

# O SETOR HOSPITALAR PÚBLICO BRASILEIRO: O CASO DO ESPIRITO SANTO

Eduardo Henrique Loretí<sup>1</sup>  
 Caio Cézar Mariano da Silva<sup>2</sup>  
 Edilaine Mazolini<sup>3</sup>

## RESUMO

A história do sistema hospitalar brasileiro mostra que o Brasil tem um sistema hospitalar pluralista e com uma longa tradição em financiar prestadores privados com recursos públicos, além de apresentar grandes problemas, sendo necessário um modelo de gestão adequado. Nesse sentido, as informações em saúde são de grande importância. Assim, esse trabalho teve por objetivo descrever as características da oferta hospitalar, o financiamento e a produção hospitalar no Brasil e no ES contribuindo assim para uma melhor gestão em saúde. O Brasil conta com 6.657 hospitais, já o Espírito Santo (ES) conta com 120 hospitais. 69,3% do gasto hospitalar total foi na média complexidade, demonstrando um problema de gestão. Com relação as características da produção e utilização dos serviços hospitalares o ES apresenta características similares aos de natureza nacional. A prática da gestão hospitalar é um processo complexo que exige o conhecimento de informações de produção e características de oferta para então propor medidas de gestão eficazes.

**Palavras-chave:** Administração hospitalar; estatísticas hospitalares; gestão em saúde; hospitais públicos.

## THE BRAZILIAN PUBLIC HOSPITAL SECTOR: THE CASE OF ESPIRITO SANTO

### ABSTRACT

The history of the Brazilian hospital system shows that Brazil has a pluralistic hospital system with a long tradition of financing private providers with public resources, besides presenting major problems, and an adequate management model is necessary. In this sense, health information is of great importance. Thus, this study aimed to describe the characteristics of

---

<sup>1</sup> Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN - MS

<sup>2</sup> Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN - MS

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Pós-graduada em Terapia Assistida por Equinos.

hospital supply, financing and hospital production in Brazil and ES, thus contributing to better health management. Brazil has 6,657 hospitals, while Espírito Santo (ES) has 120 hospitals. 69.3% of the total hospital expenditure was in average complexity, demonstrating a management problem. Regarding the characteristics of the production and use of hospital services, the ES presents characteristics similar to those of a national nature. The practice of hospital management is a complex process that requires the knowledge of production information and supply characteristics to propose effective management measures.

**Key words:** Hospital administration; hospital statistics; health management; hospitals public.

## **EL SECTOR HOSPITALARIO PÚBLICO BRASILEÑO: EL CASO DEL ESPIRITO SANTO**

### **RESUMEN**

La historia del sistema hospitalario brasileño muestra que Brasil tiene un sistema hospitalario pluralista y con una larga tradición en financiar prestadores privados con recursos públicos, además de presentar grandes problemas, siendo necesario un modelo de gestión adecuado. En este sentido, las informaciones en salud son de gran importancia. Así, ese trabajo tuvo por objetivo describir las características de la oferta hospitalaria, el financiamiento y la producción hospitalaria en Brasil y en el ES contribuyendo así a una mejor gestión en salud. Brasil cuenta con 6.657 hospitales, ya Espírito Santo (ES) cuenta con 120 hospitales. El 69,3% del gasto hospitalario total fue en la media complejidad, demostrando un problema de gestión. Con respecto a las características de la producción y utilización de los servicios hospitalarios el ES presenta características similares a los de naturaleza nacional. La práctica de la gestión hospitalaria es un proceso complejo que exige el conocimiento de informaciones de producción y características de oferta para entonces proponer medidas de gestión eficaces.

**Palabras clave:** Administración hospitalaria; estadísticas hospitalarias; gestión en salud; hospitales públicos.

## INTRODUÇÃO

A palavra hospital origina-se do latim *hospitalis*, que dá o sentido de ser hospitaleiro, acolhedor, no entanto, a terminologia usada atualmente se relaciona com a concepção de *nosocomium*, ou seja, o hospital é visto como um lugar de doentes, asilo dos enfermos<sup>1</sup>.

