

# Gasto em atenção primária à saúde nas Américas: medir o que importa\*

Magdalena Rathe,<sup>1</sup> Patricia Hernández-Peña,<sup>2</sup> Claudia Pescetto,<sup>3</sup> Cornelis Van Mosseveld,<sup>4</sup> Maria Angélica Borges dos Santos<sup>5</sup> e Laura Rivas<sup>6</sup>

## Como citar

Rathe M, Hernández-Peña P, Pescetto C, Van Mosseveld C, Borges dos Santos MA y Rivas L. Gasto em atenção primária à saúde nas Américas: medir o que importa. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e76. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.76>

## RESUMO

Este informe especial apresenta uma comparação entre a medida do gasto em atenção primária à saúde (APS) conforme as propostas da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), usando a metodologia mundialmente aceita para reportar gastos em saúde – o *System of Health Accounts* (SHA 2011) – em três países da Região das Américas. Observam-se divergências conceituais entre os métodos: 1) operacionalização do conceito como atenção básica pela OCDE ou primeiro contato pela OMS; 2) maior abrangência de bens e serviços de acordo com a definição da OMS (englobando medicamentos, administração e serviços de prevenção em âmbito coletivo) e 3) inclusão exclusivamente de serviços ambulatoriais de acordo com a OCDE. Os gastos em APS como percentual do gasto corrente em saúde (GCS) em 2017, de acordo com os métodos propostos pela OMS e pela OCDE, foram: 43,6% vs. 15,1% no México; 41,1 vs. 5,75% na República Dominicana; e 31,4% vs. 5,7% na Costa Rica. A definição ampla de APS como primeiro contato proposta pela OMS permite incluir os diferentes arranjos de atenção existentes nos países. No entanto, as categorias deveriam ser mais bem detalhadas para facilitar a comparação internacional. Por outro lado, a proposta da OECD restringe a APS aos prestadores de serviços ambulatoriais, o que limita muito a medição e exclui intervenções próprias do conceito de APS, como serviços de prevenção no âmbito coletivo. Numa etapa de transição, recomenda-se aos países monitorar o financiamento da APS, explicitando os itens incluídos na definição empregada. A metodologia SHA 2011 possibilita identificar e comparar essas diferenças.

## Palavras-chave

Atenção primária à saúde; gastos em saúde; medidas, métodos e teorias.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) visam alcançar a cobertura universal de serviços de saúde essenciais e de qualidade. Há um consenso internacional sobre o papel-chave da atenção primária em saúde (APS) para o cumprimento dos ODS (1). Isso requer chegar a um consenso sobre a definição de APS, os principais indicadores de gastos e como medi-los.

Porém, não existe uma definição única e operacional de APS em termos globais ou nacionais. APS pode referir-se a: 1)

cuidado prestado por especialidades médicas específicas; 2) um conjunto de atividades; 3) nível de atenção ou entorno: um ponto de entrada a um sistema que inclui cuidados ambulatoriais versus cuidados hospitalares; 4) um conjunto de atributos (2); 5) atenção caracterizada pelo primeiro contato ou pelo nível de atenção, acessibilidade, longitudinalidade e integralidade; e 6) uma estratégia de organização dos sistemas de saúde, com prioridade à atenção baseada na comunidade e menos ênfase na medicina com uso intensivo de tecnologia, ou seja,

\* Tradução oficial em português do artigo especial em espanhol realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde. Em caso de discrepância entre as duas versões, prevalecerá o original. Acesso a manuscrito original: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.13>.

<sup>1</sup> Fundación Plenitud, Santo Domingo, República Dominicana ✉ Magdalena Rathe, [mrathe@fundacionplenitud.org](mailto:mrathe@fundacionplenitud.org)

<sup>2</sup> Consultora, Amsterdã, Países Baixos

<sup>3</sup> Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C, Estados Unidos da América

<sup>4</sup> Consultor, Haia, Países Baixos

<sup>5</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

<sup>6</sup> Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça

procedimentos e medicamentos complexos, de alto custo e baseada em hospitais (3).

Os principais desafios para o monitoramento da APS incluem alcançar uma definição quantitativa e gerar as informações necessárias nos países. Há uma diferença entre a estratégia e a operação da atenção primária em termos de medição de seus gastos, por meio do primeiro nível de atenção (PNA). Na região da América Latina e Caribe, houve progresso com o chamado à ação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio do Pacto 30-30-30, em 2019 (4). Esse Pacto dá continuidade à Estratégia de Saúde Universal (5), baseada no direito à saúde. Propõe eliminar pelo menos 30% das barreiras de acesso até 2030 e aumentar o gasto público para pelo menos 6% do PIB, com pelo menos 30% desses recursos direcionados para o primeiro nível de atenção. Para avançar nesta direção, é imprescindível medir os progressos de forma robusta.

