COMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A DEBATER O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA - CESAÚDE.

Autor: Presidência da Câmara dos Deputados.

Relator: Deputado Rogério Carvalho

I – DAS CONSIDERAÇÕES PARA A ERRATA 02 DO RELATÓRIO.

1. Considerando-se o ajuste ao relatório apresentado por este Relator (Errata 01) e o voto em separado do Senhor Deputado Geraldo Resende e outros, ambos apresentados na reunião da Comissão Especial do Financiamento da Saúde – CESaúde realizada no dia 30 de outubro de 2013;

2. Considerando as participações de uma maioria de Senhores Deputados naquela última reunião da CESaúde, que apoiaram o referido voto em separado, que em linhas gerais propõe:

> *"1º A destinação, pela União, de recursos para ASPS em percentuais escalonados, calculados sobre a receita corrente líquida, começando por 15% em 2014 até atingir 18,7% em 2018, nos termos do Projeto de Lei Complementar nº 341/2013, de autoria do Deputado Geraldo Rezende;*
> *2º Revisão quadrienal desses percentuais, a partir de 2019, em cada plano plurianual;*
> *3º Não inclusão das emendas parlamentares resultantes do orçamento impositivo no piso calculado de acordo com os itens precedentes;*
> *4º Rejeição à criação de qualquer novo tributo para financiamento à saúde; e*
> *5º Aprovação de todos os demais pontos constantes do relatório do ilustre Deputado Rogério Carvalho."*

3. Considerando os fundamentos e balizas alinhavadas pelos Excelentíssimos Deputados Marcos Pestana e Saraiva Felipe, cujo ponto em

1A4A112A00

comum sugere a separação da proposta contida no Anexo I do Relatório e primeiro ajuste com a clara distinção entre os percentuais mínimos a serem aplicados pela União em ASPS e a contribuição social para a saúde – CSS;

4. Considerando-se a suspensão dos trabalhos desta CESaúde na mencionada data, com fulcro no art. 57, XI do Regimento Interno da Câmara dos Deputados;

5. Considerando a historicidade da regra de financiamento da saúde desde a EC 29 e a regulamentação desta por meio da LC 141, assim como a cláusula de revogação do art. 5º da LC 141 (art.4º do Voto em Separado) constata-se a fragilização do tema.

6. Considerando-se as manifestações dos palestrantes que compareceram as audiências públicas da CESaúde em defesa da necessidade de inovar na tributação para a saúde como fonte de financiamento (vide Anexo III e Capítulo 3.5.2, parágrafo 54.3 e seguintes, pág. 93 ss, falas dos Dr. Elias Jorge, Aquilas Mendes, Gilson Carvalho, Lígia Bahia), o que não afasta o zelo pela gestão e combate aos desperdícios;

7. Considerando-se que o paradigma adotado no plurifalado Relatório (capítulo 2, introdução, parágrafo 1.2 e seguintes, p. 09 e ss) incorpora o "Relatório sobre a Saúde no Mundo 2010 da Organização Mundial da Saúde (OMS)", sob o título "Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal"[1], a saber:

> - *"Nenhum país foi ainda capaz de garantir a todos o acesso imediato à totalidade de serviços que possam manter ou melhorar a sua saúde.Todos eles enfrentam restrições de recursos de um tipo ou de outro,embora essas restrições sejam mais críticas nos países de baixo rendimento.*
> - *Todos os países podem angariar fundos domésticos adicionais para a saúde ou diversificar as suas fontes de financiamento se o quiserem fazer.*
> - *As opções incluem maior priorização dos governos à saúde nos seus orçamentos, colectar mais eficientemente impostos ou*

[1] Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de lós sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen. World health Organization, Geneva. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_WHR_10.1_port.pdf>.

1A4A112A00

contribuições de seguros e angariar fundos adicionais através de vários tipos de financiamento inovador.

- *Taxas sobre produtos prejudiciais como o tabaco e álcool são uma dessas opções. Assim se reduz o consumo, melhora-se a saúde e aumentam-se os recursos que os governos podem gastar na saúde.*
- *Mesmo com essas inovações, serão necessários maiores fluxos dos doadores para a maioria dos países mais pobres por um período de tempo considerável. Os países doadores podem também angariar mais fundos para os canalizar para os países mais pobres de modos inovadores, mas eles devem também esforçar-se mais por cumprir os seus compromissos internacionais para a ajuda pública ao desenvolvimento (APD) e proporcionar fluxos mais previsíveis e de longo prazo.*"

8. Considerando-se que o ponto central do Relatório apresentado na reunião da CESaúde no dia 16 de outubro de 2013, mantido em sua substância no primeiro ajuste ao referido Relatório, apresentado na reunião do dia 30 de outubro de 2013, sugere o tripé para garantir recursos e sustentabilidade ao Sistema Único de Saúde – SUS, a saber, financiamento sustentável da saúde, critérios de rateio dos recursos e transparência nos gastos;

9. Considerando que tanto o aludido voto em separado (item 01) como as intervenções dos Senhores Deputados Federais (item 02) não ofertaram contraponto e questionamento ao supracitado tripé que fundamenta o Relatório;

10. Considerando que o Ato da Presidência da Câmara dos Deputados que criou a CESaúde estabeleceu como competência que ela é "destinada a discutir o Financiamento da Saúde Pública", de modo que ela não aprecia nenhuma proposta ou projeto de lei em tramitação;

II – DA SEGUNDA ERRATA DO RELATÓRIO EM 12 DE NOVEMBRO DE 2013.

11. Propugna-se pela:

1A4A112A00

- ✓ A incorporação da proposta no Voto em Separado, a saber: (a) Sobre o piso mínimo federal em ASPS: 18,7% da RCL; (b) Sobre o escalonamento/aporte para atingir o percentual do item "a":

i. 15% RCL em 2014 (ponta-pé inicial);
ii. 16% RCL em 2015;
iii. 17% RCL em 2016;
iv. 18% RCL em 2017;
v. 18,7% RCL em 2018 (ponto de chegada).

- ✓ Modificação da minuta de projeto de lei complementar, consubstanciado na alteração do Anexo I do Relatório, a fim de substituí-lo por 2 (dois) novos Projetos de Lei, conforme anexo deste. (a) O primeiro trata do novo método de cálculo do piso federal em ASPS e o (b) segundo sobre a fonte de financiamento do setor saúde, por meio da contribuição social para a saúde (CSS).

- ✓ Manutenção integral de todas as demais Recomendações expressas no Relatório, a saber: "6.2" critérios de rateio dos recursos da saúde; "6.3" aperfeiçoamento da Lei Complementar nº 141/2012 (alteração do arts. 14, 24; 38 e 39); "6.4" outras proposições (criação de comissão para debater o subfinanciamento da saúde e indicação ao Poder Executivo para aumentar competência do DENASUS); "6.6" medidas legislativas internas (prêmio aos gestores da saúde com destaques e sala de monitoramento na CSSF) e "6.7" medidas administrativas (formalização das propostas encaminhadas pelo Dr. Elias Jorge, Dra. Lígia Bahia e ANTC (Associação dos Auditores do TCU), todos constantes no Capítulo 6, págs. 141 a 147.

1A4A112A00

- ✓ Manutenção dos Anexos II, item "A" e "B"; III; IV, sugestões itens "A" a "D"; V; VI; VII e VIII, com o fito de adequar-se as recomendações acima referidas.

- ✓ Manutenção do marco legal do financiamento da saúde, de modo a não revogar o art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012, assim como não fixar apenas regra de transição.

12. Consolidação do Anexo I, nos termos das minutas em anexo.

Sala das Comissões, em 12 de novembro de 2013.

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**
Relator

1A4A112A00

Versão de Apresentação em 12 de novembro de 2013

ANEXO I "A"– PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº , DE 2013

Comissão Especial Financiamento da Saúde - CESaúde

Altera a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei Complementar dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, o rateio dos recursos adicionais e altera a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Art. 2° A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, passa a vigorar com as seguintes alterações e acréscimos:

"Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante equivalente a 18,7% (dezoito inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida federal do respectivo exercício financeiro, calculada segundo metodologia definida no art. 2º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

....." (NR)

"Art.14.....

.....

Parágrafo único. A aplicação dos recursos por meio do Fundo de Saúde de que trata este artigo não impede a gestão, bem como a execução orçamentária e financeira dos respectivos recursos por entidades da administração indireta vinculadas ao órgão máximo

1A4A112A00

da direção do SUS no âmbito de cada ente da Federação.” (NR)

“Art. 24 .....
.....

I – as despesas empenhadas e pagas no exercício;

II - as despesas empenhadas, liquidadas e inscritas em Restos a Pagar no exercício; e

III - as despesas empenhadas e não liquidadas inscritas em Restos a Pagar até o limite da disponibilidade de caixa no exercício.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso III do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

.....” (NR)

“Art. 38 O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio do Tribunal de Contas, e o sistema de auditoria do SUS, o órgão de controle interno e o Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizarão o cumprimento das normas previstas nesta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

.....

Parágrafo único. A Comissão de que trata o § 1º do art. 166 da Constituição Federal ou equivalentes nas Casas Legislativas estaduais e municipais, em conjunto com as Comissões Permanentes responsáveis por temas referentes à saúde e à fiscalização e controle, publicará, até o dia 31 de dezembro, o calendário das audiências do exercício subsequente, garantida a participação de representantes dos órgãos de controle e da sociedade civil organizada, nos termos do regimento.” (NR)

“Art. 39 .....
.....

§5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas neste artigo, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e

1A4A112A00

aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

....." (NR)

Art. 4°. O disposto no art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, modificado pela presente Lei Complementar, será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo os seguintes aportes financeiros:

I – 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no ano de 2014;

II – 16% (dezeseis por cento) da receita corrente líquida no ano de 2015;

III – 17% (dezesete por cento) da receita corrente líquida no ano de 2016;

IV – 18% (dezoito por cento) da receita corrente líquida no ano de 2017;

V – 18,7% (dezoito inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no ano de 2018.

§1º O aporte financeiro progressivo ao orçamento das ações e serviços públicos de saúde de que trata o caput, incluindo a mudança de base do PIB para a RCL, será transferido aos entes federados adotando-se os critérios da responsabilidade sanitária pactuados no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, as diferenças de gastos per capita entre regiões de saúde e a transparência no gasto por meio de políticas de registro das ações e serviços de saúde em tempo real e identificação única do usuário.

§2º Para os efeitos de rateio dos recursos adicionais de que trata esta Lei Complementar, entende-se por:

I – Responsabilidade Sanitária, o compromisso público que cada ente federado pactua em suas respectivas comissões intergestores, assumindo a obrigação de executar ações e serviços individuais e coletivos de saúde, o financiamento, o cumprimento de metas de produção, de indicadores sanitários, de capacitação de pessoal, de acesso, expresso em Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

II – Diferença de gastos per capita entre regiões de saúde, a obrigação da União de partilhar seus recursos no setor saúde como agente redutor das desigualdades por meio da complementaridade de recursos necessários para garantir equidade orçamentária em ações e serviços públicos de saúde entre as regiões de saúde.

III – Transparência no Gasto, uso de tecnologia da informação no setor saúde de modo a capturar, em tempo real, todos os eventos de interseção

1A4A112A00

entre as ações e serviços de saúde, os trabalhadores em saúde e os cidadãos-usuários do sistema de saúde, produzindo um banco de dados que possibilite, no mínimo, cinco eixos de organização: sistêmico, produção, clínica-sanitária, garantia de acesso e organização da atenção.

§3º No mês de novembro de cada ano, a União elaborará e enviará a Comissão Mista de que trata o art. 166 da Constituição Federal demonstrativo que indique a equivalência entre os gastos federais com saúde, incluindo os aportes progressivos do caput deste artigo, com o percentual da receita corrente liquida atualizada até a data da elaboração do demonstrativo.

Art. 5º As normas gerais para o registro de que trata o art. 32 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, serão editadas pelos órgãos centrais de contabilidade e orçamento da União, enquanto não for constituído o Conselho a que se refere o art. 67 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a garantir o cálculo automático do mínimo de saúde e a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 6º° Revoga-se o § 2º do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Art. 7º Esta Lei Complementar entra em vigor na data da sua publicação.

1A4A112A00

Versão de Apresentação em 12 de novembro de 2013

ANEXO I "B" – PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR

A CESaúde recomenda apoio ao seguinte Projetos de Lei Complementar:

- Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 32, de 2011, de autoria do Deputado Amauri Teixeira, que "cria a Contribuição Social para a Saúde – CSS";
- Projeto de Lei do Senado nº 707, de 2007, de autoria do Senador Alvaro Dias, que "aumenta a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das instituições financeiras para 18%";
- Projeto de Lei Complementar nº 48, de 2011, de autoria do Deputado Dr. Aluizio, que "tributa Grandes Fortunas por meio de contribuição social e destina recursos para o setor saúde";

Expedição de ofício para os respectivos autores, relatores e presidentes de Comissões por onde tramitam todas as Proposições que foram enumeradas nestas recomendações como recebendo apoio deste relatório, para que Suas Exas. fiquem cientes do posicionamento favorável à matéria adotado pela CESaúde.

1A4A112A00

ERRATA 01

COMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A DEBATER O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA - CESAÚDE.

Autor: Presidência da Câmara dos Deputados.
Relator: Deputado Rogério Carvalho

I – DO AJUSTE DO RELATÓRIO

1. Em reunião deliberativa desta Comissão, realizada no dia 16 de outubro de 2013, após a leitura do Relatório, foi realizado acordo de procedimento para submeter à análise aquele Relatório e abrir espaço para apresentação de sugestões pelos Senhores Deputados. No caso, houve suspensão dos trabalhos da CESaúde até reunião, então marcada, para o dia 30 de outubro de 2013. Nesse ínterim, os Deputados poderiam apresentar sugestões ao Relator até o dia 25 de outubro de 2013.

2. Nada obstante, até o presente momento não foram formalizadas sugestões.

3. Vale esclarecer que após o depósito do aludido Relatório na CESaúde, foi necessário retificar alguns lapsos expressos na proposta de que trata o Anexo I do Relatório, objeto das Recomendações "6.1" e "6.2". Tal medida foi providenciada, por nossa solicitação e responsabilidade, pela Secretaria da Comissão através de e-mail aos Parlamentares e divulgado no site da CESaúde.

4. Para além dessas correções, por meio de reuniões do núcleo da seguridade social do PT e de novas tratativas entre o Relator e o corpo técnico desta Casa (Consultoria Legislativa e Consultoria de Orçamento), foram

1A4A112A00

providenciadas algumas mudanças na minuta de projeto de lei complementar (Anexo I e recomendações "6.1" e "6.2" do Relatório) com o fito de aprimorar a proposta e dá maior segurança jurídica a dois específicos pontos, entre os objetivos do Relatório, a saber: (a) destinação exclusiva dos recursos da CSS para o setor Saúde e (b) controle estatal e social aos gastos da saúde propostos no Relatório (novos e qualificados).

5. Na oportunidade, retifica-se o parágrafo "6.4", página 15, Capítulo 2 (Introdução), de modo que ali se leia: "*(...) a presente conjuntura expressa que modificações da carga fiscal é árdua batalha política e econômica, especialmente perante grupos organizados do setor financeiro-produtivo e mídia*".

6. Dessa maneira, configura-se a imprescindível necessidade de identificar as modificações realizadas na minuta de projeto de lei complementar, de que trata o Anexo I do Relatório, bem como de consolidar o texto normativo dessa nova versão. É o que se segue.

II – IDENTIFICAÇÃO DAS NOVAS ALTERAÇÕES.

1. Elabora-se, abaixo, resumo das alterações formais de redação e/ou técnica legislativa expressas na Minuta do Projeto de Lei Complementar que acompanhou a leitura do Relatório da CESaúde (Anexo I), no dia 16 de outubro de 2013, e a versão ora consolidada:

1.1 No art. 1º do projeto – inserção do termo qualificador "Complementar" após o substantivo "Lei" e adequações do uso do hífen após siglas CSS e FCF;

1.2 Na proposta de redação ao art. 14 da LC 141/2012[2] – correção do número do substantivo "Fundo" para o singular;

[2] Refere-se à Lei Complementar nº 141, de 2012.

1A4A112A00

1.3 Na proposta de redação ao título do Capítulo, na Seção I–A e ao art. 11-A da LC 141/2012 – correção dos recuos e espaçamentos entre os dispositivos. Inserção do termo "Complementar" após a palavra "Lei";

1.4 As adequações assinaladas no item anterior (1.3) foram aplicadas aos demais dispositivos propostos à LC 141/2012 que integram os artigos da Seção I-A.

1.5 Na proposta de redação ao art. 11-G da LC 141/2012 – retificação da porcentagem e da concordância verbal de número;

1.6 Na proposta de redação ao inciso III, do art.11-H da LC 141/2012 – destacar em itálico o termo "leasing";

1.7 Na proposta de redação ao §6º do art. 11-H da LC 141/2012 – corrigir a redação existente que está truncada;

1.8 Na proposta de redação aos incisos V e VI, e aos §§ 10 e 14, todos do art. 11-H da LC 141/2012 – corrigir a menção ao dispositivo, no caso, referenciar o art. 11-B, que trata do "fato gerador da CSS";

1.9 Na proposta de redação ao §10 do art. 11-H da LC 141/2012 – correção de pontuação nos dispositivos;

1.10 Em todos os dispositivos que formam o art. 11-H da LC 141/2012 – utilização do termo "inciso(s)" em substituição as abreviaturas (inc. e/ou incs);

1.11 No art. 4º do projeto – retificação em todo o dispositivo do termo "líquida" e da numeração dos respectivos §§, bem como correções de concordância nominal de número e padronização da expressão "exercício financeiro subsequente" e sigla CSS;

1.12 Nos arts.6º, 7º e 8º do projeto – renumeração em virtude da inserção de um art. 5º (objeto do Fundo de Cooperação dos Entes Federados[3]);

1.13 No art. 4º, §1º do projeto – padronização da nomenclatura "Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde";

[3] Vide comentários no item 2.2 desta peça legislativa.

1A4A112A00

1.14 No art. 8º do projeto – inserção do termo "à publicação" no inciso I do art.8º da minuta de projeto de lei complementar, com o fim de clarificar a cláusula de vigência destinada à CSS (seção I-A).

2. Igualmente, elabora-se resumo das alterações de mérito entre a Minuta do Projeto de Lei Complementar que acompanhou a leitura do Relatório da CESaúde (Anexo I), no dia 16 de outubro de 2013, e a versão ora consolidada:

2.1 Nova Redação ao Art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Considera-se indispensável fazer uma ressalva na parte final do inc. I, do art. 5º, da Lei Complementar nº 141, de 2012, quando é definido o percentual de 15% da receita corrente líquida – RCL – como limite mínimo de aplicação nas ações e serviços públicos de saúde da União. Explica-se: a contribuição social para a saúde – CSS –, quando começar a ser arrecadada, integrará inevitavelmente o total da RCL por força do que dispõe o art. 2º, inc. IV, da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar Nº 101, de 04 de maio de 2000). Logo, o acréscimo do limite mínimo de 15% da RCL estaria, digamos, "inflacionado", porque teria embutido em sua base de cálculo a CSS, resultando assim em dupla contagem. E o que é pior, pode-se buscar a hermenêutica restritiva de que os 15% da RCL e os 100% da CSS estão juntos em um mesmo montante, já que uma delas (CSS) faz parte da outra (RCL).

Minuta Projeto Original	Projeto em Versão Consolidada
Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o equivalente ao somatório:	Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o equivalente ao somatório dos seguintes montantes, considerados separadamente:
I – 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida federal	I – 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida federal do

1A4A112A00

do respectivo exercício, calculada segundo metodologia definida no art. 2º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000; e.	respectivo exercício, calculada segundo metodologia definida no art. 2º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, excluído o produto da arrecadação da contribuição mencionada no inc. II; e
II – 100% (cem por cento) do produto da arrecadação da Contribuição Social para a Saúde - CSS prevista no art. 11-A, desta Lei	II – 100% (cem por cento) do produto da arrecadação da Contribuição Social para a Saúde - CSS – prevista no art. 11-A, desta Lei Complementar.

2.2 Inserção de novo art.5º na Minuta do Projeto de Lei Complementar, visando criar e disciplinar o Fundo de Cooperação dos Entes Federados (Seção II-A no Capítulo III da LC 141/2012), com as seguintes regras:

2.2.1 O escopo é destinar recursos à execução das ASPS que forem pactuados pelas pessoas jurídicas de Direito Público que integrem o SUS. Tais recursos devem ter como destinação: (a) a equidade entre as regiões de saúde, (b) a responsabilidade sanitária e (c) a transparência e o controle do gasto do setor;

2.2.2 É constituído por 100% (cem por cento) do produto da arrecadação da Contribuição Social para a Saúde – CSS –, sem excluir outras dotações previstas na Lei Orçamentária Anual da União.

2.2.3 As ASPS financiadas pelo Fundo de Cooperação dos Entes Federados serão propostas e coordenadas pelo gestor nacional do SUS e executadas pelos gestores estaduais e/ou municipais, por meio de cooperação com a União;

1A4A112A00

2.2.4 A proposta terá planejamento integrado, do nível local ao regional, estadual e nacional, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, compatibilizando-se as necessidades de saúde da população com as disponibilidades de recursos do FCF;

2.2.5 O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada;

2.2.6 O processo de planejamento da saúde conterá as metas de saúde e a programação de ações e serviços de saúde individuais e coletivas (esta é a quantificação do que é necessário produzir de ações e serviços individuais e coletivos para atender à saúde da população total existente num dado território);

2.2.7 O acordo de colaboração entre os entes federativos para aplicação dos recursos do Fundo de Cooperação dos Entes Federados será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde;

2.2.8 O contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é o acordo de colaboração entre os entes federativos para a integração das ações e serviços de saúde em rede, por região de saúde, visando ao alcance da equidade orçamentária e técnico-sanitária entre os entes federativos e consequente diminuição das desigualdades regionais na saúde;

2.2.9 O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a definição das responsabilidades sanitárias de cada ente federativo;

2.2.10 As regiões de saúde poderão agrupar Municípios de um ou mais Estados, sendo definidas pelos entes federados envolvidos e homologadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde;

2.2.11 A equidade orçamentária e técnico-sanitária compreendem ações capazes de diminuir as desigualdades regionais na rede de ações e serviços de saúde, mediante a assunção pelo ente federativo de maior desenvolvimento socioeconômico, orçamentário e técnico, de responsabilidades correspondentes à sua capacidade em relação aos

1A4A112A00

demais entes na região de saúde ou entre regiões de saúde no sistema de referência de ações e serviços.

III – CONCLUSÃO: CONSOLIDAÇÃO DA PROPOSTA DE LEI COMPLEMENTAR, DE QUE TRATA O ANEXO I DO RELATÓRIO DA CESaúde.

Assim, para um maior conhecimento e compreensão da principal proposta contida no multicitado Relatório, **consolida-se a Minuta de Proposta de Lei Complementar referida como Anexo I do Relatório, correspondente as Recomendações "6.1" e "6.2"**, conforme texto abaixo.

Por fim, esclarece-se que **todas as demais recomendações expressas no aludido Relatório e seus correspondentes Anexos não foram modificados** e, caso seja preferível, **tais devem ser consideradas como parte integrante e inseparável desta peça legislativa de ajuste do Relatório**.

Sala das Comissões, 30 de outubro de 2013.

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**
Relator

1A4A112A00

Versão de Apresentação em 30 de outubro de 2013

ANEXO I – PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº , DE 2013

Comissão Especial Financiamento da Saúde - CESaúde

Altera a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º Esta Lei Complementar dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, cria a contribuição social para a saúde – CSS –, cria o Fundo de Cooperação dos Entes Federados – FCF – e altera a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Art. 2° A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, passa a vigorar com as seguintes alterações e acréscimos:

"Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o equivalente ao somatório dos seguintes montantes, considerados separadamente:

I – 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida federal do respectivo exercício, calculada segundo metodologia definida no art. 2º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, excluído o produto da arrecadação da contribuição mencionada no inc. II; e.

II – 100% (cem por cento) do produto da arrecadação da Contribuição Social para a Saúde - CSS – prevista no art. 11-A, desta Lei Complementar

....." (NR)

"Art.14.....

1A4A112A00

.....

Parágrafo único. A aplicação dos recursos por meio do Fundo de Saúde de que trata este artigo não impede a gestão, bem como a execução orçamentária e financeira dos respectivos recursos por entidades da administração indireta vinculadas ao órgão máximo da direção do SUS no âmbito de cada ente da Federação." (NR)

"Art. 24 .....
.....

I – as despesas empenhadas e pagas no exercício;

II - as despesas empenhadas, liquidadas e inscritas em Restos a Pagar no exercício; e

III - as despesas empenhadas e não liquidadas inscritas em Restos a Pagar até o limite da disponibilidade de caixa no exercício.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso III do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

....." (NR)

"Art. 38 O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio do Tribunal de Contas, e o sistema de auditoria do SUS, o órgão de controle interno e o Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizarão o cumprimento das normas previstas nesta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

.....

Parágrafo único. A Comissão de que trata o § 1º do art. 166 da Constituição Federal ou equivalentes nas Casas Legislativas estaduais e municipais, em conjunto com as Comissões Permanentes responsáveis por temas referentes à saúde e à fiscalização e controle, publicará, até o dia 31 de dezembro, o calendário das audiências do exercício subsequente, garantida a participação de representantes dos órgãos de controle e da sociedade civil organizada, nos termos do regimento." (NR)

"Art. 39 .....

1A4A112A00

.....

§5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas neste artigo, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

....." (NR)

Art. 3º A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, passa a vigorar acrescida no Capítulo III da Seção I-A, seguida pelo art. 11-A e seguintes:

CAPÍTULO III

.....

.....

SEÇÃO I-A

Da Contribuição Social para a Saúde

Art. 11-A. É instituída a Contribuição Social para a Saúde – CSS incidente sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, com base no §4º do art. 195 da Constituição Federal, como fonte adicional aos recursos de que trata o inciso II do art. 5º desta Lei Complementar.

§1º O produto da arrecadação da contribuição prevista no caput será integralmente destinado à aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

§2º Para efeito do disposto no caput, considera-se movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, qualquer operação liquidada ou lançamento realizado pelas instituições referidas no art. 11-B, que representem circulação escritural ou física de moeda, e de que resulte ou não transferência de titularidade dos mesmos valores, créditos e direitos.

1A4A112A00

§3º As ações e serviços públicos de saúde custeados com os recursos vinculados da CSS serão considerados despesas próprias da União, inclusive quanto aos recursos federais destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, nos termos e critérios de rateio definidos na forma do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

Subseção I

Do fato gerador

Art. 11-B. O fato gerador da CSS é:

I - o lançamento a débito, por instituição financeira, em contas correntes de depósito, em contas correntes de empréstimo, em contas de depósito de poupança, de depósito judicial e de depósitos em consignação de pagamento de que trata o art. 334 da Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002, junto a ela mantidas;

II - o lançamento a crédito, por instituição financeira, em contas correntes que apresentem saldo negativo, até o limite de valor da redução do saldo devedor;

III - a liquidação ou pagamento, por instituição financeira, de quaisquer créditos, direitos ou valores, por conta e ordem de terceiros, que não tenham sido creditados, em nome do beneficiário, nas contas referidas nos incisos anteriores;

IV - o lançamento, e qualquer outra forma de movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, não relacionados nos incisos anteriores, efetuados pelos bancos comerciais, bancos múltiplos com carteira comercial e caixas econômicas;

V - a liquidação de operações contratadas nos mercados organizados de liquidação futura;

VI - qualquer outra movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira que, por sua finalidade, reunindo características que permitam presumir a existência de sistema organizado para efetivá-la, produza os mesmos efeitos previstos nos incisos anteriores, independentemente da pessoa que a efetue, da denominação que possa ter e da forma jurídica ou dos instrumentos utilizados para realizá-la.

1A4A112A00

Art. 11-C. A CSS não incide:

I - no lançamento nas contas da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, de suas autarquias, fundações e dos consórcios previstos nesta Lei Complementar;

II - no lançamento errado e seu respectivo estorno, desde que não caracterizem a anulação de operação efetivamente contratada, bem como no lançamento de cheque e documento compensável, e seu respectivo estorno, devolvidos em conformidade com as normas do Banco Central do Brasil;

III - no lançamento para pagamento da própria CSS;

IV - nos saques efetuados diretamente nas contas vinculadas do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS e do Fundo de Participação PIS/PASEP e no saque do valor do benefício do seguro-desemprego, pago de acordo com os critérios previstos no art. 5º da Lei n° 7.998, de 11 de janeiro de 1990;

V - sobre a movimentação financeira ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira das entidades beneficentes de assistência social, nos termos do § 7° do art. 195 da Constituição Federal;

VI – nos lançamentos a débito nas contas-correntes de depósito cujos titulares sejam:

a) missões diplomáticas;

b) repartições consulares de carreira;

c) representações de organismos internacionais e regionais de caráter permanente, de que o Brasil seja membro;

d) funcionário estrangeiro de missão diplomática ou representação consular;

e) funcionário estrangeiro de organismo internacional que goze de privilégios ou isenções tributárias em virtude de acordo firmado com o Brasil.

VII – no disposto no art. 153, §5º da Constituição Federal.