A OMS (1957)<sup>2</sup> traz o conceito de hospital como sendo:

“uma parte integrante da organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar a população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, cujos serviços externos irradiam para o ambiente familiar; e o hospital é também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação biosocial” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1957).

Os registros mais antigos sobre o aparecimento do hospital dizem respeito aos primeiros séculos da era cristã, mais precisamente durante o império Bizantino no início de século IV d.C. Os hospitais surgem ligados a associações religiosas e recebem o nome de Casa de Deus ou Casas de Misericórdia<sup>1</sup>.

A partir do século XVIII, o hospital apresenta-se como instrumento terapêutico com o propósito de curar e a presença do médico se afirma e se multiplica<sup>3</sup>. De acordo com Foucault (1979, p. 110)<sup>4</sup> “[...] marca o advento do poder médico é encontrada nos regulamentos dos hospitais do século XVIII [...]”.

Os hospitais passam então por inúmeras transformações, culminando no século XX, onde passam a ser vistos de uma maneira diferente pela população. As pessoas passam a desejar a assistência prestada. São construídos e criados grandes hospitais, com grande número de leitos, especialistas e equipamentos. Os hospitais passam a exercer papel de destaque na saúde, no entanto o modelo hospitalocêntrico acarreta no aumento de custos assistenciais<sup>5</sup>.

A assistência hospitalar foi se tornando cada vez mais complexa especializada, resultando em vários tipos de hospitais, podendo ser:

- “1) porte dos estabelecimentos: hospitais de pequeno porte (até 50 leitos); hospitais de médio porte (de 51 a 150 leitos) hospitais de grande porte (de 151 a 500 leitos), e hospital de capacidade extra (acima de 500 leitos);
- 2) perfil assistencial dos estabelecimentos: por exemplo, os hospitais de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de pesquisa e ensino;
- 3) nível de complexidade: hospital de nível secundário, terciário e quaternário;
- 4) papel do estabelecimento na rede de saúde: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional;
- 5) permanecia: hospital dia, média permanência e longa permanência; e
- 6) a governança: natureza (privada, federal, estadual e municipal) e esfera administrativa (entidade benficiante sem fins lucrativos, administração indireta autarquia, fundação pública, fundação privada, etc.)” (CASTIN, 2010)<sup>5</sup>.

No Brasil, o primeiro hospital, Santa Casa de Misericórdia, foi fundado em 1565, pelos jesuítas. O modelo dos hospitais religiosos foi amplamente adotado no Brasil, tanto que várias cidades tem um hospital fundado por uma organização religiosa<sup>6</sup>.

Entre o início do século XX até meados dos anos 1980 ocorreu uma transferência gradual no processo de cuidar, dando origem aos hospitais universitários e aos hospitais de seguridade social. Essas instituições eram operadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)<sup>6</sup>.

A consolidação da reforma da seguridade social combinada com a política do regime militar, levou a uma grande expansão da rede hospitalar no Brasil<sup>7</sup>.

Com a criação do SUS os investimentos em saúde foram direcionados à expansão das unidades públicas. Desse modo a proporção de financiamento público destinado às instituições privadas foi reduzida. Como estratégia, muitos hospitais com fins lucrativos cessaram seus contratos com o SUS, porém ainda tratavam pacientes de alta complexidade com valores repassados pelo SUS<sup>6</sup>.

De acordo com Nogueira et al (2015)<sup>8</sup>

“o financiamento da saúde é realizado com recursos do orçamento da Seguridade Social e integra o orçamento nacional, embora com rubricas distintas. Esse orçamento é constituído majoritariamente pela arrecadação previdenciária, participação de estados e municípios. O repasse é efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, mediante pactuações de cobertura e abrangência, além das determinações da Lei 8.142, que regula as condições de financiamento da saúde” (NOGUEIRA et al, 2015, p. 148).