O PNA, multidisciplinar, funciona como porta de entrada (primeiro contato) ao sistema, para garantir o acesso equitativo a um conjunto abrangente e integrado de serviços que atendam às necessidades da população. É o nível mais crítico para conseguir a integração dos programas voltados para diferentes problemas de saúde, riscos e populações específicas, serviços de saúde individuais e de saúde pública (6).

Para realizar monitoramento e comparação quantitativa, é necessário utilizar algum padrão. O padrão internacional para medir gastos com saúde é o Sistema de Contas de Saúde (SHA 2011, do inglês *System of Health Accounts*) (7), resultado de uma iniciativa de colaboração entre a OCDE, o Serviço de Estatísticas da União Europeia (Eurostat) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). O SHA 2011 é baseado no marco triaxial de financiamento, provisão e consumo de bens e serviços de saúde (ou funções de cuidados de saúde) e em suas classificações padronizadas, que descrevem as categorias em detalhes, para gerar conteúdos também padronizados. As classificações são o resultado de uma consulta internacional (8) para definir categorias relevantes que acompanham as classificações internacionais de gastos por finalidade de gastos [pelo governo (9), e pelo setor privado (10)], ajustadas às necessidades de informação do sistema de saúde.

O objetivo do SHA 2011 não é especificamente monitorar gastos com APS e compará-los a outras despesas de saúde; portanto, ele não oferece orientações sobre como medir esses gastos. Um princípio básico é delimitar o gasto em saúde com base nos bens e serviços (ou funções) cobertos. No entanto, ao delimitar a definição operacional de APS/PNA com base em bens e serviços (funções) cobertos, independentemente de quem os forneça e de quem pague por eles, é possível medi-los e compará-los.

Informações sobre gastos segundo tipos de atividades ou bens e serviços padronizados, e, idealmente, conforme o prestador envolvido, são muito mais esclarecedoras do que o conteúdo compilado em dotações orçamentárias, que não detalham suficientemente a alocação de recursos dedicados a APS/PNA, o que é muito comum nos países da América Latina e do Caribe.

Sabemos que os sistemas de saúde diferem entre si. Para obter comparabilidade internacional, ainda é necessário chegar a um acordo sobre o que incluir na medição da APS. Há três opções: a) restrita: apenas atividades acordadas por todos os países são incluídas; b) padronizada: os países acordam sobre um grupo de atividades para fins de comparação internacional,

mesmo que internamente disponibilizem medições adicionais (nesse caso, tanto a definição como as medições seriam relativamente estáveis); c) ampla: incluir todas as atividades que cada país define como atenção primária.

Este documento compara a medição conceitual e quantitativa de gastos em APS da OCDE e a da OMS, segundo o SHA2011, em três países da região. Apresenta as vantagens e limitações de cada definição, e discute os desafios envolvidos no acompanhamento dos gastos em APS na região das Américas.

## PROPOSTAS DA OCDE E DA OMS

A OCDE (12) e a OMS (13) produziram as primeiras estimativas de gastos em APS baseadas no SHA 2011 para países que dispunham das estatísticas necessárias. Cada medição foi realizada utilizando um conceito operacional e quantitativo, acordado dentro de cada uma dessas organizações, que têm diferentes definições dos serviços SHA 2011 que comporiam a APS (Tabela 1). Os dados de gastos em saúde são reportados anualmente à OCDE pelos 38 Estados Membros, estão disponíveis em seu banco de dados e não incluem sistematicamente despesas em APS (14). No caso da OMS, os dados de gastos em saúde atualizados anualmente estão disponíveis na base de dados *Global Health Expenditure Database* (GHED) (15), embora nem sempre sejam fornecidos em formato completo, pelos 193 Estados Membros.

Resumidamente, as divergências nas definições estabelecidas pela OCDE e pela OMS incluem: a) o ponto de partida da operacionalização na conceitualização da APS, como atenção básica ou de primeiro contato; b) a amplitude de serviços contidos, ou seja, a definição do que medir; e c) a inclusão (ou não) dos prestadores de serviços envolvidos, isto é, como medi-la.

A OCDE baseia-se na opinião de especialistas dos Estados Membros e utiliza o cruzamento de informações sobre prestadores de serviços por função (12). Inclui os gastos em serviços básicos de saúde, a partir da classificação de funções de saúde do SHA 2011, quando prestados em unidades ambulatoriais. A proposta exclui serviços muito relevantes e alguns serviços com tecnologia mais complexa, que poderiam ser considerados um nível de prestação superior (Tabela 1).