§1º O Banco Central do Brasil, no exercício de sua competência, poderá expedir normas para assegurar o cumprimento do disposto neste artigo, objetivando, inclusive por meio de

1A4A112A00

documentação específica, a identificação dos lançamentos objeto da não-incidência.

§2º O disposto nas alíneas "d" e "e" do inciso VI não se aplica aos funcionários estrangeiros que tenham residência permanente no Brasil.

§3º Os membros das famílias dos funcionários mencionados nas alíneas "d" e "e" do inciso VI, desde que com eles mantenham relação de dependência econômica e não tenham residência permanente no Brasil, gozarão do tratamento estabelecido neste artigo.

§4º O disposto no inciso VI não se aplica aos Consulados e Cônsules honorários.

§5º Os Ministros de Estado da Fazenda e das Relações Exteriores poderão expedir, em conjunto, instruções para o cumprimento do disposto no inciso VI e nos §§ 2º e 3º.

Subseção II

Dos Contribuintes e das Responsabilidades de Retenção e Recolhimento

Art. 11-D. São contribuintes da CSS:

I - os titulares das contas referidas nos incisos I e II do art. 11-B, ainda que movimentadas por terceiros;

II - o beneficiário referido no inciso III do art. 11-B;

III - as instituições referidas no inciso IV do art. 11-B;

IV - os comitentes das operações referidas no inciso V do art. 11-B;

V - aqueles que realizarem a movimentação ou a transmissão referida no inciso VI do art. 11-B.

Art. 11-E. É atribuída a responsabilidade pela retenção e recolhimento da CSS:

I - às instituições que efetuarem os lançamentos, as liquidações ou os pagamentos de que tratam os incisos de I a III do art. 11-B;

1A4A112A00

II - às instituições que intermediarem as operações a que se refere o inciso V do art. 11-B;

III - àqueles que intermediarem operações a que se refere o inciso VI do art. 11-B.

§1° A instituição financeira reservará, no saldo das contas referidas no inciso I do art. 11-B, valor correspondente à aplicação da alíquota de que trata o art. 11-G sobre o saldo daquelas contas, exclusivamente para os efeitos de retiradas ou saques, em operações sujeitas à CSS, durante o período de sua incidência.

§2° Alternativamente ao disposto no § 1º, a instituição financeira poderá assumir a responsabilidade pelo pagamento da CSS na hipótese de eventual insuficiência de recursos nas contas.

§3° Na falta de retenção da CSS, fica mantida, em caráter supletivo, a responsabilidade do contribuinte pelo seu pagamento.

Subseção III

Da Base de Cálculo

Art. 11-F. Constitui a base de cálculo para a CSS:

I - na hipótese dos incisos I, II e IV do art. 11-A, o valor do lançamento e de qualquer outra forma de movimentação ou transmissão;

II - na hipótese do inciso III do art. 11-A, o valor da liquidação ou do pagamento;

III - na hipótese do inc. V, do art. 11-A, o resultado, se negativo, da soma algébrica dos ajustes diários ocorridos no período compreendido entre a contratação inicial e a liquidação do contrato;

IV - na hipótese do inciso VI do art. 11-A, o valor da movimentação ou da transmissão.

Parágrafo único. O lançamento, movimentação ou transmissão de que trata o inciso IV do art. 11-A serão apurados com base nos registros contábeis das instituições ali referidas.

1A4A112A00

Subseção IV

Da Alíquota e do Período de Apuração

Art. 11-G. A alíquota da CSS é de 0,2% (dois décimos por cento).

Art. 11-H. A alíquota da CSS prevista nesta Lei Complementar fica reduzida a zero:

I - nos lançamentos a débito em contas de depósito de poupança, de depósito judicial e de depósito em consignação de pagamento de que trata o art. 334 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, para crédito em conta corrente de depósito ou conta de poupança, dos mesmos titulares;

II - nos lançamentos relativos a movimentação de valores de conta corrente de depósito, para conta de idêntica natureza, dos mesmos titulares, exceto nos casos de lançamentos a crédito na hipótese de que trata o inciso II do art. 11-A;

III - nos lançamentos em contas correntes de depósito das sociedades corretoras de títulos, valores mobiliários e câmbio, das sociedades distribuidoras de títulos e valores mobiliários, das sociedades de arrendamento mercantil (*leasing*), das cooperativas de crédito, das sociedades corretoras de mercadorias e dos serviços de liquidação, compensação e custódia vinculados às bolsas de valores, de mercadorias e de futuros, das sociedades de investimento de que trata o art. 49 da Lei nº 4.728, de 14 de julho de 1965, dos fundos de investimento constituídos na forma estabelecida pela Comissão de Valores Mobiliários, e das instituições financeiras não referidas no art. 11-A desde que os respectivos valores sejam movimentados em contas correntes de depósito especialmente abertas e exclusivamente utilizadas para as operações a que se refere o §3º;

IV - nos lançamentos efetuados pelos bancos comerciais, bancos múltiplos com carteira comercial e caixas econômicas, relativos às operações a que se refere o § 3°;

V - nos pagamentos de cheques, efetuados por instituição financeira, cujos valores não tenham sido creditados em nome do beneficiário nas contas referidas no inciso I do art. 11-B;

1A4A112A00

VI - nos lançamentos relativos aos ajustes diários exigidos em mercados organizados de liquidação futura e específico das operações a que se refere o inciso V do art.11-B;

VII - nos lançamentos a débito em conta corrente de depósito para investimento, aberta e utilizada exclusivamente para realização de aplicações financeiras de renda fixa e de renda variável, de qualquer natureza, inclusive em contas de depósito de poupança;

VIII - nos lançamentos a débito nas contas especiais de depósito a vista, tituladas pela população de baixa renda, com limites máximos de movimentação e outras condições definidas pelo Conselho Monetário Nacional - CMN e pelo Banco Central do Brasil;

IX - nos lançamentos relativos à transferência de reservas técnicas, fundos e provisões de plano de benefício de caráter previdenciário entre entidades de previdência complementar ou sociedades seguradoras, inclusive em decorrência de reorganização societária, desde que:

a) não haja qualquer disponibilidade de recursos para o participante, nem mudança na titularidade do plano; e

b) a transferência seja efetuada diretamente entre planos ou entre gestores de planos;

X - nos lançamentos a débito em conta corrente de depósito de titularidade de residente ou domiciliado no Brasil ou no exterior para liquidação de operações de aquisição de ações em oferta pública, registrada na Comissão de Valores Mobiliários, realizada fora dos recintos ou sistemas de negociação de bolsa de valores, desde que a companhia emissora tenha registro para negociação das ações em bolsas de valores;

XI - na liquidação antecipada por instituição financeira, por conta e ordem do mutuário, de contrato de concessão de crédito que o mesmo mutuário tenha contratado em outra instituição financeira, desde que a referida liquidação esteja vinculada à abertura de nova linha de crédito, em valor idêntico ao do saldo devedor liquidado antecipadamente pela instituição que proceder à liquidação da operação, na forma regulamentada pelo Conselho Monetário Nacional;

XII - nos lançamentos a débito em conta corrente de depósito de

1A4A112A00

titularidade de entidade fechada de previdência complementar para pagamento de benefícios do Regime Geral de Previdência Social, relativos a aposentadoria e pensão, no âmbito de convênio firmado entre a entidade e o Instituto Nacional de Seguro Social - INSS;

XIII - nos lançamentos a débito em conta especial destinada ao registro e controle do fluxo de recursos, aberta exclusivamente para pagamento de salários, proventos, soldos, vencimentos, aposentadorias, pensões e similares, decorrente de transferência para conta corrente de depósito de titularidade do mesmo beneficiário, conjunta ou não, na forma regulamentada pelo Conselho Monetário Nacional;

XIV - nos lançamentos em contas correntes de depósito especialmente abertas e exclusivamente utilizadas para operações:

a) de câmaras e prestadoras de serviços de compensação e de liquidação de que trata o parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.214, de 27 de março de 2001;

b) de companhias securitizadoras de que trata a Lei nº 9.514, de 20 de novembro de 1997; ou

c) de sociedades anônimas que tenham por objeto exclusivo a aquisição de créditos oriundos de operações praticadas no mercado financeiro.

§1º O Banco Central do Brasil, no exercício de sua competência, expedirá normas para assegurar o cumprimento do disposto nos incisos I, II, VI, VII, IX, X, XI, XII e XIII e XIV do caput, objetivando, inclusive por meio de documentação específica, a identificação dos lançamentos previstos nos referidos incisos.

§2° A aplicação da alíquota zero prevista nos incisos I, II e VI do caput fica condicionada ao cumprimento das normas que vierem a ser estabelecidas pelo Ministro de Estado da Fazenda.

§3° O disposto nos incisos III e IV do caput restringe-se a operações relacionadas em ato do Ministro de Estado da Fazenda, dentre as que constituam o objeto social das referidas entidades.

§4° O disposto nos incisos I e II do caput não se aplica a contas conjuntas de pessoas físicas, com mais de dois titulares, e a quaisquer contas conjuntas de pessoas jurídicas.

§5° O Poder Executivo poderá estabelecer limite de valor do

1A4A112A00

lançamento, para efeito de aplicação da alíquota zero, independentemente do fato gerador a que se refira.

§6° O disposto no inciso V do caput não se aplica a cheques que, emitidos por instituições financeiras, tenham sido adquiridos em dinheiro.

§7º Para a realização de aplicações financeiras, é obrigatória a abertura de contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput, pelas instituições financeiras e demais instituições autorizadas a funcionar pelo Banco Central do Brasil.

§8º As aplicações financeiras serão efetivadas somente por meio de lançamentos a débito em contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput.

§9º Ficam autorizadas a efetivação e a manutenção de aplicações financeiras em contas de depósito de poupança não integradas a contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput, observadas as disposições estabelecidas na legislação e na regulamentação em vigor.

§10 Não integram as contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput:

I - as contas de depósitos judiciais e de depósitos em consignação em pagamento de que trata o art. 334 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002;

II - as operações a que se refere o inciso V do caput do art. 11-B, quando sujeitas a ajustes diários.

§11 O ingresso de recursos novos nas contas correntes de depósito para investimento será feito exclusivamente por meio de lançamento a débito em conta corrente de depósito do titular, por cheque de sua emissão, cruzado e intransferível, ou por outro instrumento de pagamento, observadas as normas expedidas pelo Banco Central do Brasil.

§12 Os valores das retiradas de recursos das contas correntes de depósito para investimento, quando não destinados à realização de aplicações financeiras, serão pagos exclusivamente ao beneficiário por meio de crédito em sua conta corrente de depósito, de cheque, cruzado e intransferível, ou de outro instrumento de pagamento, observadas as normas expedidas pelo Banco Central do Brasil.

1A4A112A00

§13 Aplica-se o disposto no inciso II do caput nos lançamentos relativos a movimentação de valores entre contas correntes de depósito para investimento, de que trata o inciso VII do caput.

§14 As operações a que se refere o inc. V do caput do art. 11-B, quando não sujeitas a ajustes diários, integram as contas correntes de depósitos para investimentos.

§15 No caso de pessoas jurídicas, as contas correntes de depósito não poderão ser conjuntas.

Art. 11-I. O período de apuração da CSS será decendial, devendo o pagamento ou o recolhimento ser efetuado até o terceiro dia útil subsequente ao término do decêndio.

Subseção V

Da Administração da CSS

Art. 11-J. Compete à Secretaria da Receita Federal do Brasil a administração da CSS, incluídas as atividades de tributação, fiscalização e arrecadação.

§1° No exercício das atribuições de que trata este artigo, a Secretaria da Receita Federal do Brasil poderá requisitar ou proceder ao exame de documentos, livros e registros, bem como estabelecer obrigações acessórias.

§2° As instituições responsáveis pela retenção e pelo recolhimento da CSS prestarão as informações necessárias à identificação dos contribuintes e os valores globais das respectivas operações, nos termos, nas condições e nos prazos que vierem a ser estabelecidos pela Secretaria da Receita Federal do Brasil.

§3º A Secretaria da Receita Federal do Brasil resguardará, na forma da legislação aplicável à matéria, o sigilo das informações prestadas, facultada sua utilização para instaurar procedimento

1A4A112A00

administrativo tendente a verificar a existência de crédito tributário relativo a impostos e contribuições e para lançamento, no âmbito do procedimento fiscal, do crédito tributário porventura existente, observado o disposto no art. 42 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996.

§4° Na falta de informações ou insuficiência de dados necessários à apuração da CSS, esta será determinada com base em elementos de que dispuser a fiscalização.

Art. 11-K. A CSS será regida pelas normas relativas aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, no que se refere:

I - ao processo administrativo de determinação e exigência da CSS;

II - ao processo de consulta sobre a aplicação da respectiva legislação;

III - à inscrição do débito não pago em dívida ativa e a sua subsequente cobrança administrativa e judicial.

Art. 11-L. A CSS não paga nos prazos previstos nesta Lei Complementar será acrescida de juros e multa de mora na forma prevista no art. 61 da Lei nº 9.430, de 1996.

Art. 11-M. Nos casos de lançamento de ofício, aplicar-se-á , no que couber, o disposto no art. 44 da Lei nº 9.430, de 1996.

Art. 11-N. É vedada a concessão de parcelamento de débitos relativos a CSS, observado o disposto no art. 14 da Lei nº 10.522, de 19 de julho de 2002.

Art. 11-O. Serão efetivadas somente por meio de lançamento a débito em conta corrente de depósito do titular ou do mutuário, por cheque de sua emissão, cruzado e intransferível, ou por outro instrumento de pagamento, observadas as normas expedidas pelo Banco Central do Brasil:

I - a liquidação das operações de crédito;

II - as contribuições para planos de benefícios de previdência complementar ou de seguros de vida com características semelhantes;

1A4A112A00

III - o valor das contraprestações, bem como de qualquer outro pagamento vinculado às operações de arrendamento mercantil.

§1º Os valores de resgate, liquidação, cessão ou repactuação de aplicações financeiras não integradas à conta corrente de depósito para investimento, bem como os valores referentes à concessão de créditos e aos benefícios ou resgates recebidos dos planos e seguros de que trata o inciso II do caput, deverão ser pagos exclusivamente aos beneficiários ou proponentes mediante crédito em sua conta corrente de depósitos, cheque cruzado, intransferível, ou por outro instrumento de pagamento, observadas as normas expedidas pelo Banco Central do Brasil.

§2º O disposto no §1º não se aplica às contas de depósito de poupança não integradas a contas correntes de depósito para investimento, cujos titulares sejam pessoas físicas, bem como às contas de depósitos judiciais e de depósitos em consignação em pagamento de que trata o art. 334 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

§3º No caso de planos ou seguros constituídos com recursos de pessoa jurídica e de pessoa física, o valor da contribuição dessa última poderá ser dispensado da obrigatoriedade de que trata este artigo, desde que transite pela conta corrente da pessoa jurídica.

§4º No caso de planos de benefícios de previdência complementar, as contribuições poderão ser efetivadas a débito da conta corrente de depósito, por cheque de emissão do proponente ou responsável financeiro, ou por outro instrumento de pagamento, observadas as normas expedidas pelo Banco Central do Brasil.

§5º O Poder Executivo poderá dispensar da obrigatoriedade prevista neste artigo a concessão, a liquidação ou o pagamento de operações previstas no caput, tendo em vista as características das operações e as finalidades a que se destinem.

§6º O disposto no inciso I do caput não se aplica na hipótese de liquidação antecipada de contrato de concessão de crédito, por instituição financeira, prevista no inciso XI do art. 11-H.

1A4A112A00

Art. 11-P. Para efeito da CSS:

I – somente é permitido um único endosso nos cheques pagáveis no País;

II – no caso de salários e remuneração não superiores ao maior salário-de-contribuição de que trata o art. 20 da Lei nº 8.212, de 1991, as alíquotas constantes da tabela descrita no referido artigo, assim como as alíquotas da contribuição mensal dos segurados dos regimes próprios de previdência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios instituídos nos termos do art. 40 da Constituição, ficam reduzidas, em pontos percentuais proporcionais, ao valor da CSS devida, até o limite de sua compensação;

III – os valores dos benefícios de prestação continuada e os de prestação única, constantes dos Planos de Benefício da Previdência Social de que trata a Lei nº 8.213, de 1991, e os benefícios previdenciários dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios previstos no art. 5º da Lei nº 9.717, de 1998, não excedentes ao valor do maior salário-de-contribuição referido no art. 20 da Lei nº 8.212, de 1991, serão acrescidos de percentual proporcional ao valor da CSS devida, até o limite de sua compensação;

IV – O Banco Central do Brasil, no exercício de sua competência, adotará as medidas necessárias visando instituir modalidade de depósito de poupança para pessoas físicas, que permita conferir remuneração adicional de um décimo por cento, a ser creditada sobre o valor de saque, desde que tenha permanecido em depósito por prazo igual ou superior a noventa dias.

§1º O acréscimo de remuneração resultante do disposto nos incisos II e III do caput não integrará a base de cálculo do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física.

§2º O Fundo Nacional de Saúde compensará o regime geral de previdência social e os regimes próprios da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelas importâncias que não forem arrecadadas, bem como pelas que forem despendidas em função dos incisos II e III do caput.

§3º O Poder Executivo da União editará normas necessárias ao cumprimento do disposto no § 2º e nos incisos II e III do caput.

1A4A112A00

Art. 11-Q. O produto da arrecadação da CSS de que trata esta Lei Complementar será depositado direta e integralmente no Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Art. 11-R. A Secretaria da Receita Federal do Brasil e o Banco Central do Brasil, no âmbito das respectivas competências, editarão as normas necessárias à execução desta Lei Complementar.
..... (NR).

Art. 4°. O disposto no art. 5º, inciso I, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, modificado pela presente Lei Complementar, será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

I – 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da publicação desta Lei Complementar;

II – 13,8% (treze inteiros e oito décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da publicação desta Lei Complementar;

III – 14,4% (catorze inteiros e quatro décimos por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da publicação desta Lei Complementar;

IV – 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da publicação desta Lei Complementar.

§1º O aporte financeiro progressivo ao orçamento das ações e serviços públicos de saúde de que trata o caput, incluindo a mudança de base do PIB para a RCL, será transferido aos entes federados adotando-se os critérios da responsabilidade sanitária pactuados no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, as diferenças de gastos per capita entre regiões de saúde e a transparência no gasto por meio de políticas de registro das ações e serviços de saúde em tempo real e identificação única do usuário.

§2º Após a vigência da CSS, os recursos mínimos da União em ações e serviços públicos de saúde de que trata o art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 13 de fevereiro de 2012, deverão promover a equidade de recursos entre as regiões de saúde, inicialmente no investimento, onde não houver capacidade instalada, e posteriormente em despesas de custeio, bem com nas ações de transparência previstas neste artigo, em ambas as hipóteses conforme dispuser regulamento do Ministério da Saúde.

§3º Para os efeitos de rateio dos recursos adicionais de que trata esta

1A4A112A00

Lei Complementar, entende-se por:

I – Responsabilidade Sanitária, o compromisso público que cada ente federado pactua em suas respectivas comissões intergestores, assumindo a obrigação de executar ações e serviços individuais e coletivos de saúde, o financiamento, o cumprimento de metas de produção, de indicadores sanitários, de capacitação de pessoal, de acesso, expresso em Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

II – Diferença de gastos per capita entre regiões de saúde, a obrigação da União de partilhar seus recursos no setor saúde como agente redutor das desigualdades por meio da complementaridade de recursos necessários para garantir equidade orçamentária em ações e serviços públicos de saúde entre as regiões de saúde.

III – Transparência no Gasto, uso de tecnologia da informação no setor saúde de modo a capturar, em tempo real, todos os eventos de interseção entre as ações e serviços de saúde, os trabalhadores em saúde e os cidadãos-usuários do sistema de saúde, produzindo um banco de dados que possibilite, no mínimo, cinco eixos de organização: sistêmico, produção, clínica-sanitária, garantia de acesso e organização da atenção.

§4º No mês de novembro de cada ano, a União elaborará e enviará a Comissão Mista de que trata o art. 166 da Constituição Federal demonstrativo que indique a equivalência entre os gastos federais com saúde, incluindo os aportes progressivos do caput deste artigo, com o percentual da receita corrente liquida atualizada até a data da elaboração do demonstrativo.

Art. 5º A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, passa a vigorar acrescida no Capítulo III da Seção II-A, seguida pelo art. 16-A e seguintes:

SEÇÃO II-A

Do Fundo de Cooperação dos Entes Federados

Art. 16-A. Fica instituído o Fundo de Cooperação dos Entes Federados - FCF, de natureza contábil, constituído para destinar recursos voltados para a execução das ações e serviços públicos de saúde, pactuados por pessoas jurídicas de Direito Público, que integrem o Sistema Único de Saúde – SUS.

Parágrafo único. Os recursos do Fundo de Cooperação dos Entes Federados serão aplicados na execução de projetos e atividades de ações e serviços públicos de saúde que visem:

1A4A112A00

I – a equidade de recursos entre as regiões de saúde, por meio de gastos em investimentos e custeio;

II – o cumprimento da responsabilidade sanitária que cada ente federado pactua em suas respectivas comissões intergestores para executar ações e serviços individuais e coletivos de saúde, as metas de produção, de indicadores sanitários, de capacitação de pessoal, de acesso;

III – a transparência e o controle no gasto por meio de e tecnologia da informação e registros eletrônicos imediatos de atos e ações de saúde.

Art. 16-B. O Fundo de Cooperação dos Entes Federados será constituído por 100%(cem por cento) do produto da arrecadação da Contribuição Social para a Saúde – CSS – e por outras dotações previstas na Lei Orçamentária Anual da União.

Art. 16-C. As ações e serviços públicos de saúde financiadas pelo Fundo de Cooperação dos Entes Federados serão propostas e coordenadas pelo gestor nacional do Sistema Único de Saúde – SUS – e executadas pelos gestores estaduais e/ou municipais por meio de cooperação com a União, observando-se o art. 16-A desta Lei Complementar.

§1º A proposta de que trata o caput terá seu planejamento integrado, do nível local ao regional, estadual e nacional, ouvidos os respectivos conselhos de saúde, compatibilizando-se as necessidades de saúde da população com as disponibilidades de recursos do FCF.

§2º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§3º O processo de planejamento da saúde conterá as metas de saúde e a programação de ações e serviços de saúde individuais e coletivas. Esta é a quantificação do que é necessário produzir de ações e serviços individuais e coletivos para atender à saúde da população total existente num dado território.

Art. 16-D. O acordo de colaboração entre os entes federativos para aplicação dos recursos do Fundo de Cooperação dos Entes Federados será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

1A4A112A00

Art. 16-E. O contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é o acordo de colaboração entre os entes federativos para a integração das ações e serviços de saúde em rede, por região de saúde, visando ao alcance da equidade orçamentária e técnico-sanitária entre os entes federativos e consequente diminuição das desigualdades regionais na saúde.

§1º O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a definição das responsabilidades sanitárias de cada ente federativo na região de saúde com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

§2° O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, por região de saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite.

§3° As regiões de saúde poderão agrupar Municípios de um ou mais Estados, sendo definidas pelos entes federados envolvidos e homologadas pelos respectivos Conselhos de Saúde, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

§4º A equidade orçamentária e técnico-sanitária compreendem ações capazes de diminuir as desigualdades regionais na rede de ações e serviços de saúde, mediante a assunção pelo ente federativo de maior desenvolvimento socioeconômico, orçamentário e técnico, de responsabilidades correspondentes à sua capacidade em relação aos demais entes na região de saúde ou entre regiões de saúde no sistema de referência de ações e serviços.

.....(NR).

Art. 6º As normas gerais para o registro de que trata o art. 32 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, serão editadas pelos órgãos centrais de contabilidade e orçamento da União, enquanto não for constituído o Conselho a que se refere o art. 67 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a garantir o cálculo automático do mínimo de saúde e a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 7° Revoga-se o § 2º do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012.

1A4A112A00

CESaúde.

Comissão Especial destinada a Discutir o Financiamento da Saúde Pública.

Câmara dos Deputados

Art. 8° Esta Lei Complementar entra em vigor:

I – a partir do quinto ano subsequente à publicação desta Lei Complementar para todos os dispositivos que integram SEÇÃO I-A, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, incluída pelo art. 3º, desta Lei Complementar;

II – na data da sua publicação, para os demais dispositivos.

Sala das Sessões, em

APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO

I. Introdução

Há unanimidade em detectar as insuficiências dos recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) diante dos atuais compromissos constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nada obstante, existe um paradoxo gritante na sociedade brasileira. Por um lado, esta defende a ampliação quantitativa e qualitativa dos serviços públicos de saúde (o que exige gasto público). Por outro lado, ela recrimina a ampliação dos gastos públicos, geralmente, generalizando todos os gastos e desconsiderando suas especificidades. A par disso, sabe-se que a forma do Estado prestar serviços públicos é fazer a punção nos recursos da sociedade por meio da tributação.

Logo, sob o manto do financiamento da saúde assentam-se questões e disputas ideológicas e conflitos sociais sobre arrecadação, elisão e sonegação, planejamento fiscal, corrupção,

1A4A112A00

efetividade dos direitos, políticas de desoneração para enfrentar crise financeira, federalismo fiscal, entre outras.

O Relatório foca três pontos que sustentam os três objetivos estratégicos sobre os quais se deve centrar a atenção do financiamento da saúde, a saber: Primeiro, proposta para o financiamento sustentável da saúde, com acréscimo financeiro; Segundo, proposta de critérios de rateio dos recursos, visando qualificar o gasto das ações e serviços públicos de saúde; e Terceiro, transparência no gasto desses recursos.

Portanto, o Relatório defende a ampliação qualificada de recursos para a saúde, pois para se efetivar o SUS constitucional deve-se alocar recursos na saúde, que abrange a atividade finalística do sistema, a área de gestão e de transparência para combater o desperdício e a malversação dos recursos do SUS, isto é, as ações devem caminhar juntas, inclusive como forma de ampliar e ganhar o debate sobre novos recursos para o SUS com legitimidade e racionalidade.

II. A Proposta contida no Relatório:

FINANCIAMENTO SUSTENTÁVEL

O Relatório propõe para avançar no financiamento sustentável para as ações e serviços públicos de saúde o Projeto de Lei Complementar que altera a Lei Complementar nº 141, 2012, com o seguinte teor:

- Será substituído o método presente no art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012[4]: A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o equivalente a 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida federal, calculada segundo a metodologia definida no art. 2º da Lei Complementar nº 101, de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal);

- Como regra de transição visando o novo patamar de gastos, o projeto prevê que a aplicação mínima da União em 15% da RCL será cumprido progressivamente até o ano de

[4] A atual regra dispõe que a União aplicará na saúde o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido, no mínimo, da variação nominal do PIB ocorrida do ano anterior.

1A4A112A00

2017, garantindo-se, no mínimo, 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) já no primeiro ano subsequente ao da publicação dessa nova legislação, com acréscimo sequencial nos anos posteriores: 13,8%, 14,4% e 15%, todos da RCL;

- Assegura-se a manutenção dos recursos oriundos da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o §1º do art. 20 da Constituição Federal.

Recursos adicionais previstos para a saúde
(acima do mínimo constitucional)

Emendas impositivas (*)	Rendas do Petróleo (**)	Total
2014 – R$ 3,3	R$ 0,5	R$ 3,8
2015 – R$ 3,5	R$ 0,8	R$ 4,3
2016 – R$ 3,8	R$ 1,4	R$ 5,2
2017 – R$ 4,2	R$ 2,1	R$ 6,3
2018 – R$ 4,5	R$ 2,7	R$ 7,2
2019 – R$ 4,9	R$ 3,1	R$ 8,0

Em bilhões
(*) Correspondente a 0,5% da RCL do ano anterior.
(**) Correspondente a 25% para a saúde.

- Contribuição Social para a Saúde (CSS) no percentual de 0,2% (dois décimos por cento) a partir do alcance dos 15% da RCL em ASPS.
- Estão isentos do pagamento da CSS os valores dos proventos dos inativos, dos pensionistas e demais benefícios previdenciários, não excedentes ao valor do maior salário-de-contribuição.
- Da mesma forma e em iguais limites estarão isentos os trabalhadores ativos contribuintes do regime geral de previdência e do regime de previdência do servidor público.
- É mantido o caráter fiscalizatório da contribuição, buscando evitar elisões e sonegações fiscais.

1A4A112A00

Quadro Comparativo: Proposta de 10% RCB e Proposta do Relator CESaúde: ganho para saúde acima de 20% da RCL

	RCL 15%	CSS 0,20%	Royalties	Total	Dif. (a) – (b)
10% RCB R$ 136 trilhões em 2014.	----------	----------	----------	R$ 136 bilhões. (a)	**R$ 13,8 bilhões** **Corresponde a 10,7% da RCB.**
RCL R$ 726 bilhões em 2014.	Aprox. R$ 108 bilhões	Aprox. R$ 38 bilhões	R$ 3,8 bilhões	R$ 149,8 bilhões (b)	**R$ 13,8 bilhões** **Corresponde a aprox. 20,6% da RCL.**

CRITÉRIOS DE RATEIO

A CESaúde recomenda que os recursos adicionais para as ações e serviços públicos de saúde acima sugeridos e expressos no Projeto de Lei Complementar sejam qualificados com os seguintes parâmetros:

- Alocados tendo como diretrizes a responsabilidade sanitária, a transparência na aplicação dos recursos por meio do registro das ações e serviços de saúde em tempo real e o equilíbrio entre o gasto per capita nacional e os sistemas de saúde regionais, de modo a promover a equidade de recursos entre as regiões de saúde, possibilitando o gasto inicial em investimentos, onde não houver capacidade instalada, e depois gasto em custeio.

