar a programação da saída dos dados da execução do orçamento exatamente como eles podem ser carregados na ferramenta HAPT (11). Trata-se de um investimento mínimo para facilitar e agilizar o trabalho e reduzir o risco de erros.

4.2.3 Aumentar a responsabilidade pela produção de informações

Foi apontado que um dos fatores positivos é a existência de uma comissão interinstitucional para produção das contas de saúde. As instituições participantes são importantes e dependem da composição do sistema de saúde do país, abrangendo representantes tanto das entidades públicas como das privadas. De modo geral, essas comissões são formadas por cerca de 10 membros: as instituições públicas são representadas, sobretudo, pelo ministério da saúde e pela previdência social. Quando existem sistemas de saúde paralelos, como no caso do ministério da defesa, eles são convidados a participar. Os entes privados costumam ser representados por agências reguladoras públicas, como as superintendências de seguros, bem como pelos órgãos de estatística e pelo banco central, associados ao sistema de contas regionais e seus registros.

A responsabilidade de gerar as informações envolve a participação ativa dos integrantes do sistema de saúde e dos seus usuários. O maior desafio tem sido o fornecimento de informações do setor privado.

Na Costa Rica, por exemplo, foi feita uma mudança na Lei do Sistema de Estatística, que agora prevê penalidades financeiras para quem não fornecer as informações solicitadas (12). Em outras palavras, o fornecimento de informações é uma obrigação cujo descumprimento está associado a uma pena pecuniária.

Além da geração dos dados, cumpre também providenciar a documentação das etapas que foram seguidas para produzir as contas e garantir a interpretação e o uso adequados dos resultados. Os metadados contribuem para a qualidade e a institucionalização.

4.3 Institucionalização da produção das contas

4.3.1 Atribuir formalmente um lugar ou instituição responsável

A expectativa é de que as contas sejam geradas anualmente e que isso profissionalize a atividade, com o acúmulo da experiência dos participantes em todos os seus aspectos. É mais fácil conseguir a continuidade das estimativas dentro de um padrão quando uma instituição é escolhida para receber esse mandato e tem uma localização conhecida e permanente. O uso de consultores esporádicos não é apropriado se não for possível acumular experiência e gerar capacidades na área responsável (Tabela 2).

No nível institucional, pode-se dizer, de modo geral, que as contas de saúde estão presentes em quase todos os países. Em geral, existe uma unidade específica para a elaboração dessas contas, ligada à área de planejamento. As unidades de economia da saúde, quando ativas, também estão envolvidas, embora isso não seja o mais comum. Em alguns casos, um grupo ou comissão nacional de contas de saúde oferece apoio interinstitucional. Existem processos reguladores para fortalecer esse apoio, pois, na maioria dos casos, ele não está operacionalizado. Nos quatro países em que funcionam, foram promulgados decretos para respaldá-los.

Não raro, existe um grupo de especialistas estável e capacitado para produzir as contas de saúde. Contudo, na maioria dos casos, essa não é a única função deles. Além disso, costumam trabalhar sem um orçamento específico. Esse é um ponto crucial para a realização de estudos complementares. Pode-se dizer que a falta de um orçamento seria coberta pelo apoio do setor universitário, da pesquisa e do sistema de informação nacional, que forneceriam os dados necessários; mas, na verdade, isso não garantiria a cobertura, a qualidade e o acesso. A cooperação e a coordenação não estão institucionalizadas.

Tabela 2. Produção das contas de saúde, pesquisa com países da América Latina e do Caribe, 2019

Produção das contas de saúde	Situação entre os 14 países pesquisados
Unidade de contas de saúde	Doze países têm uma unidade específica de contas de saúde
Grupo específico de contabilistas	Dez países têm uma equipe estável
Controles de qualidade	Cinco países usam análises de tendências
	Quatro países analisam a cobertura alcançada
	Quatro países usam dados contábeis nacionais como referência para o controle de qualidade
	Cinco países não incluem metadados completos nos relatórios
	Dez países interagem regularmente com o órgão nacional de estatística