Os serviços incluídos pela OCDE são cuidados ambulatoriais e domiciliares, gerais, curativos, odontológicos e algumas categorias de serviços preventivos, como educação para saúde, vacinação, detecção precoce de doenças e acompanhamento de grupos de indivíduos saudáveis. Programas de vigilância epidemiológica e controle de doenças, assim como prevenção e preparação para desastres e emergências, são excluídos, pois não integram a atenção de primeiro contato ou básica à população, e não são oferecidos em unidades ambulatoriais. São serviços de planejamento – não de primeiro contato com a população – e a abordagem da OCDE tem como foco os serviços preferencialmente individuais.

A OCDE também exclui gastos com a administração e o financiamento do sistema de saúde. A medição de bens médicos é uma medição opcional e separada, restrita a medicamentos (de venda livre e com prescrição). A proposta da OCDE deixa o caminho aberto para novos ajustes pelos Estados Membros e reconhece que o desafio é identificar os serviços e prestadores a serem incluídos, e poder quantificá-los, segundo as definições do SHA 2011. Por exemplo, é difícil separar serviços gerais e

**TABELA 1. Comparação dos serviços e bens de saúde incluídos nos gastos da Atenção Primária à Saúde (APS) pela OMS e pela OCDE. 2021**

Código ICHA-HC	Descrição dos Serviços e Bens de Saúde/Funções	APS OMS Todos os prestadores de serviços	APS OCDE Prestadores de serviços ambulatoriais	Considerações
HC.1	Atenção curativa			
HC.1.3	Atenção curativa ambulatorial			
HC.1.3.1	Atenção curativa ambulatorial geral	✓	✓	Consensual
HC.1.3.2	Atenção curativa ambulatorial odontológica	✓		Consensual
HC.1.3.nep	Atenção curativa ambulatorial sem outra especificação (SOE) (a)	✓	✓	Dificuldade de separar a APS
HC.1.4	Atenção curativa domiciliar			Consensual
HC.2	Assistência para reabilitação			Não incluída
HC.3	Serviços de atenção de longo prazo (saúde)			
HC.3.3	Atenção ambulatorial de longo prazo (saúde)	✓	-	Essencial e contínua
HC.3.4	Atendimento domiciliar de longo prazo (saúde)	✓	-	Pode incluir não profissionais
HC.4	Serviços auxiliares (laboratório, imagem e transporte)			Não incluídos
HC.5	Bens médicos (não especificados por função)			
HC.5.1	Fármacos e outros bens perecíveis	✓	✓	
HC.5.1.1	Medicamentos com prescrição (b)	✓	✓	Dificuldade de separar medicamentos usados na APS
HC.5.1.2	Medicamentos de venda livre	✓	✓	Dificuldade de separar medicamentos usados na APS
HC.5.1.3	Outros bens médicos perecíveis	✓	-	
HC.5.2	Dispositivos terapêuticos e outros bens médicos			
HC.5.2.1	Lentes e outros produtos para a visão	✓	-	Essenciais e de primeiro contato
HC.5.2.2	Aparelhos auditivos	✓	-	Essenciais e de primeiro contato
HC.5.2.3	Outros dispositivos e próteses ortopédicas (exceto lentes e aparelhos auditivos)	✓	-	Essenciais e de primeiro contato
HC.5.2.9	Todos os outros bens médicos não perecíveis, incluindo dispositivos técnicos	✓		Essenciais e de primeiro contato
H.6	Atenção preventiva			
H.6.1	Programas de informação, educação e consulta (IEC)	✓	✓	Consensual
H.6.2	Programas de imunização	✓	✓	Consensual
H.6.3	Programas de detecção precoce de doenças	✓	✓	Consensual
H.6.4	Programas de monitoramento de condições saudáveis	✓	✓	Consensual
H.6.5	Vigilância epidemiológica e programas de controle de riscos e doenças	✓	-	Essencial para guiar a APS
H.6.6	Programas de prevenção e de preparação para desastres e situações de emergência	✓	-	Essencial para guiar a atenção rotineira
H.7	Governança e administração do financiamento do sistema de saúde (b)			
H.7.1	Governança e administração do sistema de saúde	✓	-	Essencial para guiar a APS
H.7.2	Administração do financiamento à saúde	✓	-	Essencial para guiar a APS

Fonte: elaboração própria com base na OECD e referência 13.

Notas: 1. A OCDE não menciona valores "não classificados em outra parte (NEP)"; 2. A OMS (ao contrário da OCDE) aloca 80% das compras em varejistas de bens médicos e da administração do sistema de saúde na APS.

Síglas: ICHA-HC: *International Classification of Health Accounts for Health Care Functions*; APS: Atenção Primária à Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde; OCDE: Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico

especializados, bem como itens relevantes para garantir a autonomia funcional das pessoas como, por exemplo, idosos (implantes cocleares e lentes), e que são predominantemente pagos por gasto direto (do próprio bolso). Isso enfatiza a importância de que essas despesas sejam financiadas no futuro pela APS, como gasto público.