MEDIDAS e APOIO ÀS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS

A CESaúde recomenda, como parte integrante e complementar do trabalho e propostas sobre o financiamento da saúde, as seguintes Proposições:

- Apresentação do Requerimento para criação de Comissão Especial destinada a analisar e propor medidas sobre a relação entre o setor público e o setor privado no âmbito do sistema de saúde nacional, aprofundando o debate sobre as subvenções estatais que geram subfinanciamento do SUS, aqui incluídas, as exonerações tributárias (Anexo II, item A);

- Elaborar indicação ao Poder Executivo com o seguinte escopo: aumentar a competência do DENASUS, de modo que ele tenha como incluso em seu foco de auditagem parâmetros

1A4A112A00

de qualidade dos serviços, segundo os contratos organizativos de ações e serviços de saúde entre os Entes;

A CESaúde recomenda apoio às seguintes Projetos de Lei:

- Projeto de Lei nº 21, de 2007, de autoria do Deputado Dr. Rosinha, que "dispõe sobre a Responsabilidade Sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas", bem como ao Projeto de Lei do Senado nº 174, de 2011, de autoria do Senador Humberto Costa, que "altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para modificar o art. 36, que institui regras sobre a elaboração dos planos de saúde, e para inserir dispositivos que regulam a responsabilidade sanitária dos gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde".
- Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 32, de 2011, de autoria do Deputado Amauri Teixeira, que "cria a Contribuição Social para a Saúde – CSS";
- Projeto de Lei do Senado nº 707, de 2007, de autoria do Senador Alvaro Dias, que "aumenta a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das instituições financeiras para 18%";
- Projeto de Lei Complementar nº 48, de 2011, de autoria do Deputado Dr. Aluizio, que "tributa Grandes Fortunas por meio de contribuição social e destina recursos para o setor saúde";

Expedição de ofício para os respectivos autores, relatores e presidentes de Comissões por onde tramitam todas as Proposições que foram enumeradas nestas recomendações como recebendo apoio deste relatório, para que Suas Exas. fiquem cientes do posicionamento favorável à matéria adotado pela CESaúde.

MEDIDAS LEGISLATIVAS INTERNAS

A CESaúde sugere como ações e medidas que possam ser adotadas pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados em parceria com a Presidência da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF):

- Criar prêmio, sem valor monetário, a ser conferido, anualmente, pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), segundo critérios prévios, aos gestores, pesquisadores,

1A4A112A00

servidores, cidadão comum de municípios e estados que se destacarem na implantação, pesquisa, estudo do SUS, reconhecendo o trabalho realizado. Torna-se necessário que a Mesa Diretora elabore Resolução Legislativa para criação desse prêmio.

- Monitoramente, pela CSSF, das proposições de saúde estruturantes para o SUS em tramitação na comissão e na Casa, utilizando metodologia de classificação desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Saúde da Câmara, a fim de analisar o fluxo das mesmas, apoiando sua oportuna deliberação, por meio da organização de uma pauta de deliberação que priorize as proposições estruturantes.
- Visando facilitar o controle social e também oferecer meios para os parlamentares acompanharem a implantação do SUS, recomenda-se que a CSSF instale uma "sala de situação de saúde", usando metodologia divulgada pela Organização Pan-Americana da Saúde, baseada na seleção de indicadores, que permitam a verificação ao longo do tempo do atingimento de metas definidas no nível nacional, estadual e, até, municipal.

III. Análise da Proposta e Comparação:

A proposta com legitimidade, visibilidade e que acumula o amplo debate sobre o financiamento da saúde é o atual Projeto de Lei Complementar nº 321, de 2013 (PLP nº 321/2013[5]), oriundo da Proposta de Iniciativa Popular do "Movimento Saúde + 10".

O objeto em comum das Propostas é alterar o atual método que disciplina a aplicação dos recursos da União em ASPS. No caso, busca-se alocar pelo menos 10% das Receitas Correntes Brutas (RCB) federais como recursos da União para o setor saúde.

Em linhas mais gerais, a opinião dos especialistas do "Movimento Saúde + 10" fala que "com a aprovação da proposta, o setor saúde teria um

[5] Nada obstante, também tramitam na Câmara dos Deputados Projetos de Lei similares, tais como os PLPs nºs 132/2012; 226/2012 e 309/2013. É inquestionável a legitimidade de todas as propostas, de modo que a distinção se dá entre a qualificação da participação democrática direta e representativa.

1A4A112A00

adicional de R$ 40 bilhões relativamente ao piso do de 2013"[6]. Ou ainda que "Se conseguirmos emplacar este projeto, como foi o da ficha limpa, teremos cerca de R$43 bilhões a mais de recursos federais para a saúde"[7].

Conforme cálculo produzido por esta relatoria, subsidiado pela Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados, **considerando o ano de 2013, 10% da RCB equivaleria a 18,5% da RCL e isso representaria um adicional de R$ 46.4 bilhões para o setor saúde**. Por seu turno, a projeção de RCB e de RCL federal, ambas oriundas do Poder Executivo, para o ano de 2014, aponta: **10% da RCB equivaleria a 18,74% da RCL e isso representaria um adicional de R$ 46.1 bilhões**.

ANO	PARÂMETROS		
	Receita Corrente Bruta - RCB	Receita Corrente Líquida - RCL	10% da RCB equivalente em %RCL
2013 (*)	1.296.468,2	699.978,9	18,5%
2014(**)	1.362.442,2	726.962,5	18,74%

(*) RCL – Projeção STN
(**) RCL obtida pela Mensagem Presidencial ao PLOA 2014 e Informações Complementares

Portanto, é proposta do Relatório representa um ganho a maior do que o pleito popular:

- A vinculação de 15% (quinze por cento) da RCL da União para ser aplicada em ASPS até 2015, em escala

[6] Opinião de Sulanis Dain, do Blog CEBES, na homepage do "Movimento saúde + 10". Vide http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/opiniao/61-saude-10-mais-recursos-federais-para-a-saude

[7] Opinião do Prof. Gilson Carvalho na homepage do "Movimento saúde + 10". Vide http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-31-44/opiniao/61-saude-10-mais-recursos-federais-para-a-saude

1A4A112A00

progressiva, **corresponde ao valor aproximado de R$ 108 bilhões**;

- Agregar exclusiva contribuição social para a saúde no percentual de 0,20% (dois décimos por cento), **o que corresponde ao valor de R$ 38bi**.
- Logo o setor Saúde teria orçamento estimado (com dados de 2014) **no valor de R$ 146 bilhões**, que com os recursos dos royalties (apenas de 2014) geraria **o total de R$ 149 bilhões**.

Deve-se levar em conta que o valor de 10% da RCB para o ano de 2014 seria de R$ 136 bilhões, cujo equivalente é 18,74% da RCL. **O relatório sugere R$ 149bi, sendo 15% da RCL (R$108bi), contribuição social para a saúde de 0,2% (R$38bi) e royalties (R$ 3,8 em 2014)**.

Tabela III - Gastos com saúde com base na RCL do ano corrente

ANO	Regra Atual	RCL do ano corrente (P2)		P2-G	Emendas impositivas + rendas do petróleo (E)	Diferença
	Valores (G)	Valores (P2)	%			
2013	83,2	-	-	-	-	-
2014	90,1	96,0	13,2%	5,9	3,8	2,1
2015	97,7	106,0	13,8%	8,3	4,3	4,0
2016	105,9	120,0	14,4%	14,1	5,2	8,9
2017	115,0	135,9	15,0%	20,9	6,3	14,6
Em bilhões.			Total:	49,2		

Então, considerando apenas a estimativa de 10% da RCB (R$ 136 bilhões para o setor da saúde), oferta-se R$ 146 bilhões (desconsiderando o valor dos royalties). Este valor representa 20% da RCL (considerando a estimativa obtida com base na PLOA 2014). Com o adicional de R$ 3,8 dos royalties, **temos R$ 149 bi, que equivale a 20,6% da RCL ou 10,7 da RCB**.

1A4A112A00

	Percentual de RCL ASPS em 2013=R$83.184,1 (*) ASPS em 2014=R$90.100,0 (**) Em bilhões					
	13,2%	13,8%	14,4%	15%	20%	
Ano 2013 RCL de R$699	$92,26 Dif. (*)	$96,46	$100,65	$104,85	139,8	
	$9,08	$13,28	$17,47	$21,67	$56,62	
Ano 2014 (a) RCL de R$726	$95,83 Dif.(**)	$100,1	$104,54	$108,9	$145,2	
	$5,73	$10	$14	$18.8	$55,1	
Emendas Impositivas + Rendas do Petróleo (c)	ANO 2014 R$3,8	ANO 2015 R$4,3	ANO 2016 R$5,2	ANO 2017 R$6,3	ANO 2018 R$7,2	ANO 2019 R$8,0
TOTAL (a) + (c)	R$ 99,63	R$ 14,4	R$ 109,74	R$ 115,2	Acréscimo de CSS (0,2%= R$38bi) R$ 153	Acréscimo de CSS (0,2%= R$38bi) Estimativa R$ 153.

IV. O Debate sobre RCB e RCL

Existe uma discussão sobre qual o parâmetro a ser utilizado como método para fixar o recurso mínimo federal em ASPS: Receita Corrente Líquida (RCL) ou Receita Corrente Bruta (RCB).

1A4A112A00

Sabe-se que é **ausente a definição legal sobre o que é (o que compõe) a RCB**, de modo que seria necessário inserir no Ordenamento Jurídico o mencionado conceito[8]. E não é só, o texto proposto irá **se sujeitar a posterior interpretação administrativa e judicial** por regular receita afeita a transferência constitucional.

A história ensina: o setor saúde não deve submeter-se, novamente, as disputas de exegese jurídicas, tais como aquelas surgidas logo após a promulgação da EC nº 29, sobre o PIB fixo ou PIB móvel para cálculo do montante mínimo a ser aplicado em ASPS pela União.

O conceito de RCB causa insegurança jurídica e novamente coloca a questão do financiamento do setor saúde sob um frágil marco legal. Ilustre-se: muito tempo, várias disputas e danos sociais ocorreram até que se consolidasse o entendimento jurídico do que são ASPS para fins de uso dos recursos destinados à saúde. Por paralelismo, considere o que representará a disputa sobre o que integra e o que está fora do conceito de RCB.

Defende-se o uso da RCL por que:

1) Quando a LRF usa a RCL como índice que fixa percentual para despesa de pessoal e outros fins, o faz porque não existe racionalidade sócio-política, econômica, orçamentária e administrativa para **a União fixar teto com base em recursos que não lhe pertence**;

2) Na eventual composição da RCB da União existe presente a contribuição previdenciária, **que deverá ser deduzida**. Será uma dedução de aproximadamente 25,4%. Trata-se de um percentual bastante elevado de redução que, posteriormente, causará impacto significativo nas contas do setor saúde e desconforto social sob o aspecto da frustração;

3) Igualmente, a repartição das receitas de Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) **não devem passar pelas contas da União**, uma vez que partes desses tributos pertencem aos outros entes da Federação;

4) As receitas do chamado "Sistema S" não tramitam pelo orçamento federal, de modo que nada impede que no futuro o mesmo ocorra em relação ao FPM e FPE.

5) Pode-se ainda exemplificar o caso das **receitas dos royalties**. Quando o Supremo Tribunal Federal teve oportunidade de se pronunciar sobre a natureza jurídica dos royalties, ele assentou que estes "são receitas originárias dos entes federativos" (MS 24312, Rel.: Min. Ellen Gracie, Tribunal Pleno, Julgado em 19/02/2003, DJ 19-12-2009. No mesmo sentido, o RE 228.800, da relatoria do Min. Sepúlveda Pertence e o AI-AgR 453.025-1, da relatoria do Min. Gilmar Mendes). Por conseguinte, sendo **os royalties receitas originárias dos Estados e Municípios, o recurso pertence a tais entes**

[8] Apesar do Projeto de Iniciativa Popular mencionar o art. 11, § 1º da Lei nº 4.320, de 1964, este dispositivo não define RCB, mas receita corrente e de capital. Dispõe o artigo: "Art. 11 - A receita classificar-se-á nas seguintes categorias econômicas: Receitas Correntes e Receitas de Capital.§ 1º - São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes. § 2º - São Receitas de Capital as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o *superávit* do Orçamento Corrente.

1A4A112A00

e impõe o seu pagamento diretamente[9].

6) A fixação do percentual da União sobre RCB para o piso da saúde **acarretaria dupla contagem** para fins de apuração do mínimo do setor. Explica-se: parte significativa da receita bruta arrecadada pela União pertence aos Estados e Municípios, beneficiários da repartição de receita a exemplo dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM), que integram a base de cálculo do mínimo destes entes da Federação.

7) Considere-se que **a definição de RCL prevista na LRF foi constitucionalizada**, haja vista a sua positivação no §3º do art. 97 dos ADCT (Atos das Disposições Constitucionais Transitórias). Isso reforça o entendimento de que o conceito de RCL é pacífico e seguro para o seu uso como parâmetro de ações do Poder Público[10]. Considere, ainda, que a atual proposta a ser levada ao STF para pagamento dos precatórios dispõe sobre o limite de 3% (três por cento) da RCL dos Estados e Municípios[11]. Em outros temos, o debate judicial não se dá sobre o uso da RCL como parâmetro, mas sobre a possibilidade (ou não) de modificação do regime jurídico dos precatórios (art. 100 da Constituição Federal de 1988).

São esses os pontos mais fundamentais que levo ao conhecimento da CESaúde para amplo e profundo debate.

Sala das Comissões, em

[9] Vale dizer que no bojo da ADI-MC 4.917, que questiona a Lei nº 12.734, de 2012 (rateio dos royalties) a liminar da Min. Carmen Lúcia divisou plausibilidade nos seguintes argumentos do Governador do Estado do Rio de Janeiro: a) segundo a disciplina do artigo 20, §1º da CF, os royalties possuem natureza jurídica indenizatória, razão por que o ente federado que não corre risco de sofrer danos da atividade petrolífera não faz jus a qualquer valor e, portanto, b) apenas os Estados e Municípios ditos produtores são titulares do direito subjetivo público de participar do resultado da exploração petrolífera ou de perceber compensação financeira por essa exploração, conforme a literalidade do artigo 20, §1º da CF; c) a lei combatida promove desequilíbrio financeiro estabelecido pelo constituinte que garantiu aos Estados e Municípios ditos produtores participação no resultado da exploração do petróleo ou compensação financeira, em contrapartida à vedação constitucional (imunidade) de cobrança de ICMS em seus territórios, privando-os de vultosa fonte de receita (al. 'b', do inc. X, do § 2º, do art. 155 da CF); d) ao permitir a retroação dos efeitos do diploma questionado aos royalties referentes aos contratos de concessão anteriores à sua edição, o legislador haveria afrontado o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a segurança jurídica (inc. XXXVI do art. 5º, da CF); e) a nova lei investiria contra a segurança jurídica, por desequilibrar as finanças dos Estados produtores, afetando a higidez das leis orçamentárias já aprovadas e o equilíbrio de suas contas à luz da lei de responsabilidade fiscal.

[10] Atualmente todo o art. 97 do ADCT está declarado inconstitucional porque o STF entendeu que o regime especial de pagamento de precatório afronta cláusulas pétreas, como a de garantia de acesso à Justiça, a independência entre os Poderes e a proteção à coisa julgada (ADI 4357 e 4425). Todavia, sob o presente prisma, nenhum questionamento foi ventilado acerca do uso de RCL como parâmetro para relação pagamento de precatórios, ao contrário, tal conceito foi utilizado como ponto pacífico de entendimento de como os recursos destinados para quitação de dívidas são apurados.

[11] Vide: http://www.valor.com.br/brasil/3227526/proposta-preve-quitacao-de-precatorios-em-6-anos Ou ainda, http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/08/prefeitura-de-sp-e-agu-estudam-levar-ao-stf-proposta-sobre-precatorios.html

1A4A112A00

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

Relator CESaúde

1A4A112A00

COMISSÃO ESPECIAL DESTINADA A DISCUTIR O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA.

RELATÓRIO

RELATOR: DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

1A4A112A00

Câmara dos Deputados | Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 | 70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 | E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

OUTUBRO 2013

Sumário

1 APRESENTAÇÃO 52

2 INTRODUÇÃO 55

FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: JUSTIÇA SOCIAL E CONDICIONANTES DE ESCASSEZ. 55

3 FINANCIAMENTO 63

3.1 ABORDAGENS INICIAIS: A HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 63

3.1.1 Sistema de Saúde Nacional 63

3.1.2 Evolução Legislativa do Financiamento da Saúde 64

3.1.3 A CPMF e a Saúde 68

3.1.4 A Emenda Constitucional nº 29, de 2000 70

3.1.5 Polêmicas Durante a Vigência da EC nº 29, de 2000 72

3.1.6 O Debate da EC nº 29, de 2000, no CNS 76

3.1.7 A Lei Complementar nº 141, de 2012: Regulamentação da EC nº 29/2000 81

3.2 SUBVENÇÃO ESTATAL E SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE. 83

3.3 UM NOVO FINANCIAMENTO DA UNIÃO PARA O SUS, POR QUÊ? 90

3.3.1 Evolução dos Gastos no SUS 90

3.3.2 Participação Federal Per Capita no Financiamento da Saúde. 94

3.3.3 A Participação Federal em Percentual da Receita e do PIB 96

3.3.4. Breve Comparativo entre a Relação Gasto Saúde/PIB com Outros Países 97

3.4 UM NOVO FINANCIAMENTO DA UNIÃO PARA O SUS, QUANTO E QUAL A QUALIDADE DO GASTO? 100

3.4.1 O IDSUS e o Financiamento Necessário para o SUS: Metodologia e Cenários 101

1A4A112A00

3.5 UM NOVO FINANCIAMENTO DA UNIÃO PARA O SUS: MUDANÇA NO MÉTODO DE DEFINIÇÃO DO PISO FEDERAL EM ASPS. 108
3.5.1 O Problema da Atual Metodologia: A Catraca e o Piso que virou Teto 108
3.5.2 A Proposta dos 10% da RCB: Aperfeiçoando e Avançando 111
3.5.2 O Novo Método e o Conceito de Receita Corrente Líquida 115
3.5.3. A Contribuição Social para a Saúde: Financiamento com Sustentabilidade 127

4 MECANISMOS DE DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS 129
4.1 ABORDAGENS INICIAIS: O ESTADO DA ARTE. 129
4.2 RATEIO FEDERATIVO E EQUIDADE 133
4.2 CRITÉRIOS DE RATEIO: RESPONSABILIDADE SANITÁRIA E GASTO PER CAPITA COM VARIAÇÕES REGIONAIS 137

5 TRANSPARÊNCIA 142
5.1 ABORDAGENS INICIAIS: RESIGNIFICANDO O CONTROLE PARA O EFETIVO COMBATE À CORRUPÇÃO 142
5.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: TRANSPARÊNCIA ACIMA DE TUDO. 151
5.2.1 A Identificação Única do Cidadão-Usuário 154
5.2.2 Eixos Gestores: Sistêmico, Clínica, Sanitária,Garantia de Acesso e Organização da Atenção. 155

6. RECOMENDAÇÕES 160
6.1 SOBRE O FINANCIAMENTO DA SAÚDE 160
6.2 SOBRE OS CRITÉRIOS DE RATEIO 40
6.3 SOBRE OS APERFEIÇOAMENTOS NA LC Nº 141/2012 161
6.4 OUTRAS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS 40
6.5 APOIO ÀS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS EM TRAMITAÇÃO 162
6.6 MEDIDAS LEGISLATIVAS INTERNAS 41
6.7 MEDIDAS ADMINISTRATIVAS INTERNAS 164

7. BREVE RELATO DA CESAÚDE 164
7.1 A CRIAÇÃO E ESCOPO DA CESAÚDE 164
7.2 RELATO DAS AUDIÊNCIAS E SEMINÁRIO 168

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS 191

ANEXO I – PROJETO DE LEI 196

ANEXO II - ITEM A 197

ANEXO II – ITEM B 198

ANEXO III – PROPOSTAS 199

ANEXO IV – SUGESTÕES ITENS "A" – "D" 200

ANEXO V – RELATÓRIO OMS 2013 201

ANEXO VI – PROJETO INICIATIVA POPULAR 202

ANEXO VII – EXPOSIÇÃO DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL 203

ANEXO VIII – RELATÓRIO FMI 204

1A4A112A00

RELATÓRIO COMISSÃO ESPECIAL

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

> Aqueles que colocam a questão de definir se uma saúde melhor é um bom instrumento de desenvolvimento talvez estejam negligenciando o aspecto mais fundamental da questão, a saber, que saúde e desenvolvimento são indissociáveis... Não é necessário instrumentalizar a saúde para estabelecer seu valor, isto é, para tentar mostrar que uma boa saúde também pode contribuir para estimular o crescimento econômico.
>
> Amartya Sen

1 APRESENTAÇÃO

Em quase duas décadas e meia de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira[12]. Ele é resultado do processo democratizante dos anos 1980 e exibe inúmeras conquistas no campo da saúde pública, a começar pelas vitoriosas campanhas nacionais de vacinação, com reconhecimento internacional, e por êxitos de alcance mundial na batalha contra a AIDS ou por ser referência no sistema de transplantes de órgãos.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde e o segundo em todo o mundo, atrás apenas dos Estados Unidos em números de transplantes de órgãos. Presta assistência à saúde para milhões de pessoas, a qual desde assistência básica até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, bem como serviços de emergência. Além disso, realiza também pesquisa em diversas áreas da ciência, inclusive com células-tronco.

[12] Como nos disse o palestrante Jurandi Frutuoso, representante do CONASS, em audiência no dia 21 de maio de 2013 na CESaúde.

1A4A112A00

Pelos resultados alcançados são inegáveis os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira. E o escopo da Comissão Especial destinada a Discutir o Financiamento da Saúde Pública (CESaúde) é enfrentar a questão do financiamento do sistema público de saúde, de modo que **o SUS possa ter sustentabilidade e, assim, consiga ser o que anuncia e promete**.

Ao se discutir o financiamento do sistema de saúde, a primeira questão a lembrar é que o conteúdo específico do direito à saúde e as respostas concretas sobre os cuidados de saúde irão relacionar-se com a vida política, social, cultural e econômica da sociedade. Devido a isso, a universalidade de uma teoria normativa, a abstratividade dos elementos econômicos e o princípio filosófico de justiça social serão **materializados no campo real** de práticas aceitáveis e possíveis, **em dado contexto histórico-social**, pois dependem das estruturas, das instituições, dos recursos existentes e das capacidades de organização e mobilização dos cidadãos.

Chama-se atenção para o fato de que no âmbito da CESaúde o tema sobre "desvios" e "corrupção" dos recursos do SUS foi constantemente arguido, motivo pelo qual este relatório trata do tema em capítulo específico. **Opta pela dimensão da necessidade de ampliar e reformar a abordagem da transparência na gestão do SUS**, por entender-se ser o caminho moderno, legítimo e eficiente para responder à demanda, em face da produção de informações colhidas pela Comissão.

Com efeito, avançando para o tema do financiamento da saúde pública, importa desde logo qualificar o debate, com o fito de aprofundar a discussão e facilitar a compreensão deste relatório. Assim três pontos emergem de modo imperativo:

Em primeiro lugar, o grau de insuficiência financeira vincula-se com a existência de falhas que não necessariamente dependem do volume de recursos alocados para a saúde pública, como por exemplo, as lacunas territoriais[13]; inadequações de prioridades[14] e inadequações na alocação de recursos para determinados tipos de pacientes[15]. Entretanto, não por isso que tais temas são afastados deste relatório, pelo contrário, enfrenta-os.

Em segundo lugar, a adequação ou a insuficiência de recursos financeiros dependem do que a sociedade está disposta a pagar para financiar os cuidados de saúde. Se houver mais financiamento é necessário identificar que setores da sociedade deve aportá-lo. Se mantivermos o princípio do acesso aos serviços de saúde com base na necessidade e não na capacidade, então a maior parte do financiamento advém do Estado por meio da tributação. São nuances, ora simplificadas, que serão enfrentadas neste relatório.

[13] Desigualdades na proporção dos recursos destinados à saúde pública regional.
[14] À título meramente ilustrativo: programa de alta complexidade em detrimento do programa de farmácia ou em detrimento da atenção primária.
[15] À título meramente ilustrativo: listas de espera, clientelismo com a porta de entrada do sistema e enleio do protocolo do atendimento em razão de risco.

1A4A112A00

E em terceiro lugar, mas não menos importante, é definir em quê, onde e como os recursos da saúde serão utilizados, qual é a produtividade marginal desses recursos e qual é o seu custo de oportunidade. Este último exige uma análise custo-benefício do uso de recursos e uma avaliação das ineficiências que podem ser reduzidas.

Assim, quando se trata de apresentar respostas ao financiamento da saúde pública, o corolário alcançado é que as possíveis respostas ao financiamento da saúde pública não podem ser dissociadas da análise da **base para o seu financiamento**, **correspondentes fontes**, **meios e formas de distribuir, ou ratear, o recurso**, além da **verificação do que dele se obtém**.

E recorde-se tais aspectos envolve a dimensão política, que foi anteriormente assinalada como "a primeira questão a lembrar". Ora, é que em geral as pessoas diretamente afetadas, os cidadãos e os profissionais de saúde que convivem e sujeitam-se aos limites do sistema de saúde, questionam a falta de recursos. Além disso, os argumentos daqueles responsáveis pela alocação de recursos apela para a ineficiência, a existência de outras demandas sociais, as prioridades sociais alternativas e a inevitabilidade da escassez de recursos. É certo que a pressão sobre os recursos de saúde, tais como, o envelhecimento, a transição epidemiológica, a inovação tecnológica majoram os cálculos dos gastos com o sistema de saúde. Mas também há razões políticas para a definição de recursos públicos para a saúde que nem sempre são desafiados, como por exemplo, a questão das subvenções estatais e subfinanciamento do SUS.

Portanto, para fazer face a esses desafios e responder às aspirações da sociedade brasileira em nosso posto contexto histórico-social, o presente relatório da CESaúde tem como objetivo definir **um quadro coerente de financiamento da saúde pública, que possa conquistar legitimidade e apoio governamental**. Então, propõe três focos, consubstanciados em três respectivos capítulos, que sustentam os **três objetivos estratégicos** sobre os quais se deve centrar a atenção do financiamento da saúde durante os próximos anos, a saber:

- **Primeiro, proposta para o financiamento sustentável da saúde, com acréscimo financeiro;**
- **Segundo, proposta de critérios de rateio dos recursos, visando qualificar o gasto das ações e serviços públicos de saúde; e**
- **Terceiro, transparência no gasto desses recursos.**

E registre-se, como elemento de máxima importância, que o cerne da proposta de financiamento para a saúde pública foi debatido junto ao Senado Federal, onde por lá tramita Comissão Especial similar a esta, mas que estrategicamente optou pela via pragmática de disciplinar o financiamento da União para o setor Saúde no bojo da chamada PEC do Orçamento Impositivo.

1A4A112A00

A busca de diálogo com o Senado Federal decorre do fato de que não faz sentido o Parlamento brasileiro, em tema tão sensível, caminhar de modo dispare, especialmente quando o relator da referida comissão naquela Casa Legislativa é companheiro e profundo conhecedor da matéria. Trata-se do senador Humberto Costa.

2 INTRODUÇÃO

Financiamento da Saúde Pública: Justiça Social e Condicionantes de Escassez.

1. O trabalho da Comissão Especial destinada a tratar do Financiamento da Saúde Pública (CESaúde) aborda um dos temas mais difíceis de tratar para a construção de um Brasil com mais justiça social e em conformidade com os valores referidos na Constituição Cidadã de 1988: o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)[16].

1.1 Não surpreende que sejam muitas as vozes, nacionais e estrangeiras, de sanitaristas, cientistas, políticos, jornalistas, autoridades governamentais, cidadãos, entre outros, que reclamam mais recursos para a saúde. E que também reflitam sobre o porquê do aumento dos gastos dos sistemas de saúde em todos os países. O tema da agenda é **tornar os sistemas de saúde sustentáveis**[17].

1.2 Nesse sentido, distingue-se o "Relatório sobre a Saúde no Mundo 2010" da Organização Mundial da Saúde (OMS), sob o título "Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal"[18], por defender "mais dinheiro para a saúde".

[16] Sob o aspecto legal, a matéria é regulada pelo art. 198,§§ 1º e 2º, da Constituição Federal de 1988, e nos arts. 5º a 11 da Lei Complementar nº 141, de 2012. Tal perspectiva será tanto historiada e refletida em capítulo específico, como ensejará proposta legislativa por parte deste relatório.

[17] Cite-se o exemplo da Espanha e a radical alteração realizada pelo "El Real Decreto-Ley 16/2012", de 20 de abril de 2012, com medidas urgentes para garantir a "sostenibilidad Del Sistema Nacional de Salud y mejorar La calidad y seguridad de SUS prestaciones".

[18] Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de lós sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen. World health Organization, Geneva. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_WHR_10.1_port.pdf>.