4.3.2 Garantir as normas

A geração de dados com a qualidade e o conteúdo necessários é outra condição para a institucionalização. Facilitar o acesso a informações adequadas e completas, bem como padronizar os relatórios com dados úteis para a geração de contas, implica um avanço dos sistemas de informação como um todo. Os dados inseridos devem corresponder ao conteúdo previsto, de acordo com as necessidades da estrutura, considerando a classificação e as categorias correspondentes. A ideia é refletir a situação dos gastos com saúde no país. Nesse sentido, se justifica assegurar a integração dos gastos privados. Para avaliar a eficácia e a equidade dos gastos públicos, é preciso coletar dados do setor privado, incluindo as famílias.

Também é necessário assegurar a qualidade dos dados gerados. Não é comum os países verificarem a qualidade por meio de análises de tendências dos dados obtidos; tampouco se costuma analisar a cobertura alcançada nas estimações ou usar os dados das contas nacionais como referência para o controle de qualidade. Além disso, existe a necessidade de assegurar a inclusão de metadados completos nos relatórios. É preciso compartilhar as experiências com órgãos especializados, como os órgãos nacionais de estatística, em termos de controle de qualidade e apresentação de dados.

4.3.3 Institucionalizar o uso dos dados

O esforço para gerar as contas está associado à necessidade de tomar decisões informadas para obter resultados com eficácia e eficiência que produzam um impacto maior. Os possíveis usos são diversos e parece que os países podem ampliar os benefícios a serem obtidos das contas. Em grande medida, essa seria uma experiência compartilhada caso toda a produção, as condições e os resultados obtidos fossem documentados sistematicamente. Os países têm sido incentivados a gerar evidências e ampliar a publicação de resultados em diferentes formatos e de forma atrativa, a fim de alcançar os usuários em potencial. Podem-se citar como exemplos os resumos de políticas, os estudos de caso e os comunicados à imprensa.

4.3.4 Gerar interesse nos resultados

Uma pré-condição é a capacidade de comunicar os resultados e o conteúdo das contas. Convém considerar a possibilidade de atender a públicos diversos, cada um deles com os seus interesses específicos. Deve-se priorizar a comunicação seletiva, mas de forma coerente com o conteúdo: os responsáveis pelas decisões, as universidades e os centros de estudo, as organizações da sociedade civil, a imprensa, os pacientes, a população em geral e assim por diante.

A Costa Rica, por exemplo, considerou a possibilidade de facilitar esse processo ao colaborar com profissionais da área de comunicação para a apresentação e divulgação dos resultados.

Não raro, as informações estão disponíveis para serem usadas livremente (Tabela 3). É importante assegurar a divulgação dos dados, seja na forma de resumos de políticas ou comunicados à imprensa. Em certas ocasiões, são divulgados apenas internamente, embora, em alguns países, sejam publicados no portal da instituição. A rigor, os países não fazem uma divulgação pois a comunicação costuma ser bem mais técnica. Além disso, ela é parcial em relação aos níveis subnacionais. Essa comunicação só ocorre em cerca de 50% dos países que responderam à pesquisa. Ainda menos frequente é a comunicação com os usuários das informações, assim como a discussão dos resultados com a comunidade científica.

Tabela 3. Disseminação e uso de informações

Divulgação dos resultados	Prática entre os países pesquisados
Divulgação (por exemplo, resumos de políticas)	Seis países divulgam os seus dados
Elaboração especial para usuários	Quatro países interagem com os usuários de dados
Discussão com a comunidade científica	Dois países discutem com a comunidade científica

4.3.5 Gerar demanda ao relacionar os resultados em tempo hábil com as decisões sobre políticas

Facilitar a interpretação e a aplicação dos resultados, com comunicações temáticas específicas, pode gerar um aumento da demanda pelos resultados das contas. Isso levanta a possibilidade de produzir resumos de políticas com base nos relatórios e de acordo com o contexto de cada país.