Considerando que muitos países não dispõem de informações cruzadas por prestadores de serviços, a OMS propõe concentrar-se apenas no tipo de serviços (funções de saúde) oferecidos por qualquer prestador (Tabela 1) (16). O conteúdo inclui todos os serviços considerados como de APS pela OCDE, acrescenta os cuidados ambulatoriais e domiciliares a longo prazo e expande o componente preventivo, incorporando

vigilância epidemiológica e preparação para desastres e emergências. Inclui também 80% dos gastos em bens médicos (medicamentos, óculos e aparelhos auditivos e próteses), e 80% dos gastos em administração e financiamento do sistema de saúde. Este último refletiria o esforço para fornecer e organizar a atenção primária à saúde. No entanto, a inclusão de 80% dos gastos administrativos e bens médicos tem sido contestada por vários países onde existe mais atenção especializada, o que reduziria a proporção desses gastos para a APS.

Existem, ainda, serviços sem consenso, que são o cerne da chamada internacional para uma discussão a respeito de como padronizar internacionalmente a notificação de gastos em saúde. Estes serviços incluem 1) reabilitação, que não faz parte

do PNA em muitos países, mas pode fazer parte de um pacote básico de cuidados; 2) atenção de longo prazo, que pode corresponder ao primeiro contato e pode integrar um pacote básico de cuidados, e é importante para controle dos fatores de risco; 3) o transporte de emergência, que é parte dos serviços auxiliares, pode representar um primeiro contato e pode ser incluído na atenção básica. Deve-se excluir o componente do transporte associado a serviços especializados e de nível hospitalar; 4) os bens médicos de venda livre (medicamentos, óculos, aparelhos auditivos e de mobilidade), que podem ser considerados como primeiro contato e também relevantes para a qualidade de vida, e incluídos como um produto de atendimento ambulatorial não especializado. (Em países onde as hospitalizações incluem medicamentos, as compras no varejo referem-se a medicamentos usados fora desses episódios, enquanto nos países onde medicamentos não estão incluídos ou não estão disponíveis durante hospitalizações, essas vendas são mais significativas e podem implicar uma superestimativa dos gastos com atenção primária; 5) a atenção preventiva não individual (coletiva) deve ser incluída quando relacionada à APS. Quando esta relação entre individual e coletiva não estiver clara, sugere-se distribuir o valor proporcionalmente; e 6) a administração do sistema e seu financiamento como parte da APS/PNA, pois os atributos de acessibilidade, longitudinalidade e integralidade dependem muito da boa governança do sistema, com seus gastos correspondentes. Um procedimento padrão corresponde a atribuir à administração a participação percentual dos gastos com APS (soma dos componentes de APS, excluindo administração) nos gastos correntes em saúde.

Em relação aos prestadores de serviços, deve-se considerar o seguinte: 1) dado que o cruzamento de informações por prestador de serviços não é generalizado, a OMS prioriza a classificação dos gastos por funções; 2) segundo a proposta da OCDE, e considerando que o SHA 2011 classifica os prestadores de serviços de acordo com sua atividade principal, limitar a medição aos prestadores de serviços ambulatoriais suprime a contabilização de serviços das unidades que oferecem principalmente cuidados preventivos ou dispensam medicamentos. Ainda, isso subvaloriza os gastos com APS e dificulta o monitoramento de unidades estratégicas e relevantes, como unidades de atendimento pré-natal e vacinação; 3) existem serviços ambulatoriais curativos oferecidos em unidades hospitalares, que podem ser gerais e especializados, mas são difíceis de separar.

## O QUE ESTÁ ENVOLVIDO NA MEDIÇÃO DOS GASTOS EM APS/ PNA NAS AMÉRICAS?

A definição de APS requer que seus limites sejam bem definidos e que os países incluam processos de prestação de serviços muito diversos, que reflitam a forma de operacionalizar a prestação de APS/PNA a sua população, e, portanto, relatem esses gastos de acordo com sua própria definição.

No México, por exemplo, pode haver um primeiro contato do paciente que vai diretamente, e por iniciativa própria, ao laboratório para uma avaliação de saúde, ampliando o significado do primeiro contato aos serviços auxiliares de diagnóstico. Isto não é possível em outros casos, como nos Países Baixos, onde a referência do clínico geral é obrigatória no seguro básico (17).

Na Colômbia, a atenção básica é definida como um pacote mínimo de serviços, que inclui atividades preventivas e de saúde pública (13). Os componentes de cada “pacote de

serviços” podem ser classificados como primeiro contato ou atenção básica, segundo critérios nacionais. Por exemplo, pode-se propor que o primeiro contato inclua a atenção inicial de um episódio, diagnóstico e tratamento, excluindo qualquer encaminhamento. Ou pode-se argumentar que a atenção básica inclui um pacote de serviços que cobre as necessidades mais frequentes em um grupo populacional, e que os atendimentos subsequentes, relevantes para o monitoramento e acompanhamento, deveriam, portanto, ser incluídos, desde que oferecidos no PNA – ou passariam a ser especializados.