No que tange os hospitais, atualmente, estes são o centro do sistema de saúde no Brasil<sup>9</sup>, empregando a maioria dos profissionais da área de saúde e sendo responsável por dois terços dos gastos do setor. Diferente da maioria dos países, o Brasil tem um sistema hospitalar pluralista e com uma longa tradição em financiar prestadores privados com recursos públicos<sup>7</sup>.

No entanto, como na grande maioria dos países, o sistema hospitalar brasileiro é estratificado, onde um pequeno número de hospitais é de excelência, e, mesmo tendo um sistema de saúde universal essas unidades tendem a atender apenas a minoria privilegiada<sup>7</sup>.

A área de Saúde no Brasil compreende dois sistemas, sendo eles: o SUS (Sistema Unificado de Saúde) e o setor privado. E conforme destacado por<sup>7</sup> o SUS é a principal fonte de financiamento para a atenção hospitalar, no entanto, as informações sobre quanto o SUS gastava com hospitais, até recentemente, não eram precisas.

Devido às lacunas referentes às informações disponíveis e também à complexidade do setor hospitalar, estimar os gastos se torna difícil. Nesse sentido<sup>7</sup> propõem três abordagens para estimar o financiamento e a alocação de recursos. A primeira abordagem vai se basear em dados existentes sobre orçamentos e informações parciais de gastos, mas devido à falta de informações essa abordagem pode não ser tão interessante; a segunda abordagem utiliza informações sobre o quadro de pessoal trabalhando e os salários, podendo assim estimar o gasto ao nível das unidades. A terceira abordagem tenta estimar os gastos por tipos de atendimentos e usam dados acerca da produção e os custos.

Desse modo, financiamento e ineficiência na alocação dos recursos vão contribuir para resultados modestos em relação a quanto é gasto no Brasil com serviços hospitalares. Quando comparado o gasto e os indicadores de saúde, o Brasil fica em um nível médio de desempenho quando comparado com outros países<sup>10</sup>. Em 2013, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$ 424 bilhões (8,0% do PIB), sendo que desses, R\$ 223 bilhões foram despesas de consumo das famílias, R\$ 190 bilhões foram consumo do governo e R\$ 6 bilhões, consumo de instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias.

No ano de 2004 o gasto com saúde no Brasil foi de 7,9% do PIB. Em termos comparativos podemos observar a situação dos gastos com saúde em outros países, como os Estados Unidos 13,1% do PIB; Canadá 9,3% do PIB, Argentina 9,1% do PIB, no ano de 2004<sup>11</sup>.

A fonte mais importante de receita para os hospitais públicos é o orçamento público do respectivo nível do governo. Já os hospitais privados contratados pelo SUS, tem como principal mecanismo de pagamento os sistemas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SAI). No entanto, a variedade e complexidade dos fluxos e mecanismos de pagamento, somada a dificuldade de informações, dificulta as tentativas de estimar o gasto hospitalar do SUS<sup>7</sup>.

Diante da complexidade do setor saúde, esse trabalho teve por objetivo descrever as características da oferta hospitalar, o financiamento e a produção hospitalar no Brasil e no ES contribuindo assim para uma melhor gestão em saúde.

## CARACTERISTICAS DA OFERTA HOSPITALAR

O setor hospitalar brasileiro conta com 6.657 hospitais, sendo desses 21% municipais, 8% estaduais, 1% federais e 70% privados; e 491.589 leitos, onde 337.828 estão no SUS e

153.761 são privados. O estado do Espírito Santo conta com 120 hospitais sendo 25 públicos, 40 filantrópicos e 55 privados; e 7.803 leitos hospitalares, desses 5.599 estão no SUS e 2.204 são de hospitais privados\*.

O Setor hospitalar é composto por três subsetores, que são: os hospitais públicos administrados por autoridades federais, estaduais ou municipais; hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS, incluindo as instituições sem fins lucrativos (filantrópicos e benéficos); e hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS<sup>7</sup>.