Os dados das contas de saúde publicados na GHED abrangem o período de 2000 até o presente momento, com uma defasagem de dois anos. No total, considerando o período de 2000 a 2019 tem-se, entre os países da América Latina, um total acumulado de 144 anos de contas de saúde informadas (Figura 1). Entretanto, apenas quatro países afirmam usar os resultados das contas de saúde para avaliar e elaborar políticas relacionadas à saúde; por outro lado, em apenas seis casos os resultados são discutidos e analisados na comunidade científica.

Segundo os relatórios apresentados, os dados mais comumente usados do SHA são os gastos com saúde, despesas diretas (totais e por função); os gastos em relação ao produto interno bruto (PIB) e ao total dos gastos públicos; e os valores *per capita* dos indicadores. Além disso, são consideradas úteis as informações que vão além das contas, como o emprego na área da saúde e outros indicadores, como a importância do setor na economia como uma parcela do PIB, mas também como uma parcela do consumo e do valor adicionado.

Figura 1. Contas de saúde em 2000-2017 dos países da Região que responderam à pesquisa de 2019



Fonte: Elaborada com base em dados informados pelos países.

4.4 Avanços e necessidades na institucionalização

4.4.1 Aspectos fundamentais do apoio à institucionalização

Os seguintes fatores são reconhecidos como necessários para gerar e usar as contas: a vontade política, o conhecimento técnico das autoridades e a empatia e a colaboração entre os membros da comissão técnica, ou seja, entre os órgãos do sistema de saúde. Em vários países, isso é obtido graças a iniciativas mais formais, como, por exemplo, um decreto presidencial que oficializa a colaboração, a transparência e as políticas de dados abertas. No caso do Brasil, outro fator é a distribuição das atividades entre vários órgãos, que não apenas otimizam as capacidades, mas também colaboram nos diversos níveis do sistema.

Por outro lado, ter uma rubrica específica no orçamento garante a continuidade dos recursos humanos envolvidos na produção das contas. Quando a remuneração e os custos operacionais são cobertos, é possível fazer estudos especiais que aumentam a confiabilidade das estimativas e, assim, facilitam a avaliação dos gastos com saúde.

A função dos organismos internacionais e, em especial, da OPAS, na capacitação e motivação, tem sido crucial para a continuidade. A oportunidade de discutir anualmente os dados e indicadores dos gastos a serem enviados à GHED e a discussão técnica periódica, assim como os recursos adicionais, ajudaram a manter vivo o interesse nas contas. Essas atividades dependem muito da cooperação técnica da OPAS e da OMS.

Um sistema de informação integrado permitirá o uso complementar de todas as variáveis necessárias para elaborar as contas e os indicadores úteis para as decisões políticas. São necessários não apenas dados financeiros, mas também dados sobre as atividades em que os recursos são empregados. Além disso, os dados devem ser desagregados até o nível necessário para produzir indicadores esperados. O ideal seria também dispor dos meios e ferramentas adequados para fazer as projeções e gerar informações atuais, bem como futuras, sobre as medidas de política pública (por exemplo, simulações). O fortalecimento dos sistemas de saúde implica contar com informações oportunas.

4.4.2 As principais barreiras à institucionalização

Entre as principais barreiras, destaca-se a interrupção do mandato de gerar contas de saúde. Isso reflete a falta de priorização das informações “de inteligência” sobre os gastos com saúde. A administração e a governança por parte do ministério da saúde se tornam mais difíceis quando diferentes agentes não fornecem informações. Por esse motivo, se considera importante a existência de uma comissão interinstitucional das contas de saúde para facilitar o intercâmbio de informações e conhecimentos de forma ampla e descentralizada.

Outro fator mencionado como indispensável é, mais uma vez, a disponibilidade de um sistema de informação adequado, reforçado pela tecnologia da informação. A coordenação entre esses sistemas possibilitará reduzir, entre outras coisas, as codificações orçamentárias individuais por província/estado ou entidade e facilitará a padronização dos dados pelas diversas partes interessadas. A comunicação interinstitucional leva ao estabelecimento e à continuidade de compromissos, como o intercâmbio de informações de qualidade.