O grau de complexidade do PNA (por exemplo, inclusão/exclusão de serviços auxiliares e diagnósticos, compra de medicamentos, e gestão de hospitalização e emergências) deve ser esclarecido. Lembrando que o ponto de primeiro contato tem sido crítico no caso da pandemia de COVID-19 para diagnóstico, orientação e seleção dos cuidados a serem recebidos pelo paciente, além das intervenções de saúde pública ou coletivas. Isso deve incluir serviços auxiliares, de transporte de emergência e de diagnóstico (laboratório e imagem). Além disso, o acompanhamento de doenças crônicas, cada vez mais prevalentes, sugere não restringir a medição a um primeiro contato. Para garantir um monitoramento eficiente, deve-se estabelecer as condições em que tanto o primeiro contato como a atenção básica possam ser delimitadas.

As principais fontes para medir gastos em APS/PNA serão sempre as contas de saúde baseadas no SHA 2011; a adoção de qualquer outra referência levaria a mais confusão e inconsistência na classificação e coleta de dados. No entanto, a disponibilidade de dados de gastos no formato SHA 2011 é um desafio na América Latina e no Caribe. Apenas 11 dos 33 países tinham dados para funções com diferentes níveis de desagregação e de qualidade, em 2021: Barbados, Brasil, Costa Rica, Guiana, Haiti, México, Paraguai, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, Trinidad e Tobago e Uruguai. Assim, estimula-se a aumentar a disponibilidade desses dados como parte do esforço pela melhor utilização dos recursos disponíveis para a APS.

Três países da região (Costa Rica, México e República Dominicana) foram escolhidos, por terem dados de gastos para o ano de 2017 por prestador de serviço e por função, com um nível de desagregação suficiente. Os gastos em APS/PNA segundo as definições da OMS e da OCDE foram cotejados para comparação, como monitoramento do Pacto 30-30-30.

Os gastos correntes em saúde dos três países somam pouco menos de um quinto de tais gastos na América Latina e no Caribe (dados fornecidos pelo GHED). Os gastos dos três países em APS segundo o escopo das definições elaboradas pela OCDE e pela OMS são apresentados como porcentagem dos gastos correntes em saúde (GCS), e os gastos totais em APS são mostrados como porcentagem do PIB e per capita (Tabela 2).

Com a definição da OMS, os gastos em APS são superiores a 30% nos três países estudados (43,6% no México, 41,1% na República Dominicana e 31,4% na Costa Rica). A restrição dos dados aos gastos com prestadores de serviços ambulatoriais, conforme definição da OCDE, tem um impacto substancial, reduzindo o gasto em atenção primária à saúde a 15,1% no México, e a 5,7% tanto na Costa Rica como na República Dominicana (Tabela 2). Assim, nos três países analisados, os gastos em APS, segundo o parâmetro da OMS, superariam a meta de 30% na estratégia 30-30-30. Por outro lado, pelo parâmetro da

**TABELA 2. Indicadores mínimos de gastos em APS, como propostos pela OCDE e pela OMS, na Costa Rica, República Dominicana e México. 2017**

Indicadores detalhados pelos serviços de APS (códigos ICHA-HC)		Costa Rica 2017		República Dominicana 2017		México 2017	
		APS OMS	APS OCDE	APS OMS	APS OECD	APS OMS	APS OCDE
HC.1.3.1	Atenção curativa ambulatorial geral (% GCS)	3,6	1,8	9,4	3,6	11,8	11,8
HC.1.3.2	Atenção curativa ambulatorial odontológica (% GCS)	3,8	3,4	1,6	1,3	3,2	3,2
HC.1.3.SOE	Atenção ambulatorial SOE (% GCS)	0,0	não incluído	1,0	não incluído	0,0	não incluído
HC.1.4	Atenção curativa domiciliar (% GCS)	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
HC.3.3	Atenção ambulatorial de longo prazo (saúde) (% GCS)	0,2	não incluído	0,000	não incluído	0	não incluído
HC.3.4	Atendimento domiciliar de longo prazo (saúde) (% GCS)	0,1	não incluído	0,000	não incluído	0	não incluído
HC.5	Bens médicos (não especificados por função) (% GCS)	15,4	não incluído	20,7	não incluído	21,7	não incluído
HC.6	Atenção preventiva (% GCS)	0,7	0,4	2,4	0,8	3,0	0,00
HC.7	Governança e gestão de financiamento do sistema de saúde (% GCS)	7,6	não incluído	5,8	não incluído	3,7	não incluído
Indicadores gerais dos gastos em APS		Costa Rica 2017		República Dominicana 2017		México 2017	
Gastos em APS como % GCS		31,4	5,7	41,1	5,7	43,6	15,1
Gastos em APS como % PIB		2,3	0,4	2,4	0,3	2,4	0,8
Gastos correntes em APS (milhões de US\$)		1.339	244	1.916	266	27.848	9.663
Gastos em APS per capita (US\$)		271	49	182	25	223	77
Indicadores gerais dos gastos correntes em saúde		Costa Rica 2017		República Dominicana 2017		México 2017	
Gasto corrente em saúde (incluindo NEP) (milhões de US\$)		4.263	4.263	4.664	4.664	63.894	63.894
Gasto corrente em saúde per capita (US\$)		861	861	444	444	512	512