A grande maioria dos hospitais tem o porte pequeno, sendo que mais de 60% têm menos de 50 leitos. Os hospitais municipais tendem a ser os menores, com média de 36 leitos, seguidos pelos com fins lucrativos, com média de 53 leitos. Os maiores hospitais são os federais com média de 118 leitos, seguidos pelos estaduais, com média de 103 leitos e os filantrópicos, com média de 88 leitos<sup>7</sup>.

O fato de a maioria dos hospitais ser de pequeno porte tem implicações importantes sobre a qualidade e eficiência. De acordo com<sup>12</sup>, para se obter eficiência um hospital deve ter entre 100 e 200 leitos.

## **FINANCIAMENTO E GASTO HOSPITALAR NO BRASIL**

Estima-se que em 2002 o gasto total com saúde hospitalar tenha sido de em torno de R\$ 47,3 bilhões, representando 67% do total de gastos com saúde no mesmo ano. Sendo o governo federal responsável por 29% do financiamento hospitalar total<sup>7</sup>. Já no ano de 2013, o gasto foi de R\$ 424 bilhões<sup>13</sup>.

Embora as despesas com saúde tenham aumentado, as ineficiências persistem. A análise entre países mostra que o Brasil é capaz de aumentar os resultados de saúde em 10% com os mesmos gastos ou poderia economizar 34% de seus gastos para produzir os mesmos resultados<sup>14</sup>, o que representaria uma economia anual de 13 bilhões de reais. Desse modo, nota-se que o SUS poderia produzir mais serviços de saúde e obter melhores resultados de saúde com o mesmo nível de recursos de fosse mais eficiente.<sup>14</sup> Sendo necessário medidas visando resolver os problemas relacionados a qualidade, eficácia e ineficiência do SUS.

---

\* Dados coletados do CNES em março de 2017.

De acordo com dados do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão<sup>15</sup>, o Brasil gasta três vezes mais que a China per capita na área de saúde, mas tem indicadores semelhantes no que diz respeito a taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida.

Cerca de 67% do gasto hospitalar total é referente ao gasto com unidades privadas, sendo desses 38% com filantrópicos e 29% com os hospitais com fins lucrativos. As entidades públicas ficam com 33% desse total<sup>7</sup>.

Os gastos com pessoal consomem 52% de todo o gasto hospitalar e quando são incluídos gastos com pessoal terceirizado esse valor sobe para 64% do total, sendo que os gastos com pessoal consomem uma parcela maior nos hospitais municipais do que nos privados, 78% e 60% respectivamente. Já os gastos com suprimentos médicos e medicamentos são o segundo maior, em torno de 24% dos gastos<sup>7</sup>.

Os serviços de internação são os maiores gastos hospitalares com relação ao tipo de serviço, representando 64,0% do gasto total, seguido pelos serviços administrativos, com 13,0% e serviços de atendimento de emergência, com 10,7%. Esses valores diferem de países como o Canadá, onde os gastos com atendimentos de emergência e com administração são da ordem de 5% e 8% respectivamente<sup>16</sup>, isso de acordo com La Forgia e Couttolenc<sup>7</sup> pode ocorrer devido a uma série de fatores, dentre eles estão o uso de prontos-socorros para atendimentos não urgentes, arranjos organizacionais defeituosos, práticas de gestão deficientes e baixa qualidade dos atendimentos.

No que diz respeito aos gastos por nível de complexidade, a atenção de média complexidade representou, no Brasil em 2016, 69,3% do gasto hospitalar total, além de serem responsáveis por 92,9% das internações totais\*. Esses valores demonstram ineficiência na utilização dos serviços hospitalares, uma vez que muitos dos procedimentos poderiam ser tradados com menor custo fora dos hospitais<sup>7</sup>.

## **CARACTERÍSTICAS DA PRODUÇÃO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS NO BRASIL E NO ESPIRITO SANTO.**

Os hospitais públicos brasileiros no ano de 2016 foram responsáveis por 11.280.434 internações, sendo que desses, a maior concentração de internações está na clínica médica, com 6.748.761 internações, seguida por procedimentos cirúrgicos com 4.440.319 internações,

---

\* Dados coletados do DATASUS em junho de 2017.

sendo que do total de internações resulta em um valor total de R\$ 13.992.841,689,81. Já com relação a complexidade o valor total de internações hospitalares foi de 9.699.814,582,52 reais para média complexidade e 4.293.027,107,29 reais para alta complexidade\*.