1A4A112A00

Mensagens principais

- Nenhum país foi ainda capaz de garantir a todos o acesso imediato à totalidade de serviços que possam manter ou melhorar a sua saúde. Todos eles enfrentam restrições de recursos de um tipo ou de outro, embora essas restrições sejam mais críticas nos países de baixo rendimento.
- Todos os países podem angariar fundos domésticos adicionais para a saúde ou diversificar as suas fontes de financiamento se o quiserem fazer.
- As opções incluem maior priorização dos governos à saúde nos seus orçamentos, colectar mais eficientemente impostos ou contribuições de seguros e angariar fundos adicionais através de vários tipos de financiamento inovador.
- Taxas sobre produtos prejudiciais como o tabaco e álcool são uma dessas opções. Assim se reduz o consumo, melhora-se a saúde e aumentam-se os recursos que os governos podem gastar na saúde.
- Mesmo com essas inovações, serão necessários maiores fluxos dos doadores para a maioria dos países mais pobres por um período de tempo considerável. Os países doadores podem também angariar mais fundos para os canalizar para os países mais pobres de modos inovadores, mas eles devem também esforçar-se mais por cumprir os seus compromissos internacionais para a ajuda pública ao desenvolvimento (APD) e proporcionar fluxos mais previsíveis e de longo prazo.

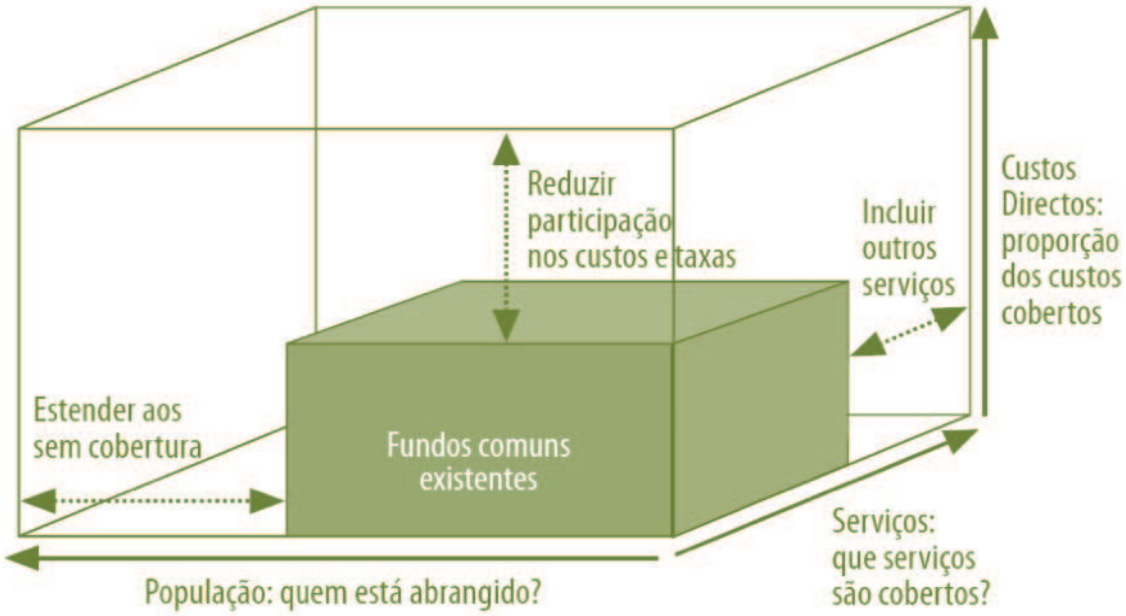
Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de lós sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen. World health Organization, Geneva. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_WHR_10.1_port.pdf>.

1.3 aíses enfrentam as restrições, especialmente os países mais pobres. Todavia, todas as nações poderiam levantar mais fundos para a saúde se assim o desejarem (OMS, 2010). A questão não é articulada, o que justifica Schrecker[19] falar da ausência de uma agenda comum, e das diferenças de recursos entre os países e dentro dos países. Resta, então, uma versão meramente tecnicista, apelativa para o voluntarismo dos governos.

[19] SCHRECKER T. 2011. Why are some settings resourcepoor and others not? The global marketplace, perfect economic storms, and the right to health. Can J Public Health. Vol 102, No 3, 204-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21714320>.

1A4A112A00

Fig. 1 **Três dimensões a considerar na aproximação à cobertura universal**



Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de lós sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen. World health Organization, Geneva. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_WHR_10.1_port.pdf>.

2. [redacted]ade tanto para os cidadãos e respectivas famílias quanto para o Estado. A natureza especial do direito à saúde explica porque se reconhece alguma forma de responsabilidade estatal em praticamente todos os países, inclusive, como parte do compromisso com outras políticas sociais. Trata-se do que vários cientistas[20] chamam de reconhecimento da **ética de proteção**, que ampara a **obrigação**

[20] Com inclusão de sanitaristas e outros pensadores. Exemplifique-se: SEN Amartya. 2002. **Why health equity?** Health Economics, v. 11, nº 8, p. 659-66; DANIELS N. 1982. **Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues**. Milbank Mem Fund Q Health Soc. v 60, nº 1, p. 51-81. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7038534>; _____. 2008. **Just health: meeting health needs fairly**. Cambridge University Press, New York; KOTTOW M. 2007. **Ética de protección: Una propuesta de protección bioética**. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; MAYNARD A. 2001. **Ethics and health care 'underfunding'**. J Med Ethics. v. 27, nº 4,p. 223-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11479351>. E especialmente FRENZ, Patrícia. **Cubriendo necesidades de servicios de atención de salud con justicia: orientaciones para la deliberación ética en Chile**. Revista Redbioética/UNESCO, ano 2, p. 34-42, jul-Dez 2011, onde aqui se parafrasea-a e se transcrevem vários dos argumentos da autora.

1A4A112A00

estatal de resguardar as necessidades fundamentais de saúde, assegurando serviços adequados de atenção de saúde, especialmente, aos mais necessitados.

3. Uma implicação do tratamento do direito à saúde como reflexo da ética de proteção, ancorada na obrigação estatal de assegurar serviços adequados, é que ela se articula com a hodierna noção de justiça igualitária[21]. Explica-se: reconhece-se o direito à saúde como fundamental para o exercício da **igualdade de oportunidades**, que reflete o cerne da **justiça social**.

3.1 Logo, a questão frontal posta entre o direito à saúde e a forma e o conteúdo das políticas em saúde é: como responder de maneira justa a necessidade de saúde da população quando não é possível cobri-las todas? Repita-se, considere que se trata de tema que envolve a aplicação de justiça social.

3.2 Essa indagação é relevante por motivo não apenas teórico, senão fundamentalmente por razões práticas. Atualmente se discute no Brasil como realizar novas transformações do sistema de saúde[22], por um lado, visando sua sustentabilidade, acessibilidade e equidade; e, pelo outro lado, buscando que o SUS cumpra seu papel como mais um agente econômico.

3.3 Não há dúvida de que aquela indagação é interpretada de maneira diferente por cada cidadão, e que as respostas dos Mercados, Municípios, Estados-Membros, Distrito Federal e da União são muitas vezes diferentes, tanto em relação à organização dos cuidados quanto em termos de cobertura financeira.

3.4. Sendo encarada como um bem superior, a saúde não pode ser considerada, exclusivamente, do ponto de vista das despesas sociais e das dificuldades econômicas latentes. Mas isso não significa desconsiderar que o gasto com saúde irá resultar em uma parcela maior da economia do que é hoje, por motivos que incluem mudanças na tecnologia, transições epidemiológicas, preferências do consumidor, crescimento da produtividade relativa e envelhecimento população, entre outras. **O paradoxo** surge porque a saúde é um importante motor do crescimento econômico, ao mesmo tempo em que o gasto com saúde parece

[21] Vide RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. Entende-se que o diálogo subjacente se dá com a teoria de Rawls, uma vez que pensar justiça com Rawls é pensar em refletir acerca do justo e do injusto das instituições que possibilitam, ou não, igualdade de oportunidades. O que confirma isso, entre outras, é a seguinte afirmação: "o nosso tema, no entanto, é a justiça social. Para nós, o objeto primário da justiça é a estrutura básica da sociedade, ou mais exatamente, a forma pela qual as instituições sociais mais importantes distribuem os direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão dos benefícios da cooperação nesta sociedade. (...) A justiça de um modelo de sociedade depende essencialmente da forma como são atribuídos os direitos e deveres fundamentais, bem como das oportunidades econômicas e condições sociais nos diferentes setores da sociedade" (p. 30).

[22] Exemplo concreto do debate é tanto esta Comissão Especial que discute o financiamento, como o movimento popular chamado "saúde + 10".

1A4A112A00

insustentável ao ser ascendente, uma vez que o orçamento público não pode ser o único motor da prosperidade econômica.

4. A decisão sobre quanto gastar em saúde pública é uma decisão política que, idealmente, revela preferências entre alocações alternativas. Ou seja, há subjacente uma escolha de definição de necessidades que enfrenta, entre vários ângulos, **a dimensão dos limites da escassez e da justiça social**. E cabe ter presente que grande parte da discussão sobre necessidades provêm tanto da economia quanto do planejamento sanitário.

5. Assim, abordar o problema do financiamento da saúde pública no Brasil exige dar respostas a três tipos de questões: **(a) qual o volume de recursos necessários para o SUS ser um sistema sanitário dotado de indicadores de saúde e de satisfação, previamente fixados, eficiente, eficaz e efetivo? (b) como deveriam ser alocados os recursos entre os entes federados e entre os tipos de atenção, patologias e grupos de pacientes? (c) quais deveriam ser as fontes de obtenção de recursos suficientes e estáveis, garantidoras da sustentabilidade ao sistema de saúde?**

6. Quando se trata do tópico sobre respostas ao financiamento da saúde pública, diversos sanitaristas e gestores, que adotam o planejamento sanitário como prática ou relação social[23], concordam que para além da tecnicidade, ela aborda dimensão política, econômica e ideológica. Nada obstante, isso não exclui que o tema possa, resumidamente, ser agrupadas em quatro categorias de reformas para:

- ✓ melhorar a eficiência dos gastos públicos de saúde (fazer mais com o mesmo);
- ✓ aumentar o financiamento público das despesas de saúde (fazer mais);
- ✓ aumentar o financiamento privado das despesas de saúde (fazer mais); e
- ✓ priorizar e racionalizar as ações e serviços de saúde pública.

6.1 A necessidade de exigir o uso eficiente dos recursos públicos é um requisito essencial em qualquer contexto. Não é preciso existir "problema de financiamento" para se exigir a otimização da quantidade e da qualidade das ações e dos serviços custeados pelo orçamento público. E esclareça-se, **de nenhum modo a quantificação da melhoria da eficiência é suficiente para cobrir a diferença entre a necessidade de financiamento e o o *status quo* do orçamento em termos de gasto no setor**. Além disso, em muitos casos, algumas melhorias da eficiência podem

[23] O diálogo subjacente se dá, entre outros, com correntes teóricas, centros de pesquisas e de pós-graduação e entes públicos que têm oferecido colaboração e produtos. Vide FERREIRA, F. W. **Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981; MATUS, Carlos. Teoria da ação e Teoria do Planejamento, in: MATUS, C. **Política,planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996, p. 81-98; TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, p. 5-103; PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: Ceps-ISC, 2002; SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda Estadual de Saúde 2004**; SPINELLI, H. et TESTA, M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo. **Recorrido de la Planificación en América Latina**. Salud Colectiva 1, v.3, 2005, p. 323-35.

1A4A112A00

ser traduzidas em incrementos de despesas, precisamente como resultado do aumento da procura e da qualidade dos serviços.

6.2 Algumas fontes alternativas de financiamento público para as políticas de saúde são (a) a redistribuição interna entre os programas de gastos públicos e (b) o aumento da carga fiscal. A redistribuição interna entre os programas de despesas implica, dada a restrição orçamentária global sobre as finanças públicas do Brasil, identificar os programas que possam estar sujeitos a uma redução para financiar os custos de saúde mais elevados[24]. No entanto, a redistribuição deve ser baseada em critérios de eficiência e contar com a participação popular. Logo, requer a demonstração da melhor relação custo-benefício, englobando as diversas externalidades, dos programas de saúde frente alternativas não sanitárias.

6.3 O aumento da receita fiscal encontra limites na resistência de grupos de contribuintes para aumentar a carga tributária e os custos que isso pode ter na competitividade das atividades econômicas. As alternativas dessa forma estão no aumento da carga fiscal global mediante elevação tributária seletiva para alguns setores econômicos, específicos impostos sobre renda e patrimônio e **criação de tributo vinculado ao financiamento da saúde pública**.

6.4 Entretanto, a presente conjuntura expressa que o aumento da carga fiscal não é árdua batalha política e economica, especialmente perante grupos organizados do setor financeiro-produtivo e mídia.

6.5 Nada obstante, outras implicações da proposta de tributos vinculados ao financiamento da saúde são vantajosas, tais como, a maior visibilidade dos benefícios e controle sobre a gestão. E não nos negamos a enfrentar certos questionamentos sobre como justificar a tributação vinculada para a saúde, mas não para outras ações e serviços públicos. E os conflitos não encerram aqui, pois se não há aumento de receitas públicas ou nova tributação vinculada para financiar o setor de saúde pública, outras políticas e serviços públicos deverão suportar a correspondente diminuição de recursos[25]. E não é só: convém lembrar que os tributos vinculados, ou não, são sempre vulneráveis e sujeitos às oscilações do ciclo econômico.

6.6 O aumento de gasto privado no financiamento da saúde, mediante os copagamentos, gasto direto a provedores privados e o gasto com planos e seguros de saúde **é alto no Brasil**, superior ao gasto público com reflexos na equidade do acesso às ações e serviços públicos de saúde[26]. Entende-se que o alhures mencionado princípio da justiça social (igualdade de oportunidade) requer manter o acesso aos serviços de saúde segundo necessidades, e não

[24] Ou melhor, o anteriormente citado custo de oportunidade.
[25] Costuma-se citar o seguinte exemplo: mais ortopedistas nos serviços de urgência a custa de menos medidas na mobilidade urbana, onde se produzem acidentes.
[26] Capítulo específico deste relatório trata tanto da questão sob o ponto de vista da relação "gasto privado versus gasto público", como sob o prisma dos efeitos das subvenções estatais, abarcando as desonerações fiscais, para o setor privado de saúde (subfinanciamento).

1A4A112A00

segundo capacidade, de modo que a importância do gasto privado deve ser reduzido para não aumentar os atuais níveis de iniquidades.

6.7 Na prática, o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, o que gera uma combinação público-privada financiada, sobretudo, por recursos privados. A esse respeito, é importante mencionar publicação do IPEA sobre o Financiamento da Saúde,[27] que assim discorre sobre a participação privada no setor:

> "(...) No caso brasileiro, afirma-se que a intenção é buscar um sistema que reduza as desigualdades e que seja equitativo. Contudo, estudos têm mostrado que uma forte participação privada pode acarretar iniquidade (WAGSTAFF et al., 1992). O pagamento direto pelo próprio usuário depende da capacidade de pagamento, ou seja, da disponibilidade de recursos para as famílias – quanto mais rica, maior sua capacidade de pagamento. O mercado não produz equidade. Cabe ao Estado redistribuir recursos e buscar a equidade. Além disto, a partir dos recursos privados, gera-se um mercado de compra de bens e serviços de saúde que é independente, em certa medida, do recurso público. Assim, as regras de formação de preço, de oferta de recursos humanos, de oferta de bens e serviços são fortemente influenciadas pela presença destes recursos privados e das decisões individuais ou compartilhadas pela intermediação de planos e seguros de saúde. Ainda que o governo tenha uma importante participação no sistema de saúde brasileiro, o setor privado concorre com ele por recursos". [28]

6.8 Nada obstante, não se deve extirpar o gasto privado da saúde – mas considerá-los sabendo que os números apontam que os indicadores de saúde são melhores e os sistemas de saúde são mais eficientes quando é maior o investimento público em saúde. O que se quer dizer é

[27] Brasil em desenvolvimento 2011: Estado, planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília : Ipea, 2012

[28] Santos e Gerschman (2004) chamavam a atenção para as implicações que os constrangimentos macroeconômicos e determinadas decisões de políticas públicas poderiam ter sobre a configuração público-privada no Brasil. Estas autoras avaliavam que havia risco de o setor público especializarse em tecnologias de mais baixo custo e complexidade, ao passo que o setor privado continuaria formatando sua estratégia em direção a setores mais lucrativos e de maior rentabilidade, nestes incluídos aqueles mais bem remunerados pelas tabelas do SUS e mais valorizados pelos beneficiários de planos privados. Com isso, pode-se dizer que havia uma expectativa de que este segmento continuaria forte e cresceria, ao contrário do que era esperado quando da formatação inicial do SUS no período Constituinte. A expectativa naquele momento era de que, com financiamento e garantia de uma atenção à saúde com qualidade para toda população, seria construído um sistema de saúde único, atendendo a toda a população.

1A4A112A00

que, com os parâmetros corretos, **ele deve ser utilizado para evitar alocação de recursos a quem dele não necessita** (concentração de renda) e pode ajudar **a reduzir o consumo abusivo sem afetar a equidade que o SUS autopropõe**. Portanto, o gasto privado com serviços de saúde não pode, como pressuposto, ser afastado do debate sobre o financiamento da saúde pública. Ele não deve servir para apoiar desqualificações abstratas, rudimentares e mal educadas, senão para exortar análises baseadas em evidências[29].

6.9 As alternativas anteriores devem ser combinadas entre si, em doses a serem estabelecidas, **reduzindo a pressão sobre o orçamento da saúde pública e visando a definição de prioridades e a racionalização das ações e serviços de saúde**. A racionalização e a definição de prioridades do orçamento público da saúde submetem-se, por força constitucional, ao princípio da justiça social, típico de financiamento público, exigindo a igualdade de oportunidades pelas instituições.

6.10 Priorizar e racionalizar o gasto envolve determinar, vulgarmente falando, "quem vai primeiro" ou "qual a proporção de recursos para se dedicar a um paciente, um grupo populacional ou um serviço". Estas medidas podem ser realizadas de forma unilateral pelo Estado, com base no exercício explícito e sistemático das competências política (do corpo dos governantes) e técnica (do corpo de servidores). Todavia, em um sistema de saúde pública como o brasileiro, que consagrou **a participação popular como diretriz do SUS** (art. 198, III, da Constituição Federal) a alternativa para a priorização e a racionalidade é a delimitação da distribuição de direitos e serviços de saúde (benefícios) através de processos de participação social, segundo a lógica da legitimidade democrática – que deve ser objeto de atenção diante da insuficiência de considerar a racionalidade e a definição de prioridades como, unicamente, ato ou exercício meramente técnico.

7. Para concluir: a aparente **disputa paradoxal ou dicotômica** do debate sobre o financiamento da saúde se situa na lógica da distribuição justa de direitos e serviços (justiça social como igualdade de oportunidade) frente aos condicionantes de escassez, notadamente, quando temos elevados gastos sociais e crescentes demandas de atenção sanitária – decorrentes de uma longa história de concentração de renda, desigualdades sociais e injustiças institucionais, sob a forma de clientelismos, patronagem, nepotismo, corrupção[30]. Com efeito, aquele paradoxo (ou

[29] São diversos os projetos de lei e tramitação na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF/CD) que, sem fixar parâmetros, condicionantes ou submetê-los a quaisquer elementos de aferição, determinam que o SUS arque com os mais diversos insumos, produtos e medicamentos "para o povo", não importando se nesse conceito esteja o homem/mulher concreto dono de instituição financeira, de uma multinacional, seja professor, servidor, técnico de contabilidade ou auxiliar de pedreiro, como por exemplo.

[30] Entre outras modulações dos desvios institucionais que estão relacionadas ao abuso do poder, econômico e político, por certos agentes políticos ou aos privilégios que certos grupos sociais têm no exercício de seu poder.

1A4A112A00

argumentos dicotômicos) se transforma **em síntese** quando materializa a **dimensão participativa do SUS**. Explica-se:

7.1 Os dois diferentes enfoques dicotômicos/paradoxais convergem para a importância de se definir os equivalentes entre necessidades, serviços e recursos para poder assegurar o acesso: as alterações do estado de saúde da sociedade ou as necessidades devem ter correspondência com as ações e serviços públicos de saúde, que por sua vez requer orçamento suficiente.

> "O financiamento e a organização de serviços são funções essenciais dos sistemas de saúde para dar respostas adequadas às necessidades reivindicadas e assumidas pelas políticas sanitárias. Para além da necessidade básica, onde se traça o limite entre necessidade, expectativa legítima e mero desejo, depende-se dos valores e das possibilidades de cada sociedade[31]".

7.2 A participação social (art. 198, III, Constituição Federal) no SUS constitui o mecanismo síntese que **outorga legitimidade e autoridade republicana** às definições dos perímetros e das prioridades das políticas públicas de saúde diante do respectivo financiamento.

8. Excluída, na introdução deste relatório, a aparente contradição entre justiça social e condicionantes de escassez, que amálgamas ecléticos e vulgarizados debates, este relatório busca responder as questões, outrora formuladas, sobre o financiamento da saúde pública em três objetivas etapas:

- **Primeiro, proposta para o financiamento sustentável da saúde;**
- **Segundo, proposta de critérios de rateio dos recursos; e**
- **Terceiro, transparência no uso e gasto desses recursos.**

3 FINANCIAMENTO

3.1 Abordagens Iniciais: A História do Financiamento da Saúde Pública no Brasil

3.1.1 Sistema de Saúde Nacional

1. Nos termos do que dispôs a Constituição de 1988, compete privativamente à União legislar sobre a seguridade social (art. 22, XXIII, da CF), que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194 da CF). Prevê também que a seguridade social seja financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da

[31] FRENZ, Patrícia. **Cubriendo necesidades de servicios de atención de salud con justicia: orientaciones para la deliberación ética en Chile**. Revista Redbioética/UNESCO, ano 2, p. 34-42, jul-Dez 2011.

1A4A112A00

lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais (art. 195 da CF).

2. Especificamente em relação à saúde, a Constituição Cidadã passou ainda a considerá-la "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (art. 196 da CF), sendo livre à iniciativa privada dela participar de forma complementar (art. 199 da CF). As ações e serviços públicos de saúde também passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e a constituírem um sistema único de saúde (SUS), organizado segundo diretrizes de descentralização e de atendimento integral (art. 198 da CF).

3. Evidentemente, implantar um sistema de saúde capaz de garantir universalidade e integralidade em uma república federativa com as nossas dimensões territoriais e populacionais e com um sistema político composto por três níveis autônomos de governo - distribuídos em Governo Federal, vinte e seis Estados, um Distrito Federal e mais de cinco mil Municípios - tem sido um grande desafio.

4. Desde 1988, muito tem sido feito pela saúde, mas ainda estamos longe do sistema desenhado constitucionalmente. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD)[32] estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do país. A PNAD de 2008, por sua vez, estimou esse número em 49,2 milhões, ou 25,9% da população brasileira. Tais dados mostram que, não obstante os princípios da universalidade e integralidade que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS, ainda resta muito a ser feito para que o SUS real se aproxime daquele idealizado pela Constituição.

3.1.2 Evolução Legislativa do Financiamento da Saúde

5. A norma constitucional (art. 198, §1º da CF[33]) que disciplinou o financiamento para a saúde previu que o SUS fosse financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

6. É importante destacar que, apesar da previsão de que parte das receitas de estados e municípios fosse aplicada em saúde, a Constituição não estabelecia um percentual mínimo de aplicação. O mencionado art. 195 dispunha à época:

[32] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Rio de Janeiro: O Instituto; 1981, 1998, 2003 e 2008.
[33] Na redação original da Constituição era o parágrafo único do art. 198: **Parágrafo único.** O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

1A4A112A00

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b.

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei".(redação original da Constituição de 1988)

1A4A112A00

7. A partir de 1993, as contribuições previdenciárias[34] deixaram de ser repassadas à saúde em virtude dos desequilíbrios que se afiguravam nas contas da previdência social.A saúde deixou de contar com o repasse dos recursos da contribuição social de empregadores e empregados.

8. Com a Emenda Constitucional nº 20, de 1998, que modificou o art. 167, XI, foi vedada a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o art. 195, I, a, e II, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social. Dessa forma, os recursos para financiamento da saúde passaram a depender de aportes do orçamento da seguridade social, cujas fontes financeiras mais significativas eram recursos tributários e fiscais, dentre os mais expressivos a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL, e a partir de 1993, da participação mais relevante do Tesouro da União.

9. Em suma, o setor saúde deixou de contar os recursos da contribuição social de empregadores e empregados desde 1993, que passaram a ser destinados exclusivamente à previdência social. Para cobrir a falta desses recursos, o setor realizou empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Portanto, no período de 1993 a 1996, o setor Saúde viveu momentos de incertezas quanto ao seu financiamento, levando a fazer empréstimos junto ao FAT e a passar por constante falta de verbas.

10. Essa situação reforça o entendimento de que **a integração constitucionalmente prevista da seguridade social** requeria não só uma proposta de orçamento como também de gestão efetivamente unificada em um ministério, como o da Seguridade Social. Entretanto, não foi o que ocorreu, pois a previdência, a saúde e a assistência social foram regulamentadas por leis distintas e institucionalizadas em ministérios diferentes com receitas estipuladas separadamente.

11. Por outras palavras, a regulamentação setorial do sistema da seguridade social estruturou as áreas que constituem o sistema (previdência, saúde e assistência social) **em uma quase completa independência administrativa e financeira**, não obstante o sistema em sua origem tivesse forte apelo à criação de um ministério, financiado por um orçamento da seguridade social, autônomo do orçamento fiscal e estabelecido por um conselho nacional.

12. Recorde-se que, por determinação constitucional original, os recursos da seguridade social não poderiam ser alocados para outros fins que não aqueles afetos a previdência, saúde e assistência social (arts. 165, §5º e 195), e que, ao mesmo tempo, não haveria vinculação de fontes às três diferentes áreas da seguridade social (arts. 167, inc. IV e 195, §2º), salvo o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP destinado ao seguro-desemprego e abono do PIS-PASEP (art. 239) e **trinta por cento (30%) do orçamento da seguridade social seria destinado para a área da saúde (art. 55 do**

[34] Contribuição dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social (fonte 154).

1A4A112A00

ADCT). Ou seja, a cada processo legislativo do orçamento da União, os recursos da seguridade social seriam repartidos entre as respectivas áreas.

13. Por fim, é importante destacar que, por meio da Emenda Constitucional de Revisão nº 01, de 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE) como medida necessária à estabilização da economia. Dentre outros fins, reservava vinte por cento (20%) do produto da arrecadação de todos os impostos e contribuições da União. O FSE expressava como objetivo o saneamento financeiro da fazenda pública e a estabilização econômica, cujos recursos seriam aplicados no custeio das ações dos sistemas de saúde e educação, benefícios previdenciários e auxílios assistenciais de prestação continuada, inclusive, liquidação de passivos previdenciários.

13.1 Inicialmente o FSE iria viger nos anos de 1994 e 1995, sendo que, a partir da EC nº 10, de 1996, ele passou a vigorar no ano de 1996 até junho 1997, quando passou a ser chamado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), ainda com o objetivo de saneamento financeiro da fazenda pública Federal e de estabilização econômica, mas, desta vez, para ações prioritárias naquelas aludidas áreas sociais (arts.. 71 e 72, §2º do ADCT). E, novamente, com a EC nº 17, de 1997, seu prazo foi dilatado até dezembro de 1999, mantendo-se o objetivo.

13.2 No ano 2000, com a EC nº 27, foi criada a chamada Desvinculação de Receitas da União (DRU), que sucedeu aqueles primeiros Fundos e estabeleceu simplesmente que seriam desvinculados de órgão, fundo ou despesa, no período de 2000 a 2003, vinte por cento (20%) da arrecadação de impostos e contribuições sociais da União, excetuando-se apenas a arrecadação oriunda da contribuição social do salário- educação (art. 76 ADCT). Como se observa, ao contrário do FSE e do FEF, não existe expresso um objetivo para a DRU.

13.3 No ano de 2003, por meio da EC nº 42, a DRU foi mais uma vez prorrogada até o ano de 2007, sendo que ,por ocasião dessa última prorrogação, além da arrecadação dos impostos e contribuições sociais, foi agregada a Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico – CIDE como receita passível de desvinculação.

13.4 Em 2007, a EC nº 56 promoveu nova prorrogação da DRU até 2011, quando a EC nº 68 aprovou a dilação da vigência até o exercício de 2015.

13.5 De acordo com as regras impostas, a desvinculação de receitas da União incidiu sobre tributos destinados a financiar serviços públicos, como saúde, educação e trabalho. Dessa forma, um dos efeitos da DRU é transferir recursos do orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal da União. No entanto, após o exercício de 2008, esse efeito foi anulado. Explica-se:

13.6 Até 2008 o valor retirado do orçamento da seguridade social superava o montante transferido do orçamento fiscal para suprir as necessidades de financiamento do orçamento da seguridade social. Isso significa que sobrariam recursos no orçamento da seguridade social se não fosse a incidência da DRU sobre suas receitas. Entretanto, a partir de

1A4A112A00

2009, o orçamento da seguridade social passa a ser deficitário, de modo que, independentemente da DRU, recursos do orçamento fiscal foram necessários para atender despesas do orçamento da seguridade social[35].