Símbolos: APS: Atenção Primária à Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde; OCDE: Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico; US\$: dólar americano; ICHA-HC: *International Classification of Health Accounts for Health Care Functions*; GCS: gastos correntes em saúde; SOE.: sem outra especificação. Fonte: elaboração própria com base em dados publicados no *Global Health Expenditure Database* (GHEd) da OMS. Obs.: as definições de APS da OCDE consideram apenas os prestadores de serviços ambulatoriais.

OCDE, países como a Costa Rica, considerado um exemplo virtuoso do sistema de saúde nas Américas, pareceriam estar muito longe da meta.

Em valores per capita, o nível mais alto segundo a definição da OMS é o da Costa Rica (US\$ 271), e o mais baixo, da República Dominicana (US\$ 182). No entanto, utilizando os critérios da OCDE, o México tem o nível per capita mais alto (US\$ 77), enquanto a Costa Rica tem um per capita bem menor (US\$ 49), e a República Dominicana tem apenas um terço (US\$ 25) do mexicano (Tabela 2).

A decisão da OCDE de restringir o escopo da APS a serviços ofertados por prestadores ambulatoriais limita muito a medição, pois pode excluir intervenções intrínsecas ao conceito de APS, como serviços coletivos de prevenção. Uma definição de gastos em serviços básicos que independa de prestadores específicos parece ser a mais adequada para acompanhar gastos em APS, e para fins de comparação internacional e temporal.

Com o uso da medição da OCDE, muitas funções são relatadas como inexistentes quando não são oferecidas em ambulatoriais, especialmente as realizadas em unidades de atenção preventiva.

Surpreendentemente, a maior proporção de gastos em APS com o uso da definição da OMS relaciona-se à compra de bens médicos em estabelecimentos varejistas, com uma contribuição

substancial em todos os casos (50% no México, 50% na República Dominicana e 49% na Costa Rica). Além disso, os gastos com atenção preventiva são muito baixos em todos os países (0,7-3%), especialmente na Costa Rica. As despesas com administração e financiamento também são baixas (3,7-7,6%), especialmente no México (Tabela 2).

Para avaliar melhor as diferenças, fizemos uma análise comparativa da distribuição dos gastos por função. Os gastos em atenção ambulatorial curativa são mais elevados no México – três vezes mais altos do que nos outros dois países, conforme a definição da OCDE. Isso sugere maior prestação de serviços em unidades ambulatoriais, em oposição ao atendimento hospitalar.

A definição de APS como PNA ou primeiro contato torna mais fácil para os países da região incluírem serviços muito diversos, refletindo a forma como prestam atendimento à sua população e a adoção de uma medição ampla. Mesmo assim, a OMS poderia avançar nas descrições das categorias a serem incluídas na definição de APS para fins de comparação internacional. Em ambos os casos, com uma definição nacional e uma internacional, é imprescindível que as contas de saúde mostrem, em detalhe, suas medições de gastos em APS.

A adoção das medidas padronizadas propostas pela OMS e OCDE para acompanhar os gastos em APS no Pacto 30-30-30

sugere que haveria dificuldades em ambos os casos. Sob a abordagem da OMS, mesmo que os três países analisados da região já tenham ultrapassado a meta de 30%, ainda há necessidade de rever os gastos com administração e bens médicos, para ajustar os 80% propostos às condições do país. Com o enfoque da OCDE, todos os países estariam muito aquém do objetivo e componentes básicos, como os gastos preventivos em APS, ficariam sem monitoramento. É importante que os organismos internacionais definam melhor esse conteúdo, repensando a prevenção e gestão, bem como os bens médicos.

Por outro lado, o SHA prova ser uma ferramenta robusta para o estudo de alocação de recursos, baseada em bens e serviços cobertos pela APS. Uma questão prática fundamental é a disponibilidade de dados; portanto, recomenda-se apoiar os países na elaboração de suas contas de saúde completas e com todos os seus detalhamentos, dando visibilidade aos elementos mais importantes dos gastos em APS. Também é importante gerar tabelas cruzadas de funções por prestadores e de esquemas de financiamento por função.