No estado do Espírito Santo, os hospitais públicos no ano de 2016 foram responsáveis por 228.950 internações, sendo que a clínica médica foi responsável por 128.340 internações, seguida por procedimentos cirúrgicos com 98.732 internações. O total de internações gerou uma despesa total de 294.817.732,34 reais. Já referente ao valor de internações hospitalares por complexidade, foi de 199.370.246,09 reais para média complexidade e 95.447.486,25 para alta complexidade\*.

A maior parte dos serviços hospitalares é produzida no SUS, onde ocorre 68% das internações, 73% dos atendimentos de emergência e 67% do atendimento ambulatorial realizado em hospitais, no entanto uma grande parte das internações financiadas pelo SUS ainda é feita em unidades privadas<sup>7</sup>.

A taxa média de internações/100 habitantes no SUS foi de 5,8, sendo que o tempo médio de permanência da internação foi de 5,6 dias. No Espírito Santo os valores foram similares aos nacionais, apresentando a média de internações/100 habitantes de 5,5 e a média de permanência da internação de 5,2 dias\*.

Conforme pode ser observado na Tabela 1 e 2, com relação à distribuição percentual das internações por grupo de procedimentos, temos no Brasil 59,8% por procedimentos clínicos, seguida dos procedimentos cirúrgicos 39,6%. Percentuais próximos são observados no Estado do ES, para procedimentos clínicos e cirúrgicos, com 56,1% e 43,1 respectivamente. Já com relação ao caráter do atendimento, no Brasil, 79,6% foram procedimentos de urgência e 19,4% foram procedimentos eletivos. Valores similares são observados no ES 79,4% e 18,4% foram procedimentos de urgência e eletivos respectivamente.

**Tabela 1. Internações por grupo de procedimentos no Brasil e no ES em 2016.**

<b>Grupo de Procedimentos</b>	<b>Brasil</b>	<b>Espírito Santo</b>
Procedimento com finalidade diagnóstica	23.729	0,2%
Procedimentos Clínicos	6.748.761	59,8%
		128.340
		56,1%

\* Dados coletados do DATASUS em junho de 2017.

Procedimentos Cirúrgicos	4.440.319	39,6%	98.732	43,1%
Transplante de órgãos, tecidos e células	67.625	0,6%	968	0,42%
<b>Total</b>	<b>11.280.434</b>	<b>100%</b>	<b>228.950</b>	<b>100%</b>

Elaborado pelo próprio autor com dados coletados em 05/2017 no DATASUS.

**Tabela 2. Internações por Caráter de atendimento no Brasil e no ES em 2016.**

<b>Caráter do atendimento</b>	<b>Brasil</b>	<b>Espirito Santo</b>
Eletivo	2.193.588	19,4%
Urgência	8.976.058	79,6%
Outros: Acidentes de trabalho <sup>1</sup>	42.662	0,4%
Outros: Causas externas	68.126	0,6%
<b>Total</b>	<b>11.280.434</b>	<b>100%</b>
		228.950
		<b>100%</b>

Elaborado pelo próprio autor com dados coletados em 05/2017 no DATASUS.

<sup>1</sup>acrescido dos valores referente a “acidentes no local de trabalho” e “acidentes no trajeto”.