3.1.3 A CPMF e a Saúde

14. Depois de longos debates sobre o financiamento da saúde, já na gestão do Ministro Adib Jatene, a solução encontrada pelo Congresso Nacional para atenuar os problemas financeiros na área de saúde foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF, que vigorou de 1997 a 2007 (CPMF[36]). Configurar o tributo como contribuição social era fundamental no equacionamento do problema, tanto para encurtar o prazo de início da cobrança do tributo (noventena), quanto para evitar questionamentos jurídicos em relação à vinculação do produto da arrecadação integralmente ao Fundo Nacional de Saúde.

15. Assim, com fulcro na Emenda Constitucional nº 12, de 1996, era então autorizada a criação da "contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira", cabendo à Lei nº 9.311, de 1996, a sua instituição e regulamentação.

16. A CPMF foi criada para vigorar inicialmente por treze meses. Contudo, por meio da Lei nº 9.539, de 1997, esse período foi ampliado para 24 meses, a partir de 23 de janeiro de 1997, em consonância com o período máximo permitido pela EC nº 12, de 1996, que autorizou sua criação. A CPMF destinou recursos integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde (art. 74 do ADCT).

17. Vencido o prazo de vigência, a cobrança da CPMF foi restabelecida pela Emenda Constitucional nº 21, de 1999, para vigorar de 17 de junho de 1999 a 16 de junho de 2002, com

[35] Vide: Nota Técnica da Consultoria de orçamento da Câmara dos Deputados n.º 18/2011, in http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/orcamentouniao/estudos/2011/nt_18_2011 e **Relatório Resumido da Execução Orçamentária de 2012 da Secretaria do Tesouro Nacional,** Tabela 9 - Demonstrativo das Receitas e Despesas da Seguridade Social e Tabela 9-A - Demonstrativo das Receitas da Seguridade Social Desvinculadas, in https://www.tesouro.fazenda.gov.br/images/arquivos/artigos/RROdez2012.pdf

[36] A origem da CPMF está na Emenda Constitucional n° 3, de 1993, cujo art. 2º autorizou que lei complementar instituísse o chamado Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IPMF até 31 de dezembro de 1994, fixando alíquota máxima de 0,25%. A arrecadação do IPMF foi iniciada em 26 de dezembro de 1993, mas foi suspensa no período de 15 de setembro a 31 de dezembro de 1993 por liminar em Ação Direta de Inconstitucionalidade. O imposto voltou a ser cobrado a partir de 1º janeiro de 1994 e vigorou até 31 de dezembro do mesmo ano. A arrecadação do IPMF é apenas residual sobre movimentação financeira gerados em 1994

1A4A112A00

destinação de parte dos recursos à previdência social. Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 37, de 2002, estendeu sua vigência até 31 de dezembro de 2004, e, desta vez, com destinação de recursos à saúde, à previdência e ao fundo de combate e erradicação da pobreza; em seguida, a Emenda Constitucional nº 42, de 2003 prorrogou o prazo até 31 de dezembro de 2007. Em dezembro de 2007, deixou de ser cobrada, em face da rejeição legislativa à PEC nº 89, de 2007, que pretendida prorrogar a vigência até 2011.

18. Como mencionado, na origem, a CPMF foi instituída para custeio de ações e serviços públicos de saúde. Todavia, com o advento da EC nº 21, de 1999, a Contribuição passou também a financiar o pagamento de aposentadorias e pensões a cargo do INSS e ações de combate e erradicação da pobreza[37].

19. A arrecadação da CPMF sujeitava-se à regra geral de desvinculação de 20% tratada no item anterior. No entanto, é oportuno ressalvar que a parcela da arrecadação da CPMF destinada ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não se submeteu à citada desvinculação em decorrência da vigência da DRU, por disposição expressa da Emenda Constitucional que instituiu aquele Fundo[38].

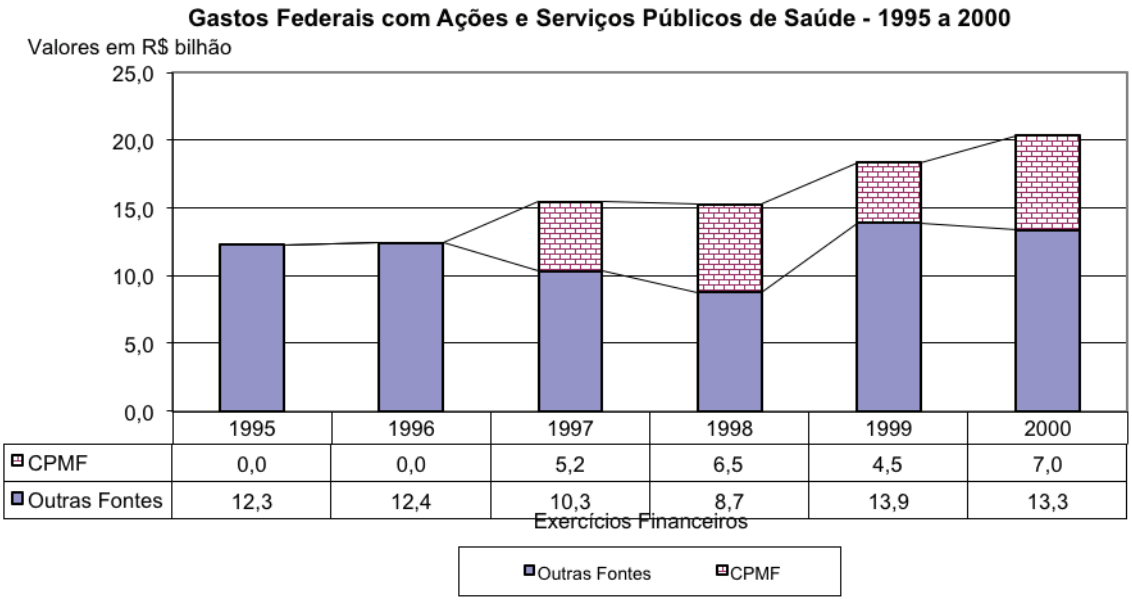
20. Deve-se ainda destacar que, em seu primeiro ano de vigência, ficou evidenciado que a criação da contribuição não era, por si só, garantia de maiores recursos para a Saúde, uma vez que outras fontes que financiavam tradicionalmente o setor passaram a ser destinadas a outras áreas.

20.1 Essa constatação, facilmente visualizada no gráfico abaixo, fez com que o Congresso Nacional inserisse nas LDOs, a partir de 1998 (Lei nº 9.473, de 1997), regra em que se fixava valor mínimo de aplicação em saúde, tendo por base a dotação autorizada no exercício anterior.[39] Essa regra permaneceu até a LDO 2000 (Lei nº 9.811, de 1999), após o que passou a vigorar aquela traçada pela EC nº 29, de 2000.

Gráfico I

[37] Da alíquota de 0,38% cobrada pela CPMF, 0,20% era destinada à saúde; 0,10%, à Previdência e 0,08%, ao Combate e Erradicação da Pobreza.
[38] Emenda Constitucional nº 31/2000
[39] Com efeito, na LDO 1998 (Lei nº 9.473/1997), foi inserido o seguinte dispositivo: *"Art. 37 No exercício de 1998 serão aplicados, em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos autorizados em 1997."*

1A4A112A00



20.2 É importante mencionar que a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, de certa forma acabou por esvaziar a polêmica em torno da aplicação dos recursos da CPMF na área de saúde. Ao ser fixado constitucionalmente um piso mínimo de aplicação, a ser corrigido a cada ano pela evolução do PIB **independentemente do comportamento da receita, das restrições orçamentárias ou das fontes** usadas, o setor se viu protegido em relação às demais áreas de governo. Assim, a EC nº 29, de 2000, garantiu um mínimo de estabilidade no financiamento da saúde e trouxe aumento, sobretudo a partir de 2004, no aporte de recursos por parte da União.

3.1.4 A Emenda Constitucional nº 29, de 2000

21. Como dito, a EC nº 29, de 2000, assegurou a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos (arts. 167, inc. IV, 198, §2º e 77 do ADCT). Nesse período, de 2000 a 2004, vigoraram as determinações previstas no art. 77 do ADCT, in verbis:

> Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:
>
> I - no caso da União:
>
> a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;
> b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;

1A4A112A00

> II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e
>
> III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

22. A EC nº 29, de 2000, definiu a origem dos recursos que financiariam os entes subnacionais (art. 198, §2º, II e III, da CF) e previu a edição periódica de lei complementar para: revisar os percentuais de vinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por parte dos entes federados e estabelecer os critérios de rateio e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas (art. 198, §3º, da CF)[40].

23. Assim, com a edição da EC n° 29 ficaram estabelecidos níveis mínimos de aplicação de recursos financeiros por parte das três esferas de governo. Estados e municípios são obrigados a investir, no mínimo, 12% e 15% da arrecadação de impostos próprios e de recursos da repartição tributária (art. 77 do ADCT)[41], respectivamente. A União, desde então, deveria gastar com saúde o correspondente ao que desembolsou no ano anterior, mais a variação do Produto Interno Bruto – PIB nominal. Na ausência da referida lei complementar, a Carta Política determinou ainda que fossem mantidas as regras transitórias vigentes até 2004 (art. 77, §4º, do ADCT)[42].

---

[40] Constituição. Art. 198 (...) § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:
I - os percentuais de que trata o § 2º; II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;
IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

[41] Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:
I - no caso da União:
a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;
b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB; (
II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e
III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (ADCT)

[42] Art. 77 (...) §4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo (ADCT).

1A4A112A00

3.1.5 Polêmicas Durante a Vigência da EC nº 29, de 2000

24. Não obstante os dispositivos da EC nº 29, de 2000, serem autoaplicáveis, desde logo ficou evidenciada a necessidade de haver esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar a perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da lei complementar prevista pela referida Emenda.

25. Diante dessa constatação, surgiram iniciativas no sentido de homogeneizar as interpretações da EC nº 29, de 2000[43]. Todas elas, porém, mostraram-se insuficientes, uma vez que somente lei complementar teria o condão de efetivamente regular a matéria, submetendo todos os entes federados ao seu cumprimento.

26. No âmbito federal, surgiram basicamente duas polêmicas envolvendo a interpretação do mínimo a ser aplicado em saúde, segundo as regras transitórias do art. 77 do ADCT: (a) o alcance da expressão ações e serviços públicos de saúde e (b) a apuração da base de cálculo a ser considerada.

27. Na esfera federal, as LDOs passaram a desempenhar o papel da lei complementar já no ano de 2001[44]. Segundo o modelo adotado, as ações e serviços públicos de saúde compreendiam "a totalidade da dotação do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza", orientação que perdurou até 2011[45].

---

[43] A primeira delas, originada logo após a promulgação da Emenda, veio da Comissão de Seguridade Social e Família, que divulgou documento intitulado "Orientações quanto à participação da União, Estados e Municípios nos gastos com Saúde". Posteriormente, a partir da formação de grupo de discussão técnica com a participação de diversos segmentos da sociedade, foi elaborado documento denominado "Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e a Regulamentação da Emenda Constitucional n° 29", que serviu de base para a aprovação da Resolução n° 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que apontou diretrizes para a aplicação da EC n° 29/2000.

[44] Lei nº 10.266, de 2001 (LDO para 2002): Art. 46. A proposta orçamentária incluirá os recursos necessários ao atendimento: II - da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, em cumprimento ao disposto na Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000. § 2º Para efeito do inciso II do caput, considera-se como ações e serviços públicos de saúde a totalidade da dotação do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

[45] Lei nº 12.465, de 2011 (LDO para 2012): Art. 48. O Projeto e a Lei Orçamentária de 2012 incluirão os recursos necessários ao atendimento: II - da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, em cumprimento ao disposto na Emenda Constitucional no 29, de 2000. § 1o Para os efeitos do inciso II deste artigo, consideram-se exclusivamente como ações e serviços públicos de saúde a totalidade das dotações do órgão Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida, as transferências de renda a famílias e as despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, e ressalvada disposição em contrário que vier a ser estabelecida pela lei complementar a que se refere o art. 198, § 3o, da Constituição

1A4A112A00

27.1 Percebe-se que a definição não obedecia à lógica da classificação funcional ou programática da despesa, mas tão-somente à institucional; ou seja, não levava em conta o objeto ou a natureza do gasto, mas apenas o órgão executor da ação. Dessa forma, bastava que a despesa integrasse a programação do Ministério da Saúde para que, em tese, fosse computada no piso de aplicação.

27.2 Ao longo dos anos, essa precariedade na definição de ações e serviços públicos de saúde ensejou questionamentos acerca das despesas que estavam sendo computadas no piso, sem que representassem efetivamente gastos com saúde[46].

28. A segunda polêmica foi a questão sobre a base de cálculo do valor mínimo de aplicação. Explica-se: das regras estabelecidas no inciso I do art. 77 do ADCT, a contida na alínea "b", referente ao período de 2001 a 2004, gerou polêmica logo no início da vigência da EC nº 29, de 2000, em função das variadas interpretações para apuração da base de cálculo do valor mínimo a ser aplicado pela União.

28.1 As divergências giraram, fundamentalmente, em torno das expressões "valor apurado" e "variação nominal do Produto interno Bruto (PIB)". No caso, entendia-se:

- ✓ Valor apurado no ano anterior – à época, o governo interpretava a expressão como equivalente a "valor mínimo calculado" para o ano anterior corrigido pela variação do PIB. Partia-se, nessa interpretação, do orçamento empenhado em 1999 acrescido de 5% por

[46] Bolsa-Família: embora constitua ação de transferência de renda às famílias em situação de extrema pobreza – portanto, de caráter tipicamente assistencial –, parte dos recursos a ela destinados foram alocados no orçamento do Ministério da Saúde e computados no piso de aplicação em saúde. Com isso, cerca de R$ 3,3 bilhões reservados à saúde acabaram, no período de 2003 a 2005, financiando ação de assistência social. Essa situação foi sanada com a decisão da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização - CMO, no processo orçamentário de 2006, de centralizar no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS toda a dotação destinada à Bolsa-Família; Saneamento em municípios com mais de 30 mil habitantes: a partir de 2004, diversas ações que estavam a cargo da extinta Secretaria de Desenvolvimento Urbano – SEDU, atual Ministério das Cidades, foram transferidas para o Ministério da Saúde. Nessa situação encontram-se todas aquelas do programa Serviços Urbanos de Água e Esgoto, com exceção das voltadas a melhorias sanitárias, abastecimento d'água e coleta e tratamento de esgoto em municípios com população de até 30 mil habitantes, que tradicionalmente já faziam parte da programação da Saúde. Os gastos com essas ações, no período de 2004 a 2006, foram de R$ 602,1 milhões, podendo o montante ser ainda maior, haja vista que na ação genérica saneamento básico para controle de agravos, que atende qualquer município – acima ou abaixo de 30 mil habitantes – foram investidos no mesmo período recursos da ordem de R$ 403,7 milhões; Farmácia Popular: tendo em vista os medicamentos desse programa serem colocados à disposição da população mediante venda a preços subsidiados, havia entendimento de que não devia integrar o piso da saúde, por ferir os princípios da universalidade e da equidade insculpidos na Constituição. Ademais, seria excludente, na medida em que não atenderia a parcela mais carente da população, a qual, por não dispor de recursos, não teria condições de comprar medicamentos, mesmo a preços baixos. O gasto do Ministério da Saúde com esse programa, no período de 2004 a 2006, foi de R$ 227,1 milhões; Saúde Suplementar: por não atenderem também aos princípios constitucionais da universalidade e equidade que devem nortear o Sistema Único de Saúde (SUS), os gastos afetos à saúde suplementar computados no piso da saúde tem sido também questionados, visto estarem voltados precipuamente para a regulação das operadoras de planos privados de saúde e suas relações com prestadores e consumidores. O total gasto com essas ações, no período de 2000 a 2006, foi de aproximadamente R$ 499,8 milhões.

1A4A112A00

cento (mínimo calculado para 2000), aplicando-se, a partir daí, tão-somente a variação nominal do PIB ocorrida ano a ano. Era a chamada interpretação da base fixa. A outra interpretação, defendida pelo Ministério da Saúde e por diversos parlamentares, considerava a referida expressão como tendo o mesmo significado de "valor empenhado no ano anterior". Assim, para o cálculo do valor mínimo a ser aplicado em cada ano considerar-se-ia como base de cálculo o efetivamente gasto (empenhado) no ano anterior e, sobre esse valor, seria acrescida a variação nominal do PIB. Essa interpretação ficou conhecida como base móvel.

- ✓ Variação nominal do Produto interno Bruto - a controvérsia residia sobre a definição do PIB a ser considerado na apuração do valor mínimo: o PIB do ano de execução do orçamento ou o do ano anterior. A polêmica derivava do fato de o PIB de determinado ano somente vir a ser conhecido em meados do ano subsequente. Esse fato levou a Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO) a aprovar, no processo orçamentário de 2001, a tese defendida no Relatório Setorial da Saúde segundo a qual, na apuração do valor mínimo, se deveria aplicar a variação nominal do PIB do ano anterior ao do orçamento, sob o argumento de que, embora se tratando ainda de variação estimada por ocasião da sanção da lei orçamentária, teria a vantagem não apenas de ser mais preciso como também de ter o seu valor final divulgado no decorrer do exercício da execução do orçamento; portanto, em tempo hábil, para as correções que se mostrassem necessárias para cumprimento da determinação constitucional. Porém, para o governo à época, a variação nominal a ser aplicada deveria ser a do PIB do ano de execução do orçamento, por entender que a aplicação mínima deveria acompanhar o crescimento da economia durante o próprio exercício.

28.2 Como se percebe, durante algum tempo foi possível se estabelecer ao menos quatro combinações possíveis para a apuração do mínimo constitucional no âmbito da União:

(a) base fixa + variação nominal do PIB do ano do orçamento;

(b) base fixa + variação nominal do PIB do ano anterior ao orçamento;

(c) base móvel + variação nominal do PIB do ano do orçamento; e

(d) base móvel + variação nominal do PIB do ano anterior ao orçamento.

28.3 Instado a se pronunciar sobre o assunto pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, o Tribunal de Contas da União prolatou a Decisão nº 143, de 2002. Na referida decisão, o TCU entendeu que o valor despendido em um ano incorpora-se à base de cálculo do piso de aplicação do ano subsequente - portanto adotou a base móvel - e, sobre esse valor deveria ser aplicado um multiplicador correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) referente ao mesmo período (variação nominal do PIB do ano anterior), in verbis:

> O Tribunal Pleno, diante das razões expostas pelo Relator, DECIDE:

1A4A112A00

> 8.1. conhecer da presente consulta por preencher os requisitos de admissibilidade previstos no art. 216 do Regimento Interno;
>
> 8.2. responder à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados que na interpretação da alínea "b" do inciso I do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, com a redação dada pelo art. 7º da Emenda Constitucional nº. 29/2000, deve ser adotado o conceito de "base móvel", ou seja, a expressão "valor apurado no ano anterior" deve ser compreendida como o valor efetivamente empenhado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde, sobre o qual deverá ser adicionada a variação nominal do PIB, para efeito de definição do valor mínimo a ser despendido no exercício subsequente, até o ano de 2004; (grifei)

28.4 A partir do Orçamento de 2004, o Poder Executivo assumiu o compromisso de aplicar a EC nº 29, 2000, à luz da Decisão nº 143, de 2002 – TCU - Plenário, pela qual a base de cálculo deveria ser o "valor efetivamente empenhado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde". Ao mesmo tempo, definiu que o fator de correção seria a "variação nominal do PIB do ano anterior ao da execução do orçamento". Tal compromisso ficou expresso na Mensagem do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva que encaminhou o Projeto de Lei Orçamentária 2004, no tópico referente aos "Gastos Mínimos com Saúde", conforme transcrito a seguir:

> "...para a obtenção do valor mínimo contido na PLOA 2004, foi utilizada como base da projeção a estimativa do montante a ser empenhado e liquidado em 2003, equivalente a R$ 27,2 bilhões, conforme o critério definido pelo Tribunal de Contas da União.
> Sobre esse valor foi aplicado o fator correspondente à previsão da taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) Nominal do exercício de 2003 em relação a 2002 (igual a 1,1924). Tal cálculo resulta no valor de R$ 32,5 bilhões como o mínimo a ser despendido pelo Governo Federal no setor saúde no exercício de 2004, sendo que R$ 3,4 bilhões referem-se a pagamento de Pessoal e Encargos Sociais dos servidores ativos e R$ 29,1 bilhões às demais despesas do Ministério, conforme ilustra o quadro abaixo:"(grifei)

28.5 É importante mencionar que a adoção da "base móvel" significou uma vitória para o setor e ensejou a imediata ampliação do cálculo do mínimo constitucional da saúde. Entretanto, a regra de que toda despesa eventualmente realizada acima do piso mínimo agregava-se permanentemente ao mínimo constitucional e passava a ser corrigida pela variação do PIB levou a administração federal a evitar qualquer despesa nessa situação. Na prática, a regra constitucional que fixou um mínimo de aplicação transformava-se em um teto de gasto.

1A4A112A00

3.1.6 O Debate da EC nº 29, de 2000, no CNS.

29. Após ampla discussão sobre a operacionalização da EC n° 29, de 2000, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) editou resolução com o intuito de uniformizar em todo o território nacional a aplicação da referida Emenda.

30. Assim, o Plenário do CNS, em sua centésima trigésima Reunião ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 2003, no uso de competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n° 8.080, de 1990, e pela Lei n° 8.142, de 1990, e conforme estabelecido no art. 77, §3º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, resolveu aprovar a Resolução n° 322/2003, com diretrizes para aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

31. Nesse sentido, a primeira diretriz da Resolução buscou fixar base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, estabelecendo que a apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o art. 77 do ADCT, dar-se-ia a partir das seguintes bases de cálculo:

> "I – Para a União, até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.
>
> II – Para os Estados:
>
> • Total das receitas de impostos de natureza estadual:
>
> ICMS, IPVA, ITCMD
>
> • (+) Receitas de transferências da União:
>
> Quota-Parte do FPE
>
> Cota-Parte do IPI – Exportação
>
> Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)
>
> • (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF
>
> • (+) Outras receitas correntes:
>
> Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.
>
> • (-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios:
>
> ICMS (25%),
>
> IPVA (50%),

1A4A112A00

IPI – Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III – Para os Municípios:

• Total das receitas de impostos municipais:

ISS, IPTU, ITBI

• (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar n º 87/96 (Lei Kandir)

• (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

• (+) Receitas de transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI – Exportação

• (+) Outras Receitas Correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

IV – Para o Distrito Federal:

Base de Cálculo Estadual	***Base de Cálculo Municipal***
ICMS (75%)	*ICMS (25%)*
IPVA (50%)	*IPVA (50%)*
ITCD	*IPTU*

1A4A112A00

Base de Cálculo Estadual	*Base de Cálculo Municipal*
Simples	*ISS*
Imposto de Renda Retido na Fonte	*ITBI*
Quota-parte FPE	*Quota-parte FPM*
Quota-parte IPI - exportação (75%)	*Quota-parte IPI - exportação (25%)*
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	*Quota-parte ITR*
Dívida Ativa Tributária de Impostos	*Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)*
Multas, juros de mora e correção monetária	*Dívida Ativa Tributária de Impostos*
	Multas, juros de mora e correção monetária"

31.1 Como segunda e terceira diretrizes, a Resolução definiu regras para apuração dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde. Para a União, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, b, do ADCT, deveria ser observado o seguinte: a) a expressão "o valor apurado no ano anterior", previsto no art. 77, II, b, do ADCT, seria o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior; e b) em cada ano, até 2004, o valor apurado seria corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

31.2 No caso de Estados e Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deveria ser observada a evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação prevista no art. 77, do ADCT. Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 não fosse superior a sete por cento deveriam aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subsequentes.

31.3 Da quinta à sétima diretrizes, o Conselho buscou definir o que seria considerado como "ações e serviços públicos de saúde".

> "Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n° 8080/90, relacionadas a

1A4A112A00

programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

§ Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II - vigilância sanitária;

III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV - educação para a saúde;

V - saúde do trabalhador;

VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII - assistência farmacêutica;

1A4A112A00

VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;

IX - capacitação de recursos humanos do SUS;

X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.
XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;
(...)
Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

I – pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

1A4A112A00

> VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
>
> VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;
>
> VIII – ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.
>
> (...)."

32. Deve-se mencionar que a Resolução foi objeto de ação direta de inconstitucionalidade (ADI nº 2.999-RJ). Porém, o Pleno do Supremo Tribunal Federal, em 13.8.2008, não conheceu da referida ação sob o argumento de que a resolução havia sido expedida com fundamento em regras de competência previstas em complexo normativo infraconstitucional (Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990).

33. De toda sorte, o país ainda carecia da lei complementar prevista na Constituição para conferir o disciplinamento e a uniformidade que a matéria exigia, uma vez que a harmonia de entendimentos pretendida pela citada resolução, embora de grande valia, não teve plena eficácia, em face da falta de consenso entre os entes federados com relação às orientações contidas no citado documento[47].

3.1.7 A Lei Complementar nº 141, de 2012: Regulamentação da EC nº 29/2000

34. Após doze anos da promulgação da EC nº 29, de 2000, o país passou finalmente a contar com a regulamentação da Emenda Constitucional da Saúde. A norma manteve, em grande parte, o entendimento constante da Resolução CNS nº 322, de 2003, mas definiu explicitamente o que deve ser considerado como "ações e serviços públicos de saúde".

35. Essa definição legal é fundamental para a aplicação do piso constitucional. Somente a partir dela será possível conferir plena eficácia à EC nº 29, de 2000, e garantir um mínimo de financiamento permanente para o setor. Afinal, o mero estabelecimento de percentuais de aplicação mínima - sem a delimitação do núcleo básico do sistema (o conjunto de ações e serviços públicos de responsabilidade exclusiva do setor saúde) -, não garante a aplicação

[47] Por conta dessas divergências, havia Estados, por exemplo, que incluíam no orçamento da saúde despesas com pagamento de planos médicos privados para servidores públicos, saneamento, alimentação e assistência social, dentre outras não consideradas como gastos de saúde pela citada Resolução.

1A4A112A00

da EC nº 29, de 2000, uma vez que cada ente federado continuaria podendo realizar despesas naquilo que considerasse saúde.

36. Nesse sentido, pode-se dizer que a LC nº 141, de 2012, introduziu um componente qualitativo na análise do gasto de saúde, com a fixação de regras, diretrizes e condições para identificação de despesas passíveis de serem consideradas como "ações e serviços públicos de saúde", conforme se verifica na Nota Técnica nº 014, de 2012 – CONOF/CD[48]. Na prática, reduziu a subjetividade que durante anos permeou a definição e, com isso, contribuiu para aproximar as despesas do setor à intenção original do constituinte da EC nº 29, de 2000.

37. Apesar disso, durante a apreciação pelo Congresso Nacional do primeiro orçamento elaborado sob a vigência da citada norma, surgiram as primeiras divergências quanto à interpretação da LC nº 141, de 2012. A Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO), apontou divergências de interpretação da citada norma em relação às despesas previstas na proposta orçamentária enviada pelo Executivo.

38. Em função dessas divergências, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (CAS/SF) e a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF/CD) vieram a manifestar formalmente o entendimento de que as despesas divergentes mencionadas no Parecer Preliminar não deveriam ser computadas no piso constitucional da saúde.

39. O entendimento das comissões temáticas das duas Casas do Legislativo já foi acolhido e ratificado, praticamente em sua totalidade, pelo Plenário da CMO e do Congresso Nacional, durante a apreciação da peça orçamentária para 2013. Resta, entretanto, o posicionamento do Tribunal de Contas da União sobre a matéria, que se encontra submetida aquele órgão sob a forma de consulta realizada pela CSSF/CD[49].

40. Por fim, a Lei Complementar também se mostrou presente no que tange à regulamentação do não cumprimento do mínimo em saúde. Definiu que os entes que descumprirem o valor mínimo previsto para gasto em ações e serviços públicos de saúde de um exercício deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que a diferença entre na contabilidade do valor gasto no ano (art. 25 da Lc nº 141. De 2012)[50].

41. Não obstante o avanço implementado, a norma deixou de atender aos apelos advindos da sociedade no sentido de aumentar a participação da União no financiamento da saúde. De fato, manteve a previsão de que o valor a ser aplicado em um exercício tomasse por base o "montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior" (base

[48] http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf
[49] Consulta numerada junto ao TCU sob o código: TC nº 046.061/2012-6.
[50] Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

1A4A112A00

móvel), acrescida da "variação nominal do Produto Interno Bruto do ano anterior" (cf. art. 5º da citada LC) e ainda determinou que o "valor empenhado no exercício financeiro anterior" fosse "apurado nos termos da Lei Complementar" (cf. art. 5º da LC nº 141, de 2012).

42. Portanto, a LC nº 141, de 2012 incorporou a regra provisória estabelecida pelo constituinte (art. 77 do ADCT) e frustrou as expectativas que se criaram em torno de maiores recursos para o setor.

3.2 Subvenção Estatal e Subfinanciamento da Saúde.

1. Entende-se por financiamento as diferentes modalidades de provimento dos recursos para o setor de saúde. Podem-se identificar duas modalidades básicas de financiamento[51]: aporte de recursos públicos ou privados. Existem, porém, inúmeras combinações entre os provimentos de recursos financeiros e a segmentação de serviços, viabilizadas a partir dessas duas modalidades básicas de financiamento.