A falta de acesso às informações, sobretudo às do setor privado, muitas vezes em virtude da ausência de pesquisas atualizadas sobre renda e gastos, tem um impacto negativo sobre as estimativas de desembolso direto. Aplicar estratégias e metodologias inovadoras, como estudos baseados em amostras reduzidas, ajudaria a resolver os casos de insuficiência de dados. Essa e outras estratégias seriam viáveis com a colaboração do órgão estatístico e do meio acadêmico. Atualmente, porém, a falta de mecanismos formais de comunicação com essas instituições representa um desafio até mesmo para a compreensão da estrutura metodológica do SHA 2011 e da sua função, ao descrever o sistema de saúde a partir de um enfoque de gastos.

Em vista dos recursos limitados, é necessário estabelecer estratégias de otimização, alcançadas mediante a cooperação e a coordenação interinstitucional. Os resultados das pesquisas com os especialistas em contas de saúde mostram, como elementos cruciais, as insuficiências em termos de orçamento, capacitação metodológica e de pessoal, tanto em termos de número como de permanência. A rotatividade frequente reflete a dificuldade de manter o pessoal na área.

Por outro lado, os resultados não são bem divulgados, não são conhecidos ou são usados apenas de forma *ad hoc*, não como uma ferramenta de monitoramento ou de acompanhamento permanente dos recursos. Esse problema está vinculado justamente à falta de institucionalização, visto que a produção de contas de saúde costuma ser um evento ocasional, impulsionado por doadores externos, o que está relacionado à falta de apropriação. Além disso, devem ser levados em conta fatores locais, como a ausência de relatórios adequados dos metadados (por exemplo, contatos, fontes de informação e métodos de estimativa empregados). Outro fator é a falta de comunicação adequada entre os produtores e os usuários.

4.4.3 Recursos necessários para seguir em frente

Os especialistas em contas de saúde da Região concordam com a importância do apoio político dos mais altos escalões para a governança dos dados e informações, mais especificamente: apoio político para fortalecer os avanços obtidos, mesmo em épocas de mudanças de governo, e apoio à governança dos dados de modo a envolver os setores subnacionais (províncias, estados, etc.) e consolidar a cooperação e a colaboração interinstitucionais.

O apoio político é a base para fortalecer o sistema de informação e integrar os dados que permitam gerar informações das contas. Ele pode ser fornecido até mesmo por meio de leis que obriguem as instituições a apresentarem informações em tempo hábil para a produção das contas de saúde.

A pesquisa revela que a rotatividade do pessoal e a falta de dedicação exclusiva são obstáculos importantes à institucionalização. Dada a frequência dessa rotatividade, que pode ser intermitente, esse problema deveria ser monitorado a fim de formular estratégias que favoreçam e facilitem a continuidade da produção de contas. Para remediar a falta de dedicação exclusiva, a produção das contas deve ser facilitada e automatizada tanto quanto possível. Da mesma forma, os relatórios anuais das instituições que produzem os dados devem ser institucionalizados.

Quanto ao aspecto organizacional, é mister centralizar o trabalho em uma área em que estejam presentes conhecimentos econômicos e sanitários para a produção e análise eficiente das contas. O estabelecimento formal da área da economia da saúde e da comissão interinstitucional reforça os laços de cooperação em matéria de dados. Além disso, constitui a base para fortalecer a capacidade analítica no país e integrar os resultados das contas em um processo baseado em evidências para a tomada de decisões no sistema de saúde, em apoio às diretrizes nacionais, e institucionais, entre outras. Pode-se promover isso por meio de atividades concretas de interação com os grupos institucionais para obter sua colaboração e aumentar a sensação de propriedade dos resultados. Não basta organizar *workshops* conclusivos para apresentar os resultados; é necessário também formular estratégias para divulgar amplamente as contas de saúde em apoio à tomada de decisão nos diversos níveis.