As despesas com serviços da ANP devem ser apresentadas segundo fonte e esquema de financiamento, para dar visibilidade ao nível de prioridade pública e à carga financeira para os domicílios. Além disso, o cruzamento com os prestadores de serviços permite a visualização de seu papel como primeiro contato e/ou na atenção básica de saúde. Recomendamos, ainda, publicar (a) gastos com medicamentos, tanto os gastos totais dos diferentes atores do país como os gastos públicos, ou seja, medicamentos fornecidos no PNA, medicamentos básicos ou essenciais ou financiados pela seguridade social; b) gastos com outros bens de saúde, especificamente óculos, aparelhos auditivos e de mobilidade; (c) gastos com prevenção coletiva e administração e governança, tendo o cuidado de separar a administração do sistema e a de seu financiamento, e calcular as proporções alocadas a cada nível de atenção; e d) gastos com serviços auxiliares indicados no PNA.

Em conclusão, SHA é um sistema para comparação internacional de gastos que não substitui as medições nacionais. Fornece diretrizes para estimar as despesas de cada país e monitorar as mudanças ao longo do tempo, ou as mudanças

geográficas, dentro do país. O detalhe de suas classificações e sua flexibilidade para se ajustar ao tipo de atividade ou bens e serviços e aos prestadores de serviços incluídos é um instrumento que permite monitorar e ajustar as políticas, quando necessário. Também pode ser útil para comparações *ad hoc* entre países selecionados.

Para embasar políticas, é importante explicitar a organização do sistema e das políticas que apoiam a dotação de serviços básicos e de primeiro nível em cada país. Por exemplo, a existência de uma porta de entrada ao sistema, ou sua ausência, implica diferentes indicadores de primeiro contato e prestadores. Portanto, é importante apoiar a prática e a interpretação guiada das diferenças entre os países, relacionando a medição do gasto em APS com seu contexto.

Como passo intermediário, recomenda-se aos países que monitoram o financiamento da APS explicitar o que incluem em sua definição. Os países irão adotar soluções específicas relacionadas a seus problemas. O SHA 2011 permite identificar e comparar essas diferenças. Não existe um nível nem uma distribuição única de gastos a que os países devam se restringir, mas há maneiras de utilizar recursos compatíveis com equidade e eficiência em cada contexto.

**Contribuição dos autores.** MR, PHP, CvM, CP e MABS conceberam o estudo; MR, PHP, CvM, MABS e LR coletaram e analisaram dados, e interpretaram os resultados; MR, PHP, CvM, CP e MABS redigiram e revisaram o manuscrito. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final.

**Agradecimentos.** Agradecemos a Julien Dupuy, da OMS, pela ajuda com as tabelas cruzadas dos países estudados, e a Hernán Luque e Jonas Gonseth, assessores da OPAS, que gentilmente leram e comentaram sobre o conteúdo do artigo.

**Conflitos de interesse.** Não foram declarados pelos autores.

**Declaração.** As opiniões expressas neste manuscrito são de responsabilidade do autor e não refletem necessariamente os critérios nem a política de RPSP/PAJPH e/ou da OPAS.

## REFERÊNCIAS

1. Chotchoungchatchai S, Marshall AI, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Primary health care and sustainable development goals. *Bull World Health Organ.* 2020;98(11):792-800. doi:10.2471/BLT.19.245613
2. Starfield, B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 1992
3. Donaldson MS, Yordy K D, Lohr KN, Y Vanselow NA. (Eds.). Primary care: America's health in a new era. Washington (DC): National Academies Press (US); 1996. DOI: 10.17226/5152
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Pacto 30 • 30 • 30. APS Para la salud universal OPS/OMS. Washington DC 2019. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53926>. Consultado em 13 de novembro de 2021.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. CD53/5, Rec.2 Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. [internet] OPS, Washington, D.C. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Consultado em 13 de novembro de 2021.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, DC: OPAS; 2007. Disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31083>
7. OCDE, Eurostat e Organização Mundial da Saúde. A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. 2017, Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
8. Rathe M, Hernández P, Van Mosseveld C, Pescetto C, Van de Maele N. Cuentas de salud del pasado al presente para una aritmética política. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e72. Disponível em espanhol em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.72>
9. Nações Unidas. GFC. Clasificación de las funciones del gobierno. Em: Clasificación de gastos por finalidades. Informes estadísticos. Série M No. 84. NU: Nova York; 2001. P 27 Disponível em espanhol em: [https://digitallibrary.un.org/record/409196/files/30-M84\\_complete%28PDF%29\\_spanish.pdf?version=1](https://digitallibrary.un.org/record/409196/files/30-M84_complete%28PDF%29_spanish.pdf?version=1). Consultado em 13 de novembro de 2021.
10. Nações Unidas. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. Statistical Papers. Series M No. 99. NU: Nova York; 2018 p 103-116. Disponível em inglês em: [https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP\\_2018\\_-\\_pre-edited\\_white\\_cover\\_version\\_-\\_2018-12-26.pdf](https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf). Consultado em 13 de novembro de 2021.