2. Consideram-se, em geral, duas as principais formas de arrecadar os recursos públicos para o financiamento das atividades de saúde: (a) através da implantação de seguro obrigatório ou de contribuição compulsória a ser administrada ou regulada pelo Estado; (b) através dos recursos resultantes das atividades arrecadatórias realizadas pelo Estado. Vale dizer que nesse último caso, o resultado da arrecadação de determinado recurso fiscal poderá ser vinculado especificadamente, por mecanismos legais, a determinada área ou serviço.

3. A modalidade privada desdobra-se em duas formas principais: (a) os seguros voluntários, geralmente contratados juntos às empresas que atuam no mercado de assistência médica à saúde, seja como seguradoras propriamente ditas[52], seja oferecendo variados tipos de planos de pré-pagamento[53]; (b) desembolso direto, ou seja, o pagamento direto pelo usuário para a instituição e/ou profissional pelos serviços prestados.

4. Sob a forma de transferência direta ou indireta de recursos públicos para o setor privado, existem no Brasil as mais diversas modalidades. Tratam-se das **subvenções** de diversos tipos oferecidas **pelo Estado ao setor privado**, abrangendo desde a transferência pura e simples de recursos financeiros até a utilização de mecanismos mais sutis, tais como a renúncia fiscal, seja por meio da isenção do pagamento, do todo ou de parte, de impostos, contribuições etc., seja ainda por meio do abatimento dos gastos com saúde no cálculo do Imposto de Renda das Pessoas Físicas.

[51] Extraído de ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In.: **Saúde no Brasil: serviços e organização de serviços**. Org. COHN, Amélia. São Paulo: Editora Cortez, 1996, p.57.
[52] Basicamente reembolsando os gastos efetuados segundo as previsões contratuais.
[53] O pagamento de certa quantia, geralmente mensal, dá acesso a determinada oferta de serviços estipulada através de contrato entre as partes.

1A4A112A00

5. Vale mencionar que os dois tipos de subvenções são bastante disseminados, o primeiro não se limitando apenas ao setor privado não lucrativo, mas alcançando também grandes empresas de medicina de grupo.

6. A CESaúde não conseguiu avançar, satisfatoriamente, no item sobre as subvenções estatais e subfinanciamento, por isso deve **recomendar** o aprofundamento da questão. Todavia, ela contou com a presença de especialistas sobre o tema, que trouxeram alguns dados, tais como:

6.1 Prof. Áquilas Mendes - audiência pública do dia 15 de maio de 2013:

- ✓ Estimou a renúncia fiscal na saúde (benefícios tributários para despesas médicas de pessoas físicas e de empresas, para entidades de assistência social e para a indústria farmacêutica) para 2013, em R$ 24 bilhões. Em 2011 foi de R$ 13,4 bilhões.
- ✓ Destacou que os planos e seguros de saúde movimentaram mais de R$ 84 bilhões em 2011, orçamento maior que o Ministerio da Saúde destina ao SUS. Mas os planos atendem apenas 25% da população.
- ✓ Arrematou: "O cidadão brasileiro, quando usa o serviço privado, pega o recibo e, na hora de declarar o imposto de renda, desconta do seu imposto. Então, há uma perversidade. Na realidade, o Estado deixa de arrecadar e está ajudando o cidadão a usar o privado."
- ✓ Apresentou várias propostas de sustentabilidade econômica, dentre as quais, (a) defender a ruptura da lógica da política econômica restritiva (1990/2000), buscando a defesa de mecanismos para garantir uma proteção social (direitos sociais) mais forte; (b) perseguir a meta de aplicar, no mínimo, 8,3% do PIB em saúde pública, garantindo a universalidade; (c) fim das isenções de IRPJ das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários; (d) extinção, no curto prazo, da dedução no IRPF com despesas médicas; (e) estabelecimento de uma política de renúncia fiscal para entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejudicar a capacidade do gasto do Estado; (f) regulamentar o Imposto sobre as Grandes Fortunas como fonte para a Seguridade Social; (g) defender que a União aplique em ações e serviços de saúde, no mínimo, 10% da Receita Corrente Bruta. (SAÚDE +10!); (h) para a Seguridade Social, continuar a defesa de rejeição da DRU; (i) ampliar a alíquota da CSLL para instituições financeiras (atual 9% para 18%); (j) aprofundar mecanismos de tributação para a esfera financeira (com o fim da CPMF e o alargamento da esfera financeira) – criar um IGMF – movimentação superior a R$ 2 milhões; (k) tributar lucros remetidos ao exterior por parte de multinacionais (bancos e empresas) – legislação atual isentos.

6.2 Por sua vez, em atendimento ao Requerimento nº 14, de 2013, da CESaúde endereçado ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), este endereçou alguns textos,

1A4A112A00

entre os quais, o Documento nº 4b desta Comissão, sob o título "Financiamento do sistema de saúde do Brasil", da Coordenação de Estudos e Políticas de Saúde[54], que assinala em resumo:

6.3 A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2013 uma renúncia de arrecadação federal de quase R$ 21 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde. Contudo, esse número pode estar subestimado. Em 2010, por exemplo, a renúncia de arrecadação foi de R$ 16,1 bilhões e o valor estimado era de aproximadamente R$ 12,3 bilhões.

Renúncia Fiscal - Saúde

Ano	Estimativa PLOA	Efetivo
2013	R$20.916.644.873	
2012	R$19.851.607.880	
2011	R$13.500.748.169	R$18.019.033.259*
2010	R$12.332.431.782	R$16.097.579.389
2009	R$12.559.602.512	R$14.377.586.168
2008	R$8.903.632.069	R$14.557.799.811
2007	R$7.739.903.308	R$12.943.300.247

Fonte: SRF. * Projeção

6.4 Como pode ser visto na figura abaixo, uma grande parcela da renúncia fiscal do governo federal deve-se a **benefícios concedidos por meio do Imposto de Renda** (IR)[55]. As pessoas jurídicas e as despesas físicas podem **deduzir as despesas com saúde da base de cálculo desse imposto**. O gasto tributário nessas duas modalidades para o ano de 2010 foi algo em torno de R$ 2,6 e R$ 7,8 bilhões respectivamente, totalizando R$ 10,4 bilhões. Um montante significativo de recursos quando comparado ao gasto direto com ações e serviços públicos de saúde, isto é, o gasto SUS, que foi de aproximadamente R$ 139 bilhões para esse ano. Vale lembrar que enquanto o gasto SUS beneficia toda a população brasileira, aproximadamente 191 milhões de pessoas em 2010, estes recursos beneficiaram apenas os declarantes e seus dependentes.

[54] Elaborado por Luciana Mendes Santos Servo e Edvaldo Batista Sá, servidores do IPEA.
[55] Esclarece os autores do texto: a renúncia fiscal relacionada a pagamentos feitos diretamente pelos indivíduos aos prestadores de serviços de saúde ou para pagamento de planos e seguros de saúde não tem a mesma natureza das isenções concedidas para medicamentos e para entidades sem fins lucrativos (filantrópicas). A princípio pode-se pensar que os hospitais filantrópicos, por sua obrigatoriedade de atender o SUS, têm um perfil de oferta de serviços e de cobertura populacional mais equitativo. Contudo, seria necessário fazer um estudo sobre os benefícios sociais líquidos dessas isenções (volume de benefícios tributários, perfil da população beneficiada e estimativa dos impactos sociais.

1A4A112A00

6.5 A comparação é mais expressiva quando são considerados alguns programas específicos. O gasto tributário via IRPF foi superior em quase R$ 1,9 bilhão ao gasto em 2010 com o Piso da Atenção Básica Variável (PAB-V), que financia a estratégia Saúde da Família e foi de aproximadamente R$ 5,9 bilhões, e em mais de R$ 4 bilhões ao gasto com o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-F), que foi de R$ 3,7 bilhões.

6.6 Os dados apresentados referem-se apenas a tributos arrecadados pelo governo federal e não incluem diversas isenções tributárias importantes como a **isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) que atinge todos os medicamentos** e as **isenções previdenciárias concedidas às entidades sem fins lucrativos** (ESFL).

6.7 A SRF estima que a renúncia previdenciária com todas as ESFL seja de R$ 8,9 bilhões em 2013.

6.8 A saúde suplementar também se beneficia quando o SUS atende a pacientes que são usuários de planos e seguros de saúde de dois modos: (a) quando não há ressarcimento; e (b) quando há ressarcimento usando Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP)[56]. Explica-se:de acordo com o último Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS[57], entre setembro de 1999 e junho de 2006 foram identificados 992.110 atendimentos hospitalares do SUS prestados aos beneficiários de planos e seguros de saúde. O valor desses atendimentos superou R$ 1,4 bilhão. Contudo, quase 73% dos atendimentos identificados tiveram

[56] Esclarece, novamente, os autores: como os valores estabelecidos na TUNEP não podem ser superiores à média dos valores praticados na Saúde Suplementar, pode ser vantajoso financeiramente para as operadoras usarem os serviços SUS.
[57] Caderno de Informação da DIDES/GGSUS/Agência Nacional de Saúde Suplementar. [N] 1 (julho de 2009). Rio de Janeiro: ANS, 2009.

1A4A112A00

o pedido de ressarcimento impugnado pelas operadoras. Assim, quando da elaboração do Caderno, apenas 473.540 atendimentos, no valor de aproximadamente R$ 652 milhões, eram passíveis de ressarcimento e apenas 76.675, no valor de R$ 97,3 milhões, tinham sido efetivamente ressarcidos. Os demais estavam pendentes de decisões administrativas ou judiciais.

7. Todos os dados colhidos pela CESaúde e, especialmente, a extração de significados deles não são suficientes para legitimar uma ação de maior tensionamento sobre o assunto, uma vez que tais aspectos parecem ser ainda fluídos para os representantes da sociedade. Ilustre-se o exemplo da audiência pública do dia 23 de abril de 2013, na fala da Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Sra. Maria do Socorro Souza, a saber:

> "A nossa discussão vai também no sentido da revisão e da redução da renúncia fiscal. Temos que fazer um debate sobre os gargalos cada vez mais enfrentados pelo financiamento para a saúde; senão, a sociedade não fica muito convencida. Então, o Conselho Nacional de Saúde está colocando a necessidade de revisão e redução da renúncia fiscal vinculada a toda a área da saúde. Nós sabemos que isso também compromete o orçamento em mais de 20 bilhões de reais.
> Também nesse sentido, há uma discussão que sempre polariza e tenciona investir mais recursos na atenção básica, na média ou na alta complexidade. O que nós estamos colocando também — nós temos consciência — é que todas as necessidades, em todos os níveis de atenção, precisam de mais investimentos. É óbvio que nós estabelecemos prioridades do ponto de vista da atenção básica, mas não dá para tirar mais recursos da atenção básica e deslocar para outros níveis de atenção. Todos eles necessitam de maiores investimentos. Está aí toda uma dívida acumulada das Santas Casas que nós sabemos que têm um papel importante e que, nesse sentido, boa parte do déficit está na média e na alta complexidades". (grifos inovados).

7.1 Assim é que o Presidente da Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul, Júlio Dornelles de Matos, naquela mesma ocasião, referiu que as Santas Casas e os hospitais filantrópicos:

- ✓ Operam com mais de 2 mil hospitais no Brsil, com um total de 170 mil leitos, dos quais 126 mil (74%) acessíveis ao SUS;
- ✓ São responsáveis por 480 mil empregos diretos, por 160 milhões de consultas ambulatoriais para o SUS e 7,5 milhões de internações hospitalares, das quais 4,9 milhões (66%) para o SUS.
- ✓ Destacou que 56% dos hospitais filantrópicos estão localizados em cidades com até 30 mil habitantes onde, normalmente, as alternativas de assistência são reduzidas. Em mais de 1.000 municípios são os únicos a oferecerem leitos ao SUS.
- ✓ Reivindicou 100% de reajuste nas tabelas do SUS, informando que para cada R$ 100 de custos, o SUS remunera apenas R$ 65, representando um déficit médio de 53,8% entre custo e receita. Os maiores problemas

1A4A112A00

estariam localizados na assistência de média complexidade, onde as diferenças entre o pago e o efetivamente gasto, em alguns casos, superam os 200%.

- ✓ Em 2011, o custo dos serviços prestados ao SUS foi de R$ 14,7 bilhões, enquanto as receitas provenientes do SUS foram de R$ 9,6 bilhões, conduzindo a um déficit de R$ 5,1 bilhões. Deste total estão descontados cerca de R$ 2,1 bilhões que as instituições usufruíram em isenções, sem os quais o déficit atingiria R$ 7,2 bilhões.
- ✓ Estimou que a dívida total do setor filantrópico em 2013 alcançará cerca de R$ 15 bilhões.

7.2 Portanto, na esfera dos trabalhos da CESaúde, o tema sobre a subvenção estatal no setor privado de saúde **não restou apaziguado**. Reflexo da multiplicidade ideológica e do pluralismo político partidário da Comissão, enquanto microespaço da democracia da Câmara dos Deputados.

7.3 Se por um lado, os elementos que buscam impedir a transferência, ora direta ora indireta, de recursos de todos e do gasto social para o setor privado de saúde caminham para direção uma mudança constitucional, visando à integração dos sistemas públicos e privado de saúde – alterando o art. 199 da Constituição e art. 21 da Lei nº 8.080, de 1990. Pelo outro lado, a atual conjuntura indica que as filantrópicas, beneficentes e entidades sem fins lucrativos **desempenham um papel público** diante da lacuna do SUS.

7.4 Ademais, apesar da previsão no roteiro inicial, a CESaúde não conseguiu realizar uma audiência sobre as Organizações Sociais (OS), que hoje são partes do SUS. Mesmo no tema das filantrópicas e entidades sem fins lucrativos não conseguiu abordar a ação das entidades as quais se credenciam como “OSs”, que cobram taxa de gestão sobre verbas SUS e implantaram a “segunda porta”, por meio da cessão de determinada porcentagem de leitos e serviços a pacientes de planos privados.

8. De qualquer modo, ainda que o tema das subvenções estatais no setor saúde careça de aprofundamento, alguns pontos restaram caracterizados como **pontos consensuais**:

- ✓ Observa-se que predominam nas propostas ofertadas de fontes para o SUS a incidência sobre a renda e o patrimônio, como por exemplo, a tributação sobre grandes fortunas e grandes movimentações financeiras, ou ainda sobre a remessa de lucros ao exterior. E naquelas hipóteses de incidência da tributação sobre o consumo, se devem criar mecanismos de exoneração tributária para os contribuintes da classe média e baixa.
- ✓ Imperativo aperfeiçoamento na sistemática do ressarcimento presumido e do ressarcimento por procedimento, ambos devidos pelas seguradoras e operadoras privadas de plano de saúde ao SUS.
- ✓ Considerar que a extinção ou minoração do abatimento do IR das despesas médicas devem vir acompanhadas, necessariamente, de

1A4A112A00

melhoria de qualidade e do atendimento do serviço público de saúde.

9. Este relatório propugna pela **continuidade dos trabalhos no tocante a esse tema**, em face do encerramento dos trabalhos desta Comissão. Sugere-se a construção de outra Comissão Especial que teria como diretriz tratar do tema específico da relação público e privado no âmbito do SUS, de modo a aprofundar o debate sobre a extinção e, em alguns casos a redução, da subvenção ao setor privado lucrativo, uma vez que essas subvenções governamentais são **regressivas**. Os casos de redução ocorreriam naquelas situações de predomínio da produção privada, em que haja uma ampla cobertura de serviços à população. Nesta hipótese, a redução se faz acompanhar, necessariamente, da presença de aparelhos públicos e estatais de atendimento à saúde. À proporção que o SUS assume o seu lugar, a subvenção é reduzida.

9.1 O **tema abrange também**, evidentemente, a questão dos **mecanismos de ressarcimento do SUS**. Estes não são casos de exoneração tributária, mas podem ser argumentados como custos para as empresas de plano e seguro de saúde. Todavia, exsurge um problema nesse argumento. O ressarcimento ao SUS por procedimento já é previsto em lei e aplicado, de modo que a arguição do argumento apenas demonstrará que a ineficiência, retardos e pouca produção de efeitos jurídico do art. 32 da Lei dos Planos de Saúde é mecanismo de obtenção de indevida lucratividade, via abuso do direito.

10. Igualmente, ainda que não seja matéria específica de tributação, a compensação financeira (**royalties**) como fonte para o setor social, notadamente vinculadas ao tema saúde e educação, é premente e constante nos debates.

10.1 Sabe-se que a Câmara dos Deputados aprovou o parecer do relator, deputado André Figueiredo (PDT-CE), ao Projeto de Lei nº 323, de 2007, e manteve o texto da Casa em detrimento daquele aprovado pelos senadores. Hoje, **trata-se da Lei nº 12.858, de 2013**.

10.2 De acordo com a redação da lei, 75% do dinheiro conseguido pela União, estados e municípios com o petróleo serão investidos na educação; **e 25% irão para a saúde**. No caso da União, serão usados os recursos obtidos por meio de qualquer tipo de contrato (concessão, partilha ou cessão onerosa) **já existente e referente a poços que entrem em operação comercial após 3 de dezembro de 2012**.

10.3 Isso abrangeria vários contratos atuais de blocos de exploração que ainda não chegaram a essa fase, quando o poço começa a produção em escala comercial.

10.4 Quanto aos **estados** e **municípios**, os recursos para esses setores serão os conseguidos com os contratos assinados a partir daquela data (3 de dezembro de 2012).

10.5 A polêmica maior que amplia ou reduz a base de financiamento da saúde relacionada aos royalties diz respeito ao Fundo Social. No caso, o governo defendia a aplicação obrigatória de 50% dos **rendimentos** do fundo em saúde e educação. Entretanto, vários Parlamentares, de diversos partidos, votaram no sentido de que a metade das **verbas totais do**

1A4A112A00

fundo seja investida em educação, até que se cumpra a meta do Plano Nacional de Educação (PNE), e em saúde. Neste último caso, como determinar o regulamento.

3.3 Um Novo Financiamento da União Para o SUS, por quê?

1. Para que se possa compreender a proposta de novo financiamento da União para o sistema de saúde pública, ofertada por este relatório, torna-se importante tecer algumas considerações iniciais, a saber: (a) como foi a evolução dos gastos em saúde a partir da EC nº 29, de 2000? (b) qual a participação do gasto federal per capita no SUS? (c) qual a participação federal em percentuais da receita e do PIB? E finalmente (d) uma breve comparação entre a razão gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e Produto Interno Bruto (PIB) com Estados estrangeiros.

3.3.1 Evolução dos Gastos no SUS

2. Restringe-se a presente análise da evolução dos gastos com ASPS entre os anos de 2000 a 2011. Explica-se: com o advento da Lei Complementar nº 141, de 2012, que disciplinou as despesas a serem consideradas como "ações e serviços públicos de saúde - ASPS", a base de gastos federais de 2012 precisará ser alterada para atender as novas regras. Dessa forma, a fim de manter compatibilidade entre os dados federais, estaduais e municipais, já declarados, a análise deverá abarcar o referido período.

3. A Emenda Constitucional da Saúde entrou em vigência em 2000, momento em que **a União ainda respondia por quase 60% dos recursos totais do setor**. Desde então, a participação federal viria **decrescendo**[58], até **alcançar cerca de 45% em 2011**.

4. Conforme demonstra a Nota Técnica nº 12, de 2013 – CONOF/CD[59], em que pese o crescimento nominal das despesas federais verificado entre 2000 e 2011, percebe-se a redução da participação relativa da União ao longo do período, consoante tabela abaixo. No ano de 2000, a União respondia por aproximadamente **58,6% do gasto público**; contudo, essa participação foi reduzida, chegando a **43,4%, em 2008**, e **45,4%, em 2011**. Por sua vez, a participação dos demais

[58] Piola, Sérgio Francisco. Artigo "Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde", que serviu de base para a publicação "A Saúde no Brasil em 2013 Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro para 2030", Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Corresponde a trecho do documento 4d recebido por esta Comissão do IPEA.

59 Publicada pela Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados e intitulada "Financiamento da Saúde: Brasil e outros países com cobertura universal". Disponível em http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel..pdf. Acesso em 30/07/2013.

1A4A112A00

entes federados aumentou, de 20,2% para 25,7%, no caso de Estados, e de 21,2% para 28,8%, no caso de Municípios, entre 2000 e 2011[60].

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

Em R$ bilhão correntes

Entes Federados	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%
União	20,4	58,6	22,5	54,6	24,7	52,1	27,2	50,1	32,7	49,3	36,5	47,7	40,7	46,7	44,3	45,8	48,7	43,4	58,3	46,6	62,0	44,7	72,3	45,4
Estados	7,0	20,2	9,4	22,9	10,8	22,6	13,3	24,5	17,3	26,0	19,7	25,7	23,0	26,3	26,0	26,9	31,0	27,6	32,3	25,8	37,3	26,9	40,9	25,7
Municípios	7,4	21,2	9,3	22,6	12,0	25,3	13,8	25,4	16,4	24,7	20,3	26,5	23,6	27,0	26,4	27,3	32,6	29,0	34,5	27,6	39,3	28,4	45,9	28,8
Gasto Público Total	**34,7**	**100**	**41,2**	**100**	**47,5**	**100**	**54,3**	**100**	**66,4**	**100**	**76,4**	**100**	**87,3**	**100**	**96,7**	**100**	**112,2**	**100**	**125,1**	**100**	**138,5**	**100**	**159,2**	**100**

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. OBS: (1) Dados de Estados e Municípios: foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços efetuada pela equipe do Siops; (2) Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Dados preliminares, ainda sujeitos a revisão com análise de balanço; (3) Dados da União: foram extraídos do SIAFI, Esfera Seguridade Social, Órgão Ministério da Saúde, segundo interpretação anterior à Lei Complementar nº 141, de 2012.

5. Em se considerando os valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA[61], do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a participação dos entes federados em ASPS seria a constante da Tabela abaixo.

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

(*Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011*)

Em R$ bilhões

Entes Federados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
União	41,3	42,7	43,3	41,5	46,9	48,9	52,4	55,0	57,2	65,3	66,1	72,3
Estados	14,2	17,9	18,8	20,3	24,7	26,4	29,6	32,2	36,4	36,1	39,7	40,9

[60] Segundo estudo referido na nota nº 47, entre o ano 2000 a 2011 a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6%.

[61] O IPCA/IBGE verifica as variações dos custos com os gastos das pessoas que ganham de um a quarenta salários mínimos nas regiões metropolitanas de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e município de Goiânia. O Sistema Nacional de Preços ao Consumidor - SNIPC efetua a produção contínua e sistemática de índices de preços ao consumidor, tendo como unidade de coleta estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e domicílios (para levantamento de aluguel e condomínio).

1A4A112A00

Entes Federados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Municípios	15,0	17,7	21,1	21,0	23,5	27,2	30,3	32,8	38,3	38,7	41,9	45,9
Gasto Público Total	70,5	78,2	83,3	82,9	95,1	102,5	112,3	120,1	131,8	140,1	147,7	159,2

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. **Elaboração**: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados

6. Portanto, verifica-se que, não obstante a despesa federal com saúde haver aumentado em termos reais entre 2000 e 2011 (preços constantes de 2011), **somente a partir de 2004 passou a haver efetivamente um incremento significativo**. Conforme mencionado anteriormente, esse aumento pode ser parcialmente explicado pela adoção da chamada metodologia da "base móvel" para cálculo do mínimo constitucional, a partir do orçamento federal de 2004.

7. É ainda importante mencionar que a EC nº 29, de 2000, fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, de forma que aqueles que estivessem aplicando percentuais inferiores aos previstos na emenda constitucional (12% para Estados e 15% para Municípios)[62] pudessem elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004. Porém, mesmo tendo por base os gastos de 2004, verifica-se que os entes subnacionais financiaram 60,2% desse acréscimo, com aportes adicionais, sobretudo, dos municípios, cujo montante aplicado em 2011 praticamente dobrou em relação a 2004, saindo de R$ 23,5 bilhões para 45,9 bilhões, conforme Tabela a seguir.

Participação dos Entes Federados em ASPS entre 2004 e 2011

(*Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011*)

Em R$ bilhões

Entes Federados	2004		2011		Acréscimo de 2011 em relação a 2004	
	R$	%	R$	%	R$	%
União	**46,9**	49,3%	**72,3**	45,4%	**25,5**	39,9%

[62] Conforme art. 77, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

1A4A112A00

Entes Federados	2004				2011				Acréscimo de 2011 em relação a 2004			
	R$		%		R$		%		R$		%	
Estados	24,7	48,3	26,0%	50,7%	40,9	86,9	25,7%	54,6%	16,2	38,6	25,3%	60,2%
Municípios	23,5		24,7%		45,9		28,8%		22,4		35,0%	
Gasto Público Total	95,1		100%		159,2		100%		64,1		100%	

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. **Elaboração**: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados.

8. Percebe-se, portanto, que **houve ampliação real de gastos federais em saúde ao longo dos anos**. Entretanto, **proporcionalmente** à participação dos entes subnacionais, a participação federal no financiamento do Sistema Único de Saúde **foi relativamente reduzida**.

8.1 Se for considerado o período 2000 a 2011[63], os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde, passando de R$ 28 bilhões para R$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R$ 61 bilhões (sendo R$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R$ 32 bilhões, ao municipal).

8.2 Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações

e serviços públicos de saúde em R$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. **Esse valor incremental é muito próximo ao observado em cada uma das outras duas esferas de governo**, totalizando um aumento da ordem de R$ 92,7 bilhões.

8.3 Assim, **dois terços do aumento dos recursos** para ASPS após a promulgação da EC nº 29 foram **provenientes das receitas próprias de estados e municípios**, enquanto **um terço foi proveniente dos recursos injetados pela União**.

1A4A112A00

[63] A partir daqui segue transcrição do já mencionado documento 4d desta CESaúde, sob o título "Financiamento Público da Saúde – uma história a procura de rumo", Texto para Discussão 1846 – IPEA.

Extraído de IPEA texto para discussão nº 1846

ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011)

(Em R$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA[1])

Ano	Federal	(%)	Estadual	(%)	Municipal	(%)	Total	(%)
2000	41,31	59,8	12,82	18,5	14,96	21,7	69,09	100,0
2001	42,70	56,1	15,71	20,7	17,65	23,2	76,07	100,0
2002	43,34	52,8	17,66	21,5	21,08	25,7	82,07	100,0
2003	41,51	51,1	18,67	23,0	21,02	25,9	81,20	100,0
2004	46,85	50,2	22,96	24,6	23,51	25,2	93,33	100,0
2005	49,80	49,7	23,11	23,1	27,19	27,2	100,10	100,0
2006	52,44	48,4	25,48	23,5	30,37	28,0	108,28	100,0
2007	55,01	47,5	28,02	24,2	32,81	28,3	115,84	100,0
2008	57,18	44,2	32,81	25,4	39,24	30,4	129,23	100,0
2009	65,27	45,8	36,13	25,4	40,98	28,8	142,38	100,0
2010	66,08	44,1	39,74	26,5	44,08	29,4	149,90	100,0
2011	72,33	44,7	41,50	25,7	47,94	29,6	161,77	100,0

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e SIOPS (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012).

Nota: [1] Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Obs.: 1. O gasto federal ASPS está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

2. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do gasto federal ASPS, considera os valores executados na Unidade Orçamentária (UO) 74202 – recursos sob supervisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 2007. A partir de 2008, a SPO começou a excluir esta UO do cômputo de gasto em ASPS.

3. O gasto estadual ASPS foi extraído de *Notas técnicas* produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 322/2003 e EC nº 29/2000. Em 2009 e 2010, foram utilizados os dados dos 27 estados que transmitiram ao SIOPS (posição 27 de novembro de 2012). Em 2011, foram utilizadas as 26 Unidades da Federação (UFs) que transmitiram até dia 27 de novembro de 2012. Em relação a Alagoas, que ainda não havia transmitido até esta data, atualizou-se a informação de 2010 com base no crescimento anual médio observado nos últimos dois anos. Aguardou-se a análise de balanço pela equipe do SIOPS dos respectivos anos para a atualização final deste gasto.

4. O gasto municipal ASPS foi extraído da base do SIOPS em 27 de novembro 2012. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, cujo percentual corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2011. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao SIOPS e em 2011 este percentual foi de 98%.

8.4 Pode-se adotar a mesma conclusão exposta no documento "4d" desta Comissão, acima transcrito:" (...) afirma-se que a aprovação da EC nº 29 teve impactos diferenciados em cada ente da federação e foi bem-sucedida na busca do objetivo de atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde".

3.3.2 Participação Federal Per Capita no Financiamento da Saúde.

9. A forma de a União participar do financiamento da saúde fica mais evidente na análise dos valores per capita das despesas públicas do setor. Elucida a tabela abaixo:

1A4A112A00

Despesa Per Capita com Ações e Serviços Públicos de Saúde.