Isso deve ser sustentado por uma posição concreta no organograma da autoridade sanitária e por um orçamento específico para a produção das contas e para as atividades complementares. É imperativo que as contas tenham boa relação custo-benefício, mas isso só será possível se um grupo capacitado for institucionalizado para proporcionar continuidade, qualidade e abertura à gestão das informações sobre o financiamento e os gastos da saúde, de forma especializada. A padronização profissional dos números, como parte do funcionamento regular do sistema, permitirá comparar os resultados e os avanços no tempo e entre os países.

PARTE 5



REFLEXÕES FINAIS

Três áreas são reconhecidas como fundamentais para a elaboração adequada das contas e estão no cerne da institucionalização: a governança, a capacidade técnica e institucional, e a disponibilidade do financiamento necessário. Esses fatores estão refletidos nos resultados da pesquisa.

A pesquisa também indica que os pontos cruciais identificados pela OMS em 2011 são pertinentes para a elaboração das contas na Região. As contas exigem informações e devem encontrar respaldo num mandato claro e em colaborações formais com todos os possíveis produtores de informações. Ao estabelecer claramente quais dados são necessários para as contas, deve-se promover um alinhamento progressivo dos sistemas de informação, incluindo essas necessidades, em conjunto com o monitoramento já existente. Entre outras coisas, por exemplo, as pesquisas sobre os gastos das famílias deverão ser feitas de acordo com a respectiva classificação internacional atualizada, isto é, a Classificação do Consumo Individual por Finalidade (CCIF), versão de 2018 (13), alinhada com a classificação do SHA 2011.

No que diz respeito ao impacto, as contas são usadas na avaliação e atualização de políticas, mas os resultados da pesquisa não parecem indicar isso. Faz-se necessário um estudo específico para documentar os usos em detalhe, bem como os respectivos resultados na Região. Alguns dos usos pelo meio acadêmico e pela comunidade científica têm sido muito pertinentes. O reconhecimento da utilidade das contas ajuda a transformá-las numa prioridade institucional, evitando que dependam de uma decisão individual ou conjuntural.

É indispensável que as contas gerem os indicadores necessários para a governança do sistema de saúde. Os gastos e os fluxos de recursos são um componente muito sensível às políticas e devem estar ao alcance (técnico e de elaboração de evidências) dos responsáveis da operacionalização da governança. A divulgação dos resultados deve ser complementada pela ligação entre os responsáveis pela produção das contas e os encarregados da operacionalização da governança, promovendo a transparência e a responsabilidade no acompanhamento dos recursos.

Por último, os resultados da pesquisa revelam alguns desafios para a cooperação técnica da OPAS e da OMS:

1. O questionário da OMS para atualizar anualmente a GHED facilitou a institucionalização, mas precisa ser discutido mais a fundo para que os países entendam seu conteúdo e possam integrá-lo melhor.
2. A defasagem dos números publicados, geralmente com dados de dois anos atrás (t-2), é percebida como uma oportunidade perdida pelos responsáveis pelas decisões. Isso é acentuado nos países onde são mantidas contas de vários anos simultaneamente. A OPAS vem formulando estratégias para gerar resultados mais oportunos. Nesse sentido, está sendo elaborada uma metodologia para fazer projeções, que deve ser uma contribuição positiva.

Em suma, pode haver um círculo vicioso que leve à irrelevância das contas, associado a uma ligação insuficiente com a tomada de decisões e à falta de oportunidade, continuidade, qualidade e pertinência.

Para transformar essa situação em um círculo virtuoso, é necessário um monitoramento estruturado e ativo da institucionalização para garantir o cumprimento de certas condições:

- a) Resultados das contas de boa qualidade e definição de um monitoramento específico da sua evolução.
- b) Adoção de mecanismos para gerar resultados no curto prazo, de forma ágil (com boa relação custo-benefício) e oportuna.
- c) Uso do sistema para tomar decisões atuais, ligando os resultados às discussões sobre a transformação rumo à saúde universal.

Outro esforço essencial, em paralelo, é assegurar que os responsáveis pelos sistemas de informação nas diversas instituições fornecedoras de dados recebam indicações claras de quais informações são necessárias. Convém estabelecer sistemas de registro das necessidades de informação para fins de políticas, de modo que os relatórios de contas contenham indicadores e textos que facilitem o uso.