11. Van Mosseveld C, van Son P. International Comparison of health care data, methodology development and applications. Voorburg/Heerlen. The Netherlands. Kluwer Academic Publishers-CBS Statistics Netherlands. 1998. Chapter 16. P 195.
12. OCDE. Deriving Preliminary Estimates of Primary Care Spending under the SHA 2011 Framework. OECD:París; 2019. Disponível em inglês em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf>
13. Vande Maele N, Xu K, Soucat A, et al. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001497. doi:10.1136/bmjgh-2019-001497
14. OCDE. OCDE.STAT. Health. Health expenditure and financing. [Internet] Disponível em inglês em: <https://stats.oecd.org/>. Consultado em 13 de novembro de 2021.
15. Organização Mundial da Saúde. Global Health Expenditure Database, GHED [Internet] OMS: Genebra; 2021. Disponível em inglês em: <https://apps.who.int/nha/database>. Consultado em 13 de novembro de 2021.
16. Organização Mundial da Saúde. Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011. Nota técnica, diciembre de 2021. Genebra: OMS; 2021. Disponível em espanhol em: <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/59818481/en>
17. Van Mosseveld C, Experiencia de los Países Bajos. Uso de datos estadísticos, en Seminario Internacional Cuentas de Salud: Información Económica para la Toma de Decisiones en Salud, Santiago de Chile, septiembre 2017, ch 7.3, pp 84-89

Manuscrito recebido em 17 de agosto de 2021. Aceito para publicação, após revisão, em 21 de dezembro de 2021.

## Primary health care expenditure in the Americas: measuring what matters

### ABSTRACT

This special report compares the measurement of primary health care (PHC) expenditure proposed by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) and by the World Health Organization (WHO), according to the global framework for reporting health expenditures (SHA 2011) in three countries in the Region of the Americas. There are conceptual differences: 1) operationalization as basic care, by OECD, versus first contact, by WHO; 2) a wider range of goods and services in the WHO definition (including medicines, administration, and collective preventive services); and 3) consideration only of services in outpatient providers by OECD. PHC expenditures as a percentage of current healthcare spending in 2017 for WHO and OECD: Mexico (43.6% vs. 15.1%); Dominican Republic (41.1% vs. 5.75%), and Costa Rica (31.4% vs. 5.7%). The broad WHO definition of PHC as first contact facilitates inclusion of services that reflect the way countries provide care to their populations. Even so, WHO could improve its category descriptions for the purposes of international comparison. Restricting PHC to outpatient providers (as the OECD does) greatly limits measurement and excludes interventions intrinsic to the concept of PHC, such as collective preventive services. As a transitional step, we recommend that countries should monitor PHC funding and should explain what they include in their definition. SHA 2011 makes it possible to identify and compare these differences.

### Keywords

Primary health care; health expenditures; measurements, methods and theories.

## Gasto en atención primaria en salud en las Américas: medir lo que importa

### RESUMEN

En este informe especial se compara la medición del gasto en atención primaria en salud (APS) propuesta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) según el marco mundial para reportar gastos en salud (SHA 2011) en tres países de la región de las Américas. Hay divergencias conceptuales: 1) la operacionalización como atención básica, por OCDE, o primer contacto, por OMS; 2) la mayor amplitud de bienes y servicios en la definición de OMS (incluye medicamentos, administración y servicios preventivos colectivos); 3) la consideración únicamente de servicios en proveedores ambulatorios en OCDE. Los gastos en APS como el porcentaje del gasto corriente en salud (GCS) en 2017 para OMS y OCDE, serían: México (43,6% vs 15,1%); República Dominicana (41,1 vs 5,75%) y Costa Rica (31,4% vs 5,7%). La definición amplia de APS como primer contacto de OMS facilita la inclusión de servicios que reflejan la forma en que los países ofrecen atención a su población. Aun así, la OMS podría mejorar las descripciones de las categorías incluidas para fines de comparación internacional. Restringir la APS a proveedores ambulatorios como hace OCDE limita mucho la medición y excluye intervenciones intrínsecas al concepto de APS, como servicios colectivos de prevención. Como paso transitorio se recomienda a los países que monitoreen el financiamiento de la APS, explicitando qué incluyen en su definición. El SHA 2011 permite identificar y comparar estas diferencias.

### Palabras clave

Atención Primaria de Salud; gastos en salud; mediciones, métodos y teorías.