(*Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011*)

Entes Federados	Per capita do Exercício											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Federal	248,70	247,70	248,16	234,70	258,02	265,60	280,72	298,88	301,56	340,81	346,44	375,99
Estados	85,57	103,81	107,92	115,00	136,29	143,13	158,31	175,22	191,93	188,68	208,34	212,85
Municípios	90,07	102,40	120,68	118,86	129,47	147,66	162,35	178,33	201,79	202,03	219,58	238,72
Total	**424,33**	**453,91**	**476,77**	**468,56**	**523,78**	**556,40**	**601,38**	**652,43**	**695,28**	**731,52**	**774,36**	**827,56**

9.1 Na Tabela seguinte são apresentadas os valores per capita despendidos pelos entes federados, deflacionados pela média anual do IPCA para 2011. Conforme se verifica, **a União passa de R$ 248,70, em 2000, para R$ 375,99, em 2011, o que representa aumento de 51,2%**. No mesmo período, os Estados passam de R$ 85,57 para R$ 212,85, com aumento de 148,8%; e os Municípios, de R$ 90,07 para R$ 238,72, com acréscimo de 165,0%. Portanto, em valores constantes, o gasto per capita em saúde dos entes subnacionais subiu no período, em termos percentuais, o triplo do acréscimo experimentado pela esfera federal.

Variação da Participação Per Capita dos Entes Federados em ASPS .

(*Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011*)

Ente Federado	Per capita do Exercício de 2000	Per capita do Exercício de 2004		Per capita do Exercício de 2011	
	R$ (1)	R$ (1)	Variação em Relação ao Exercício de 2000	R$ (2)	Variação em relação ao Exercício de 2000
União	248,70	258,02	3,7%	375,99	51,2%
Estados	85,57	136,29	59,3%	212,85	148,8%
Municípios	90,07	129,47	43,8%	238,72	165,0%

1A4A112A00

Total	**424,33**	**523,78**	**23,4%**	**827,56**	**95,0%**

Fonte: Siops/MS, consulta em abril/2013 (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html)

Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados. OBS: (1) valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor para 2011 e divididos pela população. (2) Valores divididos pela população.

9.2 Observa-se que, **entre 2000 e 2003, a União não ampliou os gastos per capita**. Durante esse período, conforme já mencionado, a EC nº 29/2000 fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, tendo como prazo limite o exercício financeiro de 2004. Dessa forma, **até 2003, o aumento dos gastos públicos em saúde se deu fundamentalmente pela participação dos entes subnacionais**, que precisaram atender ao mandamento constitucional.

3.3.3 A Participação Federal em Percentual da Receita e do PIB

10. A participação federal no setor saúde é percebida ainda em termos de comprometimento das Receitas Correntes e do Produto Interno Bruto (PIB).

11. **Em 2000, o gasto da União com saúde equivalia a 14% da Receita Corrente Líquida (RCL) – ou a 8% da Receita Corrente Bruta (RCB)**. Esses percentuais de comprometimento, porém, jamais foram alcançados nos anos subsequentes. Conforme dados constantes da Tabela abaixo, a União chegou a aplicar menos de 12% da RCL nos exercícios de 2006 a 2008, e menos de 7% da RCB nos exercícios de 2005 a 2008.

12. No que tange à aplicação em saúde em termos de percentuais do PIB, verifica-se que, com exceção dos exercícios financeiros de 2009 e 2011, que atingiram, respectivamente, 1,80% e 1,75%, os demais exercícios ficaram aquém dos 1,73% alcançados em 2000 e 2001.

Participação Federal em Percentual da RCB, RCL e do PIB do Exercício

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011

1A4A112A00

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% da RCB	8,06%	7,77%	7,21%	7,07%	7,26%	6,92%	6,98%	6,72%	6,45%	7,51%	6,96%	7,03%
% da RCL	14,02%	13,40%	12,25%	12,08%	12,37%	12,04%	11,82%	11,46%	11,36%	13,33%	12,40%	12,95%
% do PIB	1,73%	1,73%	1,67%	1,60%	1,68%	1,70%	1,72%	1,66%	1,61%	1,80%	1,64%	1,75%

Fonte: RCB e RCL: https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/component/content/article/49-contabilidade-publica/603-relatorio-resumido-de-execucao-orcamentaria; PIB: http://www.bcb.gov.br/?INDECO. Dados acessados em 15/05/2013.

Despesas com ações e serviços públicos de saúde: Siops/MS, (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html). Dados acessados em abril/2013. **Legenda**: RCB - Receita Corrente Bruta; RCL - Receita Corrente Líquida. **Elaboração**: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira

3.3.4. Breve Comparativo entre a Relação Gasto Saúde/PIB com Outros Países

13. A tradicional comparação entre a porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) com gasto no setor saúde entre países por si só não demonstra que o Brasil esteja equidistante da média de gastos mundiais em saúde.

> Segundo dados do Banco Mundial, em 2011, o dispêndio global em saúde (público e privado), em termos percentuais do PIB, foi de 9,3% na Inglaterra, 9,4% na Espanha, 11,2% no Canadá e 9,0% na Austrália. No Brasil, que adota cobertura universal, à semelhança dos países citados, esse percentual foi de 8,9%[64].

14. Veja-se que os dados apresentados no Relatório "Estatísticas Sanitárias Mundiais 2013", da OMS, são relevantes para o Brasil[65]:

- ✓ O gasto total em saúde como porcentagem do PIB no ano 2000 (ano da publicação da EC 29) era de 7,2%. Passados **10 (dez) anos, o gasto com saúde, em 2010, alcançou 9% do PIB**.
- ✓ Igualmente o **gasto privado em saúde** como porcentagem do gasto total com saúde **foi reduzido** em 1 (uma) década de 59,7% no ano 2000 para 53% em 2010. Nada obstante, ainda é um custo elevado ao considerar o princípio da cobertura universal e integral do SUS insculpido no Texto constitucional.
- ✓ Nessa esteira, o **gasto público em saúde** como porcentagem do gasto total com saúde **subiu** de 40,3% (ano 2000) para 47% (ano 2010). Por isso que o **gasto público em saúde como % do gasto total dos governos** também **aumentou**, pois partiu do patamar de 4,1% (ano 2000) para alcançar 10,7% (ano

[64] Financiamento da Saúde: Comparação do Brasil com Países de Cobertura Universal. Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/CD.

[65] Selecionou-se uma amostra de países da planilha fornecida no capítulo 7 do mencionado relatório. Vide Anexo V. Disponível na integralidade em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf

1A4A112A00

2010).

14.1 Verifica-se que considerando o ano 2010, em média, o Brasil acompanha a proporção gasto com saúde versus PIB junto a países como Austrália (9%), Espanha (9,6%), Itália (9,5%), Japão (9,2%), Noruega (9,3%), Reino Unido (9,6%), Suécia (9,6%).

14.2 Aliás, nessa proporção gasto com saúde versus PIB o Brasil aplica um pouco mais do que Argentina (8,3%), Chile (7,4%), México (6,3%), Coreia (7,1%) e Uruguai (8,1%)[66].

14.3 A rigor, considerando os países e o período selecionados, o Brasil ficou atrás (de modo mais significativo) da Alemanha (11,5%), Canadá (11,4%), Cuba (10,2%), EUA (17,6%), Portugal (10,7%) e Suíça (10,9%).

Estado	Gasto total em Saúde como % do PIB.		Gasto Público em Saúde como % do Gasto em Saúde.		Gasto Privado em Saúde como % do Gasto em Saúde.		Gasto Público em Saúde como % do Gasto Total dos Governos.	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Brasil	***7,2***	***9,0***	***40,3***	***47,0***	***59,7***	***53,0***	***4,1***	***10,7***
Alemanha	10,4	11,5	79,5	76,8	20,5	23,2	18,3	18,5
Argentina	9,2	8,3	53,9	64,4	46,1	35,6	14,7	17,7
Austrália	8,1	9,0	66,8	68,5	33,2	31,5	15,1	16,8
Canadá	8,8	11,4	70,4	71,1	29,6	28,9	15,1	18,3
Chile	7,7	7,4	43,7	47,2	56,3	52,8	14,1	15,8
Cuba	6,1	10,2	90,8	95,2	9,2	4,8	10,8	13,9
Espanha	7,2	9,6	71,6	74,2	28,4	25,8	13,2	15,4
EUA	13,4	17,6	43,2	48,2	56,8	51,8	17,1	19,9
Itália	8,0	9,5	72,5	77,6	27,5	22,4	12,7	14,7
Japão	7,6	9,2	80,8	80,3	19,2	19,7	16,2	18,2
México	5,1	6,3	46,6	49,0	53,4	51,0	16,6	12,1
Noruega	8,4	9,3	82,5	85,5	17,4	14,5	16,4	17,7
Paraguai	9,4	9,6	39,9	34,4	60,1	65,6	17,7	17,3
Portugal	9,3	10,7	66,6	65,8	33,4	34,2	14,9	13,8
Reino Unido e Irlanda do Norte	7,0	9,6	78,8	83,2	21,2	16,8	15,1	15,9

[66] Considerando igual período (ano 2010).

1A4A112A00

República da Coreia	4,5	7,1	48,6	58,2	51,4	41,8	9,7	13,7
Suécia	8,2	9,6	84,9	81,0	15,1	19,0	12,6	14,8
Suíça	9,9	10,9	55,4	65,2	44,6	34,8	15,4	21,0
Uruguai	11,2	8,1	54,6	65,3	45,4	34,7	22,8	18,8

Estatísticas Sanitárias Mundiais – 2013 OMS

rio da Saúde com a apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), percebe-se uma grande diferença entre o Brasil e os outros países que têm sistema de saúde universal. A diferença não está no volume total de recursos aplicados em saúde, **mas na participação dos recursos públicos neste total**.

15.1 O mesmo recorte do Relatório OMS – Estatísticas Mundiais 2013 que produziu a tabela anterior fornece a informação de que a maioria dos países que o Brasil acompanha a média da porcentagem "gasto com saúde versus PIB" aplicou mais do que 70% (setenta por cento) como parcela de gasto público, a saber: Alemanha (76,8%), Argentina (64,4%), Austrália (68,5%), Canadá (71,1%), Cuba (95,2%), Espanha (74,2%), Itália (77,6%), Japão (80,3%), Noruega (85,5%), Portugal (66,6%), Reino Unido e Irlanda do Norte (83,2%), Suécia (81,0%)[67].

15.2 Ou, como nos diz a aludida Nota Técnica nº 12 – CONOF/CD "Em 2011 (...) a participação do setor público nos gastos totais foi de 45,7%, o que significa dizer que 54,3% dos gastos foram financiados pela instância privada. (...) Portanto, o gasto público no país é baixo para se considerar que o sistema efetivamente ofereça cobertura universal e atendimento integral".

15.3 De fato, ao se observar a Tabela anterior vê-se que o gasto privado em saúde no Brasil é aproximado ao de países como Chile (52,8%), EUA (51,8%), México (51%) e Paraguai (65,6%).

16. De qualquer modo, tendo em vista a estreita correlação positiva entre PIB e os gastos de saúde, a abordagem só faz algum sentido quando **o nível de renda também é semelhante**. Caso contrário, o financiamento da saúde não resta de todo claro que seja suficiente ou insuficiente.

16.1 A título ilustrativo, capture-se o Paraguai da listagem de países da tabela, pois ele é o que apresenta o menor percentual de renda per capita[68]. Nota-se que no ano 2010 a relação "gasto com saúde PIB" do Paraguai (9,6%) **foi igual** ao da Espanha, Suécia e Reino Unido. Além disso, tal percentual **foi superior** ao do Brasil (9%), Argentina (8,3%), Austrália (9%), Chile (7,4%), Itália (9,5%), Japão (9,2%), México (6,3%), Noruega (9,3%), República da Coreia (7,1%) e Uruguai (8,1%).

[67] Considerando o ano 2010.

[68] PIB/2012 $25,50 milhões e PIB/per capita 2012 $3.290. Dados Banco Mundial. Vide: http://datos.bancomundial.org/pais/paraguay#cp_wdi

1A4A112A00

16.2 Portanto, resulta imprescindível recordar que é importante **não cair no engano da comparação das cifras agregadas**, uma vez que nem os modelos de sistemas de saúde dos países são plenamente comparáveis nem a cobertura das ações e serviços de saúde corresponde ao mesmo custo e grau de eficiência do gasto[69].

3.4 Um Novo Financiamento da União para o SUS, quanto e qual a qualidade do gasto?

17. Determinar o montante necessário para o devido financiamento do SUS é um desafio que requer conhecer a demanda por saúde que não é atendida – e, assim, reprimida – por falta de recursos. No entanto, para alcançar esse objetivo é necessário estimar com relativa precisão as necessidades em saúde de cada brasileiro ou, alternativamente, por exemplo, dos habitantes de um município.

18. Essa é uma tarefa de árdua consecução, pois as informações a serem incorporadas a qualquer modelo econométrico, independentemente de sua escolha, são insuficientes ou escassas. Há também **algumas particularidades** na área da Economia da Saúde, por exemplo, o fato de a própria oferta induzir demanda, a imprevisibilidade temporal das necessidades em saúde, a assimetria de informação entre pacientes e profissionais de saúde e a fragilidade emocional que acomete pacientes e os impede de tomar decisões racionais. Além disso, pode-se supor, em última análise, que as demandas em saúde são praticamente ilimitadas.

19. Por causa dessa dificuldade, estudiosos e sanitaristas elaboram projeções da demanda por recursos financeiros que utilizam parâmetros e padrões já conhecidos de consumo das ações e serviços de saúde. As estimativas mais conhecidas e utilizadas são elaboradas pelo médico sanitarista Gilson Carvalho, que é doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e tem ampla experiência em todas as esferas de gestão do SUS. Ele já foi, exaustivamente, citado neste relatório e esteve presente na CESaúde.

20. Suas estimativas do déficit de financiamento do SUS referentes a 2010, ano em que o SUS custou nominalmente quase R$ 139 bilhões, variam de acordo com os padrões desejados para a saúde pública brasileira, conforme mostra a Tabela abaixo.

Estimativas do Déficit de Financiamento do SUS em 2010

Em R$ bilhões

Parâmetro	Déficit estimado
Aplicando-se o valor *per capita* praticado pelos planos de saúde	160

[69] De alguma forma, não se deve apenas considerar o que se gasta de modo abstrato em cifras, mas o que se compra e o que se obtém com esse gasto.

1A4A112A00

Parâmetro	Déficit estimado
Aplicando-se a média mundial de investimento de 5,5% do PIB na saúde pública	60
Aplicando-se o valor *per capita* praticado pelos países de maior renda	604
Aplicando-se o valor *per capita* praticado pelos países da Europa	297
Aplicando-se o valor *per capita* praticado pelos países das Américas	287

Elaboração: Dr. Gilson Carvalho, adaptado de http://www.idisa.org.br/site/documento_7462_0__2012---27---616---domingueira---financiamento-206.htm

21. O Ministério da Saúde tem realizado estudos experimentais que utilizam o **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)** – índice que varia de zero a dez e estima a qualidade do SUS nos entes federativos – como parâmetro para a determinação do déficit de financiamento do SUS[70].

21.1 A ideia do método é analisar a relação entre os gastos municipais per capita em saúde e os respectivos valores calculados para o IDSUS municipal e para os componentes desse índice – notas para a eficiência no gasto, o acesso à atenção básica etc.

21.2 Dessa forma, **são estimados valores médios de gasto municipal per capita em saúde para grupos de municípios que têm similaridades entre si e que têm valores do IDSUS próximos**. Esses valores de gastos municipais per capita calculados são extrapolados para a população brasileira, de forma que é possível obter uma estimativa do déficit do SUS para alguns valores do IDSUS.

22. Atualmente, **o valor médio do IDSUS para o Brasil é igual a 5,44**. Se o objetivo da sociedade brasileira fosse que o SUS melhorasse seus serviços ao ponto de **obter um valor de IDSUS igual a 7**, com a eficiência do gasto público considerada mediana, **a estimativa do déficit do financiamento do SUS em 2012 estaria em torno de R$ 56 bilhões**. Quando se desejam hipoteticamente valores maiores do IDSUS para a saúde pública, o déficit estimado é ainda maior.

23. As estimativas per capita constantes da anteriormente formulada Tabela e as que usam o IDSUS mostram, portanto, que quanto maior a exigência de qualidade para o SUS, maior é o déficit do financiamento. Tal merece uma explicação mais a detalhado.

3.4.1 O IDSUS e o Financiamento Necessário para o SUS: Metodologia e Cenários[71]

[70] Vide detalhamento mais adiante.
[71] Teses articuladas com o trabalho elaborado pelo servidor do Ministério da Saúde e especialista na aera de

1A4A112A00

24. Como já explicitado, o IDSUS **avalia o SUS que atende o residente em cada município brasileiro**, buscando medir se o SUS cumpre seus objetivos de universalidade do acesso, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização – nos municípios, regiões, estados e no Brasil.

24.1 O IDSUS avalia tanto a atenção básica e especializada existentes no município, quanto os atendimentos especializados encaminhados para outros municípios. Mede as dificuldades do acesso e os resultados da atenção à saúde, segundo as melhores respostas esperadas (efetividade).

24.2 O IDSUS é composto por 24 indicadores, que avaliam acesso e efetividade nos níveis de atenção básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência.

24.3 A nota de 0 a 10 dá a distância aproximada entre o SUS que temos e um SUS melhor e viável.

25. Como o IDSUS mede a atenção aos residentes em cada município, realizada tanto no próprio município quanto em qualquer outro município do país, o cálculo do gasto SUS, para essa atenção aos residentes em cada município, deve incluir todo o gasto com força de trabalho, insumos e manutenção para a produção de procedimentos (atendimentos, consultas, exames, tratamentos, internações, medicamentos, etc.)

1. Na atenção básica
2. Na atenção ambulatorial e hospitalar especializada realizada no próprio município
3. Na atenção ambulatorial e hospitalar especializada, aos residentes de um município, realizada em outros municípios do país.

25.1 Partindo desse pressuposto foram calculados os gastos totais do SUS com os residentes de cada município, envolvendo os gastos dos municípios, estados e União, somando-se os seguintes itens:

1. Transferências do FNS:

a) Transferências para a atenção básica: PAB Fixo, Assistência Farmacêutica Básica, Farmácia Popular (publica), Saúde não tem preço (fármacia comercial), Fitoterapia

b) Vigilância à Saúde – Teto Fixo

c) Recursos para Gestão, Investimentos para a atenção básica recebidos pelo município

d) Recursos para Gestão, Investimentos e Vigilância em Saúde para a atenção MAC distribuídos proporcionalmente a produção SIA e SIH, realizada no município e depois distribuídos proporcionalmente ao valor recebido por residente do SIA e SIH (do próprio município ou de referência).

2. Gasto Total (calculado a partir das horas trabalhadas registradas no CNES) com Força de

saúde, Afonso Teixeira dos Reis, gentilmente cedido pelo órgão para auxiliar os trabalhos desta CESaúde.

1A4A112A00

Trabalho - FT na Atenção Básica descontado todas as transferências variáveis do FNS para atenção básica

3. Gastos Totais (calculado a partir das horas trabalhadas registradas no CNES) SUS com a Força de Trabalho pública e especializada (ambulatorial e hospitalar), para os residentes de cada município, englobando todos os municípios onde foi realizada a atenção (no município de residência e nos municípios para os quais foram encaminhados para a atenção especializada)
4. Valores recebidos pela produção do SIA e SIH, realizada para os residentes de cada município, em: Média complexidade ambulatorial total (BPA) e hospitalar (SIH), Alta complexidade ambulatorial (APAC) e hospitalar (SIH);
5. Acréscimo de gastos para cada munícipio (manutenção, insumos e outras despesas) dado pela proporção do Subtotal de gastos em cada município em relação ao Subtotal de gastos Brasil (item 1 a 4 acima) multiplicado pela diferença entre o Subtotal Brasil e o Total da Despesa Brasil (calculado com dados SIOPS e Orçamento do MS, em 2012).

25.2 A partir desses passos, chegou-se ao total estimado que o SUS gasta com os residentes de cada município, considerando toda a atenção básica realizada no próprio município, assim como a atenção especializada realizada no próprio município ou em outros municípios brasileiros.

Cenários de financiamento necessário para um SUS melhor

26. **Cenário 1:** Regra de 3 - Gastos SUS: IDSUS Brasil = 5,44 X IDSUS Brasil = 10

26.1 Se para os gastos das 3 esferas de gestão com o SUS, em 2012, o IDSUS Brasil (média do IDSUS em cada município ponderada pela respectiva população) foi de 5,44; quanto seria o gasto para que o IDSUS Brasil fosse 10.

Tabela 1

Ano 2012	**IDSUS 5, 44**	**IDSUS 10**
PIB (bilhões R$)	4.402,54	
Despesa total das três esferas de governo (bilhões R$)	168,74	310,19
% PIB	3,8%	7,0%
Acréscimo (bilhões R$)		141,45
% Acréscimo		83,8%

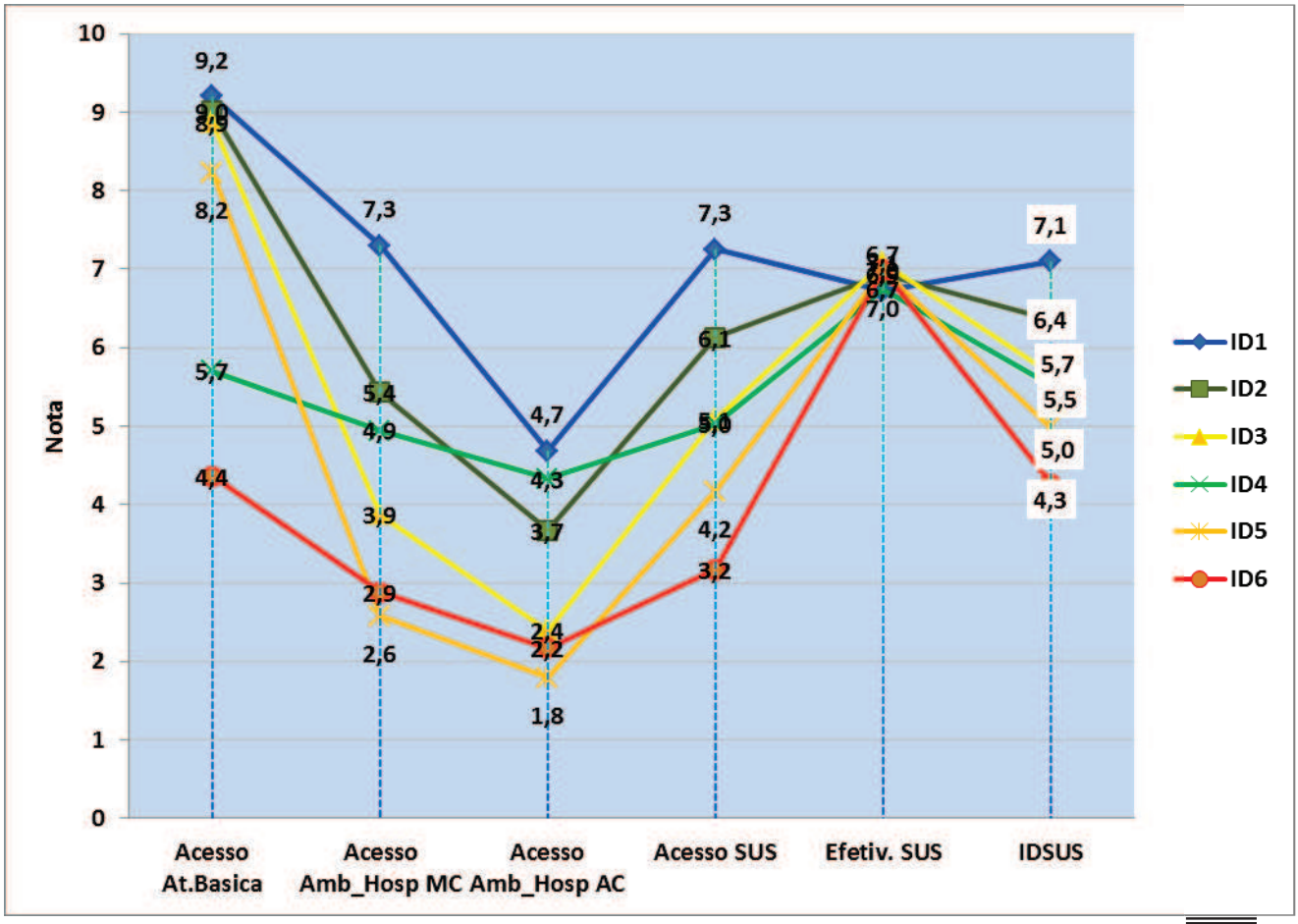
26.2 Estimativa de 310,19 bilhões de reais toma por base o desempenho médio do SUS em cada município brasileiro, considerando tanto o gasto do SUS mais eficiente (menor gasto e maior nota do IDSUS) quanto o SUS menos eficiente (maior gasto e menor nota do IDSUS).

1A4A112A00

26.3 Mas há que considerar que 310 bilhões não é um valor longe da realidade. Em 2012 o SUS gastou (as três esferas de governo) algo em torno de 170 bilhões de reais, que daria para atender bem, aproximadamente 55% da população brasileira (O IDSUS de 5,5 dá essa medida aproximada). O gasto na Saúde Suplementar (planos privados de saúde) foi algo em torno de 100 bilhões de reais, para atender por volta de 25% da população brasileira. Estes dois gastos somaram 270 bilhões. Sobraria 20% da população sem atenção que, na proporção dos gastos e do IDSUS de 5,4, necessitaria algo em torno de 34 bilhões de reais. A soma desses três (3) gastos daria 304 bilhões de reais, muito próximo dos 310 bilhões projetados.

27. **Cenário 2**: Regra de 3 - Gastos SUS: IDSUS semelhantes de grupos de municípios X IDSUS Brasil = 10 ou =9, ou =8, ou =7

Gráfico 1 - Cluster de municípios por resultados IDSUS e seus Índices



27.1 O gráfico 1 acima apresenta a análise por cluster dos 5.565 municípios brasileiros quanto aos indicadores compostos que resultam no IDSUS. No eixo Y está a escala de 0 a 10 das

1A4A112A00

notas desses índices. No eixo X, da esquerda para direita, estão índices de acesso por nível de atenção, os índices de acesso e efetividade total e o IDSUS.

27.2 As linhas ID1 a ID6 caracterizaram os clusters de municípios quanto ao desempenho em cada um dos indicadores compostos (notas médias do cluster em negrito) e do IDSUS (notas médias nos retângulos brancos).

27.3 A linha azul (ID1) representa o cluster de municípios na melhor posição e a vermelha (ID6) o cluster na pior situação. As demais representam as situações intermediárias, em ordem decrescente (ID2 a ID5).

27.4 Ao observar o gráfico 1, pode-se ver que os grupos 1,2,3 e 5 têm bom acesso na atenção básica, o ID4 acesso médio e ID6 com baixo aceso. Já no acesso na média complexidade ambulatorial e hospitalar, em melhor situação está apenas o ID1, ficando em posição média ID2 e ID4 e com baixo acesso ID3, ID5 e ID6.

27.5 Quanto ao acesso na alta complexidade ambulatorial e hospitalar, todos estão abaixo de 5, ficando em torno da média 4,2 os grupos 1,2 e 4 e em torno da média 2,1 os grupos 4,5 e 6.

27.6 Quanto à efetividade total, a média dos clusters se mostrou muito homogênea, em torno da nota 7.

27.7 Cada um dos grupos pode ser analisado segundo seus pontos positivos e negativos, em suas semelhanças e diferenças e o que deve ser priorizado.

27.8 Uma visão complementar a esse gráfico é dada pela tabela 2 que mostra que a maioria dos municípios das regiões Norte e Nordeste está nos grupos ID5 e ID6, com as menores médias de IDSUS. Nesses grupos vivem 31,7% da população brasileira. Notável está o ID3 que embora tenha média do IDSUS ligeiramente maior que o ID4, tem maior percentual de população exclusivamente SUS.