REFERÊNCIAS

1. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Eurostat, Organización Mundial de la Salud (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition. París: OECD Publishing. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
2. Rathe M, Hernández P, Van Mosseveld C, Pescetto C, Van de Maele N. Cuentas de salud del pasado al presente para una aritmética política. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2021; 45: e72. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.72>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde do Panamá. Workshop regional sobre contas de saúde SHA 2011. Validación de la estimación de gasto en la Base de Datos Mundial del Gasto en Salud (GHED). Panamá, 9 a 13 de setembro de 2019.
4. Tan Torres T. Institucionalización de las cuentas de salud en SHA 2011. Taller de Cuentas de Salud SHA 2011: su contribución con datos para la Comisión de información y transparencia para la salud de la mujer y los niños (COIA por sus siglas en ingles) y su institucionalización. Día 5. Hammamet (Tunísia): OMS; 2013.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014. Washington, D.C.: OPAS; 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd535-rev-2-estrategia-para-acesso-universal-saude-e-cobertura-universal-saude>.
6. Van Mosseveld C, Hernández Peña P, Arán D, Cherilova V, Mataria A. How to ensure quality of health accounts. *Health Policy* 2016; 120 (5): 554-551. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.03.009.
7. Rosen R, Bhuwanes K, Connor C. The Next Frontier to Support Health Resource Tracking. Rockville, Maryland: USAID; 2018. Disponível em: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00TB4.pdf.
8. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde do Chile. Seminário Internacional sobre Contas de Saúde. Información económica para la toma de decisiones de salud. Memoria. Santiago, Chile; 2017.
9. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Curso en Cuentas de Salud: Metodología SHA 2011. Primera edición, 2018. Campus Virtual de Salud Pública. Disponível em: <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/cuentas-de-salud-metodologia-SHA-2011-1era-edicion-2018>.
10. Sosa C, Santiago O. Experiencia de las cuentas de salud en México. Workshop regional sobre contas de Saúde. Panamá, 9 a 13 de setembro de 2019.
11. Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. HAPT, Health Accounts Production Tool. https://www.who.int/health-accounts/tools/Technical_specificities_HAPT.pdf.
12. Instituto Nacional de Estatística e Censos (Costa Rica). Lei Nº 9694. Sistema de Estadística Nacional. San José: INEC; 2019. Disponível em: https://www.who.int/health-accounts/tools/Technical_specificities_HAPT.pdf.
13. DESA UNSTAT. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. Statistical Papers. Series M No. 99 ST/ESA/STAT/SER.M/ 99. ONU. Nova Iorque, 2018. Disponível em: https://unstats.un.org/unsd/classifications/business-trade/desc/COICOP_english/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf

A mensuração dos gastos com saúde e o monitoramento dos recursos por meio do sistema de contas de saúde SHA 2011 representam ferramentas valiosas para a tomada de decisões e a adoção de políticas de saúde. Saber quanto está sendo gasto e como está sendo gasto permite, por exemplo, verificar se o gasto está vinculado às prioridades políticas de um país; se os recursos do sistema se traduzem em maiores e melhores benefícios à saúde; e se os recursos são alocados de acordo com as necessidades específicas de saúde e, portanto, atingem o máximo potencial de benefícios para a população. Essas informações estratégicas facilitam o monitoramento do andamento dos objetivos de acesso e cobertura universal do sistema a partir do financiamento, com eficiência, equidade e sustentabilidade.

Esta publicação descreve os dados de uma pesquisa com contabilistas de saúde na Região das Américas com o objetivo de analisar os elementos-chave para melhorar as estratégias de institucionalização das contas de saúde nos países. Assim, constatou-se que a frequência de rotatividade de pessoal e a insuficiência de recursos representam entraves à plena institucionalização. Descreve também os antecedentes do estabelecimento e expansão das contas na América Latina e as práticas de divulgação dos resultados mais frequentes. Conclui com considerações finais e recomendações.

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos da América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org