A quantidade e os valores aprovados e apresentados para procedimentos cirúrgicos no Brasil foram de 4.440.319 cirurgias aprovadas, com valor total aprovado de 5.372.695.679,07 reais, no entanto os valores apresentados foram de 4.440.319 cirurgias, com valor total de 7.100.584.286,50 reais, mostrando assim uma diferença entre os valores aprovados e apresentados. O mesmo foi observado no ES, 98.732 cirurgias aprovadas, com valor total aprovado de 126.593.627,35 reais, no entanto, foram realizadas 98.732 cirurgias, com valor total de 165.658.777,82 reais\*, essa diferença pode acontecer, por motivos, como quando os dados informados não são compatíveis com as críticas do sistema, sendo necessário revisão, fazendo com que o valor só seja pago meses depois, resultando em diferenças entre os valores aprovados e os apresentados.

A expansão da rede financiada pelo SUS promoveu maior acesso à atenção hospitalar e ambulatorial. Sendo que as taxas médias referentes à utilização ambulatorial são similares as internacionais<sup>7</sup>. Com relação ao valor total de atendimentos ambulatoriais, o Brasil teve um gasto de 19.182.670.721,49 reais, o que somado ao valor total de internações hospitalares temos um total de 32.970.653.563,33 reais gasto em 2016. No ES, o valor total de

atendimentos ambulatoriais foi de 267.235.078,66 reais, e somando com o valor de internações hospitalares temos um total de 662.634.919,45 reais gasto no ES em 2016\*.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A gestão em saúde é um processo complexo, uma vez que o sistema de saúde está em contínuo processo de mudança e reforma. Isso faz com que os gestores tenham que lidar com diferentes e complexos problemas e propor soluções que melhor se apliquem a saúde pública.

Os dados apresentados mostram que o estado do ES se assemelha em características ao Brasil. Porem, no que tange a gestão em saúde é preciso levar em consideração as especificidades de cada localidade.

O processo de gestão pode ser melhor executado quando o gestor dispõe de informações, como: oferta de serviços, gastos, procedimentos e financiamento. Desse modo é possível fazer um planejamento adequado e propor medidas para solucionar problemas e fazer previsões.

O sistema hospitalar, como um todo, necessita de uma gerência que desenvolva o planejamento, organização e controle de ações, buscando o alcance de melhores resultados, racionalizando os recursos.

Ao se conhecer os dados apresentados nesse trabalho por ter o subsidio para diferentes ações na área de gestão.

## **REFERÊNCIAS**

1. Costa RM. Analise do programa de reestruturação dos hospitais de ensino: o caso de minas gerais. 2010. 128f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
2. Organización Mundial de La Salud- Funcion de los hospitales en los programas de protección de la salud. Primer informe del Comité de Expertos en Organizacion de la Assistênciia Medica. Série de Informes Técnicos n.º 122. Ginebra, 1957.
3. Singes, P. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. 2ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1981.
4. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
5. Costin C. Administração Pública. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

---

\* Dados coletados do DATASUS em junho de 2017.

6. Castelar, R.; Mordelet, M. Grabois, V. Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro. Rio de Janeiro, 2005.
7. La Forgia GM; Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil. Em busca da excelência. São Paulo: The World Bank, Instituto Brasileiro para o desenvolvimento do setor Saúde/IBEDESS, Editora Singular, 2009.
8. Nogueira VMR, Facundes HS, Alonso CN. Políticas de saúde nos países do mercosul: um retorno à universalidade. R. Pol. Publ. 2015 19(1).
9. Borges FT. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde – o papel das Organizações Sociais de Saúde. São Paulo: Cultura, 2012.
10. Médici AC. Financiamento público em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 1990. Health technical note 3, 2005.
11. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
12. Posnett J. Are bigger hospitals better? Open university press, UK, 2002.
13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de Saúde 2010-2013. Coordenação de contas Nacionais, 2015.
14. World Bank Group. Análise da eficiência do gasto público com saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/26/1.a-Banco-Mundial-Eficiencia-do-Gasto-com-Saude-CIT.pdf>. Acesso em 05/01/2018.
15. Brasil. Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Comparação internacional de gastos governamentais em saúde, educação e previdência, 2015. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/orcamento-federal/noticias/comparacao-internacional-de-gastos-governamentais>. Acesso em: 05/01/2018.
16. CIHI (Canadian Institute for Health Information). Health care in Canada. Ottawa, 2005.