1A4A112A00

Tabela 2- Distribuição dos municípios, população total e exclusivamente SUS, por região brasileira e por clusters de municípios segundo IDSUS 2011

Região Br	ID1	ID2	ID3	ID4	ID5	ID6	Brasil
N	2	13	115	5	161	153	449
NE	14	112	779	50	716	123	1.794
CO		21	203	11	195	36	466
SE	282	499	360	346	77	104	1.668
S	330	473	105	230	10	40	1.188
Brasil	628	1.118	1.562	642	1.159	456	5.565
Pop 2012	7.946.681	19.017.221	24.473.282	80.967.318	21.922.027	39.650.001	193.976.530
% pop Br	4,1%	9,8%	12,6%	41,7%	11,3%	20,4%	100,0%
% pop Excl. SUS	83,0%	85,0%	92,8%	65,6%	95,0%	76,0%	77,1%
IDSUS médio	7,1	6,36	5,66	5,52	4,98	4,27	5,44

27.9 Partindo desse agrupamento do "SUS que atende os residentes de cada município" e pareando com o Gasto estimado do SUS com os residentes de cada município, foi possível separar o SUS mais eficiente do menos eficiente. É o que mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Gasto per capita, em 2012 e projeções de gastos para IDSUS de 10, 9, 8 e 7, por grupos homogêneos segundo os resultados do IDSUS

Grupo Homogêno p/ resultado do IDSUS	ID6	ID5	ID4	ID3	ID2	ID1
IDSUS médio obtido	4,27	4,98	5,52	5,66	6,36	7,1
População 2012 (milhões)	39,65	21,92	80,97	24,47	19,02	7,95
Gasto Total (bilhões R$) do SUS p/ Res. Munic em 2012	33,53	15,25	74,62	20,21	17,21	7,93
Per capita gasto 2012 (R$)	845,73	695,83	921,58	825,68	904,77	997,37

1A4A112A00

Per capita para IDSUS 10 (R$)	1.980,63	1.397,24	1.669,53	1.458,80	1.422,59	1.404,74
Total estimado (bilhões R$) p/ IDSUS 10	384,20	271,03	323,85	282,97	275,95	272,49
Percentual do PIB 2012 p/ IDSUS 10	8,7%	6,1%	7,3%	6,4%	6,3%	6,2%
Per capita para IDSUS 9 (R$)	1.782,57	1.257,52	1.502,58	1.312,92	1.280,33	1.264,27
Total estimado (bilhões R$) p/ IDSUS 9	345,78	243,93	291,46	254,67	248,35	245,24
Percentual do PIB 2012 p/ IDSUS 9	7,8%	5,5%	6,6%	5,8%	5,6%	5,6%
Per capita para IDSUS 8 (R$)	1.584,50	1.117,79	1.335,62	1.167,04	1.138,07	1.123,80
Total estimado (bilhões R$) p/ IDSUS 8	307,36	216,83	259,08	226,38	220,76	217,99
Percentual do PIB 2012 p/ IDSUS 8	7,0%	4,9%	5,9%	5,1%	5,0%	4,9%
Per capita para IDSUS 8 (R$)	1.386,44	978,07	1.168,67	1.021,16	995,81	983,32
Total estimado (bilhões R$) p/ IDSUS 7	268,94	189,72	226,69	198,08	193,16	190,74
Percentual do PIB 2012 p/ IDSUS 7	6,1%	4,3%	5,1%	4,5%	4,4%	4,3%

27.10 A tabela 3 mostra que o grupo ID1 que teve as melhores notas, também foi o mais eficiente, gastando em torno de 997 reais per capita para um IDSUS de 7,1. A projeção dos gastos segundo este grupo para o IDSUS Brasil igual 10 seria algo em torno de 272 bilhões de reais. Para um IDSUS Brasil de 9 seria de 245 bilhões de reais, para um IDSUS Brasil 8 Seria de 217 Bilhões e para um IDSUS Brasil de 7 seria de 190 bilhões de reais.

27.10 A análise de cluster dos resultados do IDSUS mostra que o SUS nos municípios tem notas desiguais de acesso na atenção básica, de média e alta complexidade, o que pode destorcer as projeções dos gastos realizados a partir do IDSUS, que é resultante desses índices de acesso ponderados diferentemente. Uma forma de contornar esse viés seria considerar um grupo de SUS nos municípios que tem notas médias nos índices que compõem o IDSUS. E o grupo 4, é exatamente assim, tem notas em torno de 5 em todos os índices do IDSUS. Portanto, a projeção de seus gastos pode dar uma aproximação de um desempenho médio e também de uma eficiência média nos gastos. A projeção dos gastos segundo este grupo para o IDSUS Brasil igual 10 seria algo em torno de 320 bilhões de reais, valor próximo da projeção do cenário 1 de 310 bilhões, reforçando a tese que essa seria uma projeção para uma eficiência média, onde se mistura o SUS mais eficiente com o menos eficiente.

28. Algumas considerações ressaltam importantes:

1A4A112A00

- ✓ Parece não haver dúvidas que há necessidade de aumentar o financiamento para um SUS melhor.
- ✓ Numa medida da correlação entre os resultados do IDSUS no SUS em cada município e os gastos estimados do SUS com os residentes de cada município brasileiro, verificou-se uma associação positiva de 46%, significando que para cerca da metade dos casos, na medida em que se aumentam os gastos melhora a nota do IDSUS. Pode-se explicar que essa associação não é maior exatamente pela grande variação da eficiência dos gastos, pois existem aqueles gastam muito e não tem boa nota. Por outro lado o tamanho dos municípios também influencia, pois o SUS que atende os municípios pequenos, em geral, gastam menos, pois um boa atenção básica (que gasta menos)resolve a maioria dos problemas e a demanda por atenção especializada(mais cara), par uma pequena população, também é menor.
- ✓ Se em 2012, o SUS gastou em torno de 170 bilhões, não seria razoável dobrar esse gasto de um ano para o outro, pois entre outras coisas, não haveria estrutura suficiente para produção de serviços de saúde custeados por tal quantia.
- ✓ Assim, parece mais razoável planejar um aumento gradativo do financiamento, que se adeque ao crescimento da economia brasileira.
- ✓ Portanto, seria um bom começo planejarmos um acréscimo de algo em torno de 40 bilhões visando um desempenho e eficiência média, a saber, um IDSUS Brasil 7 ou IDSUS Brasil de 8, na hipótese de um melhor desempenho e eficiência.

3.5 Um Novo Financiamento da União para o SUS: Mudança no Método de Definição do Piso Federal em ASPS.

3.5.1 O Problema da Atual Metodologia: A Catraca e o Piso que virou Teto

29. Entre outras alterações, a EC nº 29, de 2000, acresceu um § 3º ao art. 198 da Lei Magna que estabeleceu que lei complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, **dispusesse sobre os valores mínimos a serem aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelos entes federados**.

30. A Lei Complementar nº 141, de 2012, foi **aprovada com esse objetivo** e trouxe inegáveis avanços ao financiamento do SUS, afastando a subjetividade em torno da definição das despesas a serem consideradas como “ações e serviços públicos de saúde” para fins de cômputo do mínimo constitucional, conforme tratado anteriormente.

31. Contudo, é necessário avançar ainda mais na questão do financiamento do SUS pelo governo federal. Cabe lembrar que a saúde integra a seguridade social, cujo orçamento é financiado em sua quase totalidade por recursos de contribuições sociais, as quais são arrecadadas pelo governo federal. A descentralização desses recursos é feita mediante o repasse

1A4A112A00

aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal e, por assim ser, o aumento da aplicação de verbas federais em saúde amplia a redistribuição de riquezas em nosso país[72].

32. Entretanto, como se verifica na Tabela abaixo, que exibe a despesa da União por função de governo, a saúde tem crescido em ritmo bastante inferior aos de outras políticas públicas, inclusive como assinalado nos capítulos antecedentes.

Despesas Sociais da União por Função de Governo – 2000 a 2012

Em R$ bilhões

Ano	Saúde	Previdência Social	Educação	Trabalho	Assistência Social	Saneamento Básico Urbano
2000	20,3	93,4	11,2	8	4,4	0,16
2001	23,6	107,5	11,6	7,4	5,3	0,23
2002	25,4	123,2	13,2	8,5	6,5	0,1
2003	27,2	145,5	14,2	9,5	8,4	0,06
2004	33	165,5	14,5	10,7	13,9	0,08
2005	36,5	188,5	16,2	12,7	15,8	0,09
2006	40,6	213	19,7	16,6	21,6	0,06
2007	45,7	234,4	24,4	19,8	24,7	1,6
2008	50,1	258,6	28,3	22,7	28,9	1,8
2009	58,2	291,1	36,7	29,3	33,3	3
2010	61,9	326,6	48,5	31,5	39,1	1,8
2011	72,2	360	58,5	36,5	45,6	1,7
2012	78,6	399,3	65,4	42,3	56,6	2,6
Variação % 2000-2012	**209**	**224**	**395**	**398**	**771**	**2500**

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária da Secretaria do Tesouro Nacional

33. Os dados evidenciam que, do gasto social do governo federal na última década, a área de saúde foi a que recebeu a menor atenção, enquanto a área de Educação teve uma variação nominal de 395% entre 2002 e 2012; a área de assistência social, impulsionada pelo Programa Bolsa Família, teve uma variação de 771% no mesmo período. Vale enfatizar que os valores do gasto por função saúde de governo incluem despesas que não constam na definição de

[72] Vide capítulo anterior que tratou da questão desses recursos serem considerados, sugestivamente, de transferências obrigatórias, uma vez que somente a União arrecada para a seguridade social.

1A4A112A00

ASPS da LC nº 141, de 2012, e, por isso, o valor da área de saúde expresso na Tabela acima referente a 2012 é maior que o montante considerado como valor mínimo para aplicação de recursos em saúde.

34. Isso se deve ao fato de a regra transitória prevista na EC nº 29, de 2000, e mantida pela LC nº 141, de 2012, **não haver estabelecido um elo entre a arrecadação federal e as despesas de saúde**, fórmula que trouxe crescimento ao investimento em saúde nos Estados, Municípios e no Distrito Federal.

35. Além disso, o **atual método de apuração do piso de aplicação federal em saúde** (valor empenhado no ano anterior corrigido pelo percentual da variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária) é uma regra que garante estabilidade ao financiamento, mas que **engessa a administração fazendária**, pois **o valor empenhado em um ano vincula os valores dos anos seguintes**.

35.1 De modo simplista, o questionamento da atual metodologia que disciplina o financiamento da União para o SUS é o chamado "**engessamento**" ou "**catraca**". Explica-se: trata-se da conexão obrigatória do financiamento da saúde baseado em um piso vinculado ao ano pretérito. Este será sempre "o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior". Argumenta-se que tal regra desestimula o gestor federal a empenhar recursos para não se ver obrigado (futuramente) a ter um novo piso que poderá não ser factível em dada conjuntura. Isso pode ser ampliado para a criação de novos programas ou ainda investimentos em áreas que estão com específicas demandas sociais, entre outras hipóteses.

35.2 O questionamento se dá porque gestores entendem que isso representa um gasto sempre ascendente. A cada ano o setor saúde gastará mais, porque está vinculado ao que gastou no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. A solução encontrada, então, foi não gastar ou gastar ao redor de determinados valores, buscando certa estabilidade dos gastos.

36. Portanto, **o atual método** do piso vinculado da saúde para a União **não considera a real capacidade financeira da União** e a **necessidade de gasto em dada conjuntura**, uma vez que a despesa "parte do valor empenhado no exercício anterior corrigida diretamente pela variação do PIB nominal".

37. Em face disso, por prudência, os órgãos federais de planejamento e gestão financeira receiam aumentar os recursos destinados ao financiamento público da saúde, tendo em vista o cenário econômico moderno ser muito dinâmico e, mesmo as melhores previsões de comportamento da economia, poderem não se realizar. O resultado dessa conjuntura é que o piso estabelecido pela LC nº 141, de 2012, na prática, **se tornou um teto** para realização de despesas federais em saúde.

38. A Proposta da CESaúde visa reparar essa situação, **vinculando o cálculo do piso constitucional da saúde à arrecadação federal**, pois

1A4A112A00

- ✓ **Finda com o efeito "catraca" ou "engessamento";**
- ✓ **Aproxima o parâmetro federal ao adotado para Estados e Municípios;**
- ✓ **Aproxima o método de aplicação de recursos no setor saúde à fixada aos outros setores sociais, p. exp., educação.**

38.1 É o que se verá a seguir. Todavia, antes é preciso dialogar com a Proposta Popular dos 10% (dez por cento) da receita corrente bruta da União para o setor saúde.

3.5.2 A Proposta dos 10% da RCB: Aperfeiçoando e Avançando

39. É do conhecimento público que Projeto de Iniciativa Popular busca transferir dez por cento (10%) da receita corrente bruta (RCB) da União para o setor Saúde. Trata-se da **Sugestão nº 89, de 2013**, que tramitou na Comissão de Participação Legislativa (CLP), recebendo admissibilidade e sob a identificação **PLP nº 321, de 2013**[73].

39.1 A proposta é apoiada pelo chamado "Movimento Saúde+10", que reúne o Conselho Nacional de Saúde, a Ordem dos Advogados do Brasil, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e várias outras entidades e associações, consoante Anexo VI deste relatório da CESaúde.

39.2 Apura-se da Proposta em tela que ela visa "alterar a determinação do montante mínimo de recursos a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde. O financiamento do setor saúde é uma questão preocupante para todos os países do mundo. As transições demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica resultaram em aumento acentuado das necessidades de recursos financeiros para prover a atenção à saúde"[74]. Assim, o projeto dispõe que:

> Art. 5º da LC 141/2012. A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a dez por cento de suas receitas correntes brutas, nos termos do § 1º do art. 11 da Lei n° 4.320, de 17 de março de 1964, constantes de anexo à lei orçamentária anual referente às receitas dos orçamentos fiscal e da seguridade social, excluídas as restituições tributárias. (grifou-se).

[73] Nada obstante, também tramitam na Câmara dos Deputados Projetos de Lei similares, tais como os PLPs nºs 132/2012; 226/2012 e 309/2013. É inquestionável a legitimidade de todas as propostas, de modo que a distinção se dá entre a qualificação da participação democrática direta e representativa.
[74] Texto extraído da justificativa do Projeto de Iniciativa Popular.

1A4A112A00

39.3 Para fornecer dados que demonstrem ganho para o setor saúde, diversos sites do "Movimento Saúde + 10" disponibilizam a seguinte Tabela e comentários[75], a saber:

> "(...) A proposta de vinculação de 10% da receita corrente bruta da União, comparada aos gastos do MS com ações e serviços públicos de saúde em 2011 revela diferença de R$ 27 bilhões em 2010 e R$30 bilhões em 2011, somente para mencionar anos recentes em que o potencial de gasto de saúde do governo federal continuou subdimensionado (tabela II, abaixo).
>
> A proposta ora apresentada ao Congresso, que reitera tal vinculação à receita corrente bruta, representaria, para o orçamento de R$ 1,2 trilhão em 2013, um gasto de saúde de R$ 120 bilhões. Ou seja, cerca de R$ 40 bilhões adicionais, relativamente ao piso mínimo da Saúde de R$ 82 bilhões em 2013, se calculado pela variação nominal do PIB. Os mesmos R$ 40 bilhões perdidos da CPMF ou desonerados da COFINS (dados do MS e da STN).
>
> Assim, pleitear para a Saúde recursos equivalentes a 10% da receita corrente bruta da União abriria para o SUS a possibilidade concreta de recomposição de suas fontes de financiamento, de modo a atender às necessidades de ocupação dos vazios sanitários e de recomposição de valores, pactuadas com os entes federativos e atores sociais. (...)".

Tabela II GASTOS FEDERAIS (MS) EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE: IMPACTOS DE DIFERENTES PROPOSTAS

Proposta aplicação gastos em ASPS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
10% RCB	28.941	34.307	38.445	45.059	52.732	58.407	65.888	75.474	77.541	89.014	102.961
18% RCL	30.193	36.347	40.486	47.584	54.543	62.052	69.603	77.141	78.696	89.976	100.567
10% RCL	16.774	20.193	22.492	26.435	30.302	34.473	38.668	42.856	43.720	49.987	55.871
Diferença entre propostas e gasto efetivo em ASPS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Diferença 10% RCB - Despesa ASPS (EFETIVO)	6.467	9.571	11.264	12.356	15.587	17.657	21.585	26.803	19.270	27.049	30.629
Diferença 18% RCL - Despesa ASPS (EFETIVO)	7.719	11.610	13.304	14.880	17.397	21.302	25.299	28.471	20.426	28.011	28.235
Diferença 10% RCL - Despesa ASPS (EFETIVO)	(5.700)	(4.544)	(4.689)	(6.268)	(6.844)	(6.277)	(5.635)	(5.814)	(14.550)	(11.979)	(16.461)

Fonte: STN/CCONT/GEINF; IBGE; SPO/MS, Elaboração IPEA.

[75] DAIN, Sulamis. **O Financiamento do SUS e a vinculação de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde**. Vide Blog do CEBES. Disponível em http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4678&idSubCategoria=56.

1A4A112A00

40. Contudo, s.m.j., tal argumento demonstra a necessidade de modificar o método de definição do mínimo de recursos da União em ASPS. Ou seja, **há unanimidade quanto à imprescindibilidade de alteração do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012**, que trata da **metodologia de aplicação dos recursos federais no setor saúde**.

41. Muito embora os movimentos sociais em defesa da saúde pública defendam a destinação de 10% da RCB da União para ASPS, este relatório entende **não ser esta a opção mais adequada**, bem como, que **é possível ir além.**

42. Para alcançar os montantes defendidos pelos movimentos sociais, a nova definição **precisaria considerar valores transferidos a Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal**, isto é, precisaria considerar **recursos afetos a repartições de receitas e contribuições previdenciárias sobre os quais a União não tem livre disponibilidade**. Veja-se que a Proposta de Iniciativa Popular dispõe:

> Art. 5º da LC 141/2012. (...)
>
> § 1º Para os efeitos desta Lei, são consideradas receitas correntes brutas a totalidade das receitas:
>
> I – tributárias;
>
> II – de contribuições;
>
> III – patrimoniais;
>
> IV – agropecuárias;
>
> V – industriais;
>
> VI – de serviços;
>
> VII – de transferências correntes;
>
> VIII – outras receitas correntes.
>
> § 2º É vedada a dedução ou exclusão de qualquer parcela de receita vinculada à finalidade específica ou transferida aos demais entes da Federação a qualquer título.

43. Trata-se de uma definição legal de RCB a ser inserida no Ordenamento Jurídico brasileiro pelo texto do Projeto de Iniciativa Popular (PLP 321, de 2013). E, ao que parecer, trata-se de definir RCB como sendo a RCL sem as deduções. Essa interpretação leva à conclusão de que a RCB da União é o somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes arrecadadas pela União.

1A4A112A00

43.1 Ocorre que dada a amplitude da definição, esta se choca com a realidade do que pode integrar receita da União, uma vez que sempre se poderá questionar que **não integram** "os cofres" da União[76]:

- ✓ Os recursos a serem transferidos aos Estados e aos Municípios em função do mandamento constitucional;
- ✓ As contribuições sociais do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada, do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, bem como;
- ✓ A contribuição para o Programa de Integração Social e para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

43.2 Portanto, considera-se que a vinculação do piso da União ao conceito de RCB traria **insegurança ao financiamento do SUS**.

43.3 Nada obstante, extraí-se da Proposta Popular, entre outras medidas, que a CESaúde deve ofertar projeto **vinculando o cálculo do piso constitucional da saúde à arrecadação federal**. E isso porque os dados consolidados de 2010 a 2012 demonstram que **o dispêndio da União com saúde soma cerca de 7% da RCB e 12,7% da RCL**.

Evolução das Receitas Correntes do Governo Federal

Gastos com Saúde do Governo Federal

Ano	Receita Corrente Bruta	Receita Corrente Líquida	Gastos com saúde da União[77]	Percental da RCB gasto com saúde	Percental da RCL gasto com saúde
2010	890,1	499,9	62,0	7,0%	12,4%
2011	1.029,6	558,7	72,3	7,0%	12,9%
2012	1.134,7	616,9	78,3*	6,9%	12,7%

[76] Item posterior irá tratar com maior profundidade da matéria.
[77] Valores empenhados.

1A4A112A00

44. Os quadros anteriores são indicativos de que o atual método de financiamento da União em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) precisa ser modificada, tanto para que **a saúde possa ser equiparada aos outros gastos sociais**, como para que **tal gasto tenha proporcionalidade à receita arrecadada**.

3.5.2 O Novo Método e o Conceito de Receita Corrente Líquida

45. Entende-se que **o método de cálculo do mínimo da União em ASPS deva se basear em percentual da receita corrente líquida (RCL)**, por duas ordens de fatores, a saber:

- **Primeiro,** porque historicamente a RCL cresceu mais do que o PIB;
- **Segundo**, porque a RCL é conceito sólido na esfera das finanças públicas, incapaz de gerar insegurança jurídica;

46. A Tabela abaixo compara os valores da RCL e do PIB brasileiro, desde o ano 2000 até 2012. E, ao mesmo tempo, elabora projeção visando, apenas, permitir uma ideia de cálculo, sem que isso represente valores definitivos. Assim é que se vê que entre o ano 2000 até 2012 **os valores da RCL cresceram mais que os do PIB nominal (atual método)**.

1A4A112A00

Projeções RCL e PIB nominal[1/] (R$ milhões)

	RCL[2/]	RCL[3/]	PIB nominal[4/]
2000	145.111	145.111	1.179.480
2001	167.739	167.739	1.302.135
2002	201.927	201.927	1.477.821
2003	224.920	224.920	1.699.949
2004	264.353	264.353	1.941.499
2005	303.016	303.016	2.147.239
2006	344.731	344.731	2.369.481
2007	386.682	386.682	2.661.344
2008	428.563	428.563	3.032.206
2009	437.200	437.200	3.239.405
2010	499.867	499.867	3.770.089
2011	558.706	558.706	4.143.016
2012	616.933	616.933	4.402.538
2013	699.979	684.308	4.883.337
2014	790.593	778.365	5.554.543
2015	892.938	872.356	6.225.277
2016	1.008.532	984.042	7.022.283
2017	1.139.090	1.102.954	7.870.858
2018	1.286.549	1.225.431	8.744.877
2019	1.453.097	1.359.073	9.698.566
2020	1.641.206	1.512.370	10.792.525
2021	1.853.665	1.677.745	11.972.667
2022	2.093.628	1.861.357	13.282.949
2023	2.364.655	2.063.685	14.726.799

1/ Até 2012, os dados são ocorridos.
2/ Para 2013, utiliza-se projeção elaborada pela STN. Já para os demais anos, utiliza-se uma estimativa de crescimento igual à media dos últimos 13 anos.
3/ Estima-se uma RCL constante em 14% do PIB, mesma proporção de 2012.
4/ Utiliza-se estimativa elaborada pela LCA Consultores.

47. Além disso, a definição de RCL constante na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – Lei Complementar nº 101, de 2000) já é **utilizada há bastante tempo** e se encontra **madura o suficiente** para servir de parâmetro para fixação de despesas, a saber:

> Art. 2º Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como:
> (...)
> IV - receita corrente líquida: somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos:
> a) na União, os valores transferidos aos Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, e as contribuições mencionadas na alínea a do inciso I e no inciso II do art. 195, e no art. 239 da Constituição;
> b) nos Estados, as parcelas entregues aos Municípios por determinação constitucional;

1A4A112A00

> c) na União, nos Estados e nos Municípios, a contribuição dos servidores para o custeio do seu sistema de previdência e assistência social e as receitas provenientes da compensação financeira citada no § 9º do art. 201 da Constituição.
> § 1º Serão computados no cálculo da receita corrente líquida os valores pagos e recebidos em decorrência da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, e do fundo previsto pelo art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.
> § 2º Não serão considerados na receita corrente líquida do Distrito Federal e dos Estados do Amapá e de Roraima os recursos recebidos da União para atendimento das despesas de que trata o inciso V do § 1º do art. 19.
> § 3º A receita corrente líquida será apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, excluídas as duplicidades.

47.1 A composição da RCL alcança todas as fontes que se perfilam na corrente da receita pública: tributárias, contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, serviços, transferências correntes.

47.2 Todavia, conforme norma transcrita, são as seguintes **as deduções legais** que reduzem a RCL:

- ✓ Valores que, apesar de arrecadados pela União ou pelo Estado, são entregues, por força constitucional, às outras esferas de governo;
- ✓ Contribuição dos servidores ao regime próprio de previdência e a compensação entre o INSS e os sistemas locais de aposentadorias e pensão;
- ✓ Recursos recebidos da União para custeio de despesa de pessoal[78].

48. Deve-se recordar a audiência pública desta CESaúde, realizada no dia 18 de agosto de 2013 convocada pelo Sr. Presidente. Nela, os consultores de orçamento e consultores legislativos da Câmara dos Deputados chamaram atenção para o seguinte aspecto, **a ideia de usar como parâmetro a RCB é legislar sobre percentual acima da disponibilidade federal**, porque:

- ✓ Quando a LRF usa a RCL como índice que fixa percentual para despesa de pessoal e outros, o faz porque não existe racionalidade sócio-política, econômica, orçamentária e administrativa para a União fixar teto com base em recursos que não lhe pertence;
- ✓ Na composição da RCB da União existe presente a contribuição previdenciária, que deverá ser deduzida quando utilizada para outros fins. Será uma dedução de aproximadamente 25,4%. Trata-se de um percentual bastante elevado de redução que, posteriormente, causará impacto significativo nas contas do setor saúde e desconforto social;

[78] Somente para o Distrito Federal e os Estados do Amapá e de Roraima.

1A4A112A00

- ✓ Igualmente, a repartição das receitas de Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) não devem passar pelas contas da União, uma vez que partes desses tributos pertencem aos outros entes da Federação;
- ✓ As receitas do chamado "Sistema S" não tramitam pelo orçamento federal, de modo que nada impede que no futuro o mesmo ocorra em relação ao FPM e FPE.

48.1 Como dedução legal, pode-se ainda exemplificar o caso das **receitas dos royalties**. O Texto Constitucional assegura aos Estados, Distrito Federal e Municípios a compensação e participação financeira sobre a lavra e sobre o aproveitamento econômico dos recursos naturais que especifica (art. 20, § 1º). No caso, deve-se saber que o Supremo Tribunal Federal já teve oportunidade de se pronunciar sobre a natureza jurídica dos royalties, de modo que assentou:

> "Embora os recursos naturais da plataforma continental e os recursos minerais sejam bens da União (CF, art. 20, V e IX), a participação ou compensação aos Estados, Distrito Federal e Municípios no resultado da exploração de petróleo, xisto, betuminoso e gás natural são receitas originárias destes últimos entes federativos (CF, art. 20, §1º)" (MS 24312, Rel.: Min. Ellen Gracie, Tribunal Pleno, Julgado em 19/02/2003, DJ 19-12-2009), grifos inovados.

48.2 No mesmo sentido, tem-se o RE 228.800, da relatoria do Min. Sepúlveda Pertence e o AI-AgR 453.025-1, da relatoria do Min. Gilmar Mendes. Por conseguinte, sendo **os royalties receitas originárias dos Estados e Municípios**, o recurso pertence a tais entes e impõe o seu pagamento diretamente[79].

49. Ademais, tem-se que a fixação do percentual da União sobre RCB para o piso da saúde acarretaria **dupla contagem para fins de apuração do mínimo do setor**. Explica-se: parte significativa da receita bruta arrecadada pela União pertence aos Estados e Municípios,

[79] Vale dizer que apesar de tal entendimento, no bojo da ADI-MC 4.917, que questiona a Lei nº 12.734, de 2012 (rateio dos royalties) a liminar da Min. Carmen Lúcia divisou plausibilidade nos seguintes argumentos do Governador do Estado do Rio de Janeiro: a) segundo a disciplina do artigo 20, §1º da CF, os royalties possuem natureza jurídica indenizatória, razão por que o ente federado que não corre risco de sofrer danos da atividade petrolífera não faz jus a qualquer valor e, portanto, b) apenas os Estados e Municípios ditos produtores são titulares do direito subjetivo público de participar do resultado da exploração petrolífera ou de perceber compensação financeira por essa exploração, conforme a literalidade do artigo 20, §1º da CF; c) a lei combatida promove desequilíbrio financeiro estabelecido pelo constituinte que garantiu aos Estados e Municípios ditos produtores participação no resultado da exploração do petróleo ou compensação financeira, em contrapartida à vedação constitucional (imunidade) de cobrança de ICMS em seus territórios, privando-os de vultosa fonte de receita (al. 'b', do inc. X, do § 2º, do art. 155 da CF); d) ao permitir a retroação dos efeitos do diploma questionado aos royalties referentes aos contratos de concessão anteriores à sua edição, o legislador haveria afrontado o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a segurança jurídica (inc. XXXVI do art. 5º, da CF); e) a nova lei investiria contra a segurança jurídica, por desequilibrar as finanças dos Estados produtores, afetando a higidez das leis orçamentárias já aprovadas e o equilíbrio de suas contas à luz da lei de responsabilidade fiscal.

1A4A112A00

beneficiários da repartição de receita a exemplo dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM), que integram a base de cálculo do mínimo destes entes da Federação.

50. Ou seja, em função da **ausência de definição legal sedimentado sobre o que é (o que compõe a RCB)**, a própria lei complementar da saúde precisaria inserir no Ordenamento jurídico o mencionado conceito[80], que trata de matéria típica de leis de finanças públicas. E não é só, o texto proposto deveria **se sujeitar a posterior interpretação administrativa e judicial** por regular receita afeita a transferência constitucional.

50.1 Considere-se que **a definição de RCL prevista na LRF foi constitucionalizada**, haja vista a sua positivação no §3º do art. 97 dos ADCT (Atos das Disposições Constitucionais Transitórias). Isso reforça o entendimento de que o conceito de RCL é pacífico e seguro para o seu uso como parâmetro de ações do Poder Público[81]. Considere, ainda, que a atual proposta a ser levada ao STF para pagamento dos precatórios dispõe sobre o limite de 3% (três por cento) da RCL dos Estados e Municípios[82]. Em outros temos, **o debate judicial não se dá sobre o uso da RCL como parâmetro**, mas sobre a possibilidade (ou não) de modificação do regime jurídico dos precatórios (art. 100 da Constituição Federal de 1988).

50.2 Como sabença geral, a RCL é o somatório de doze meses de arrecadação: a do mês de apuração e a dos onze anteriores (art. 2º, § 3º da LRF). Essa amplitude de tempo serve para neutralizar a oscilação que se dá na execução da receita governamental. De fato, os ingressos de caixa são intensos em início e fim de ano, de modo que a arrecadação não é linear ao longo do exercício financeiro e, sob a abrangência de 12 meses, não se pode alegar a queda de

---

[80] Apesar do Projeto de Iniciativa Popular mencionar o art. 11, § 1º da Lei nº 4.320, de 1964, este dispositivo não define RCB, mas receita corrente e de capital. Dispõe o artigo: "Art. 11 - A receita classificar-se-á nas seguintes categorias econômicas: Receitas Correntes e Receitas de Capital.§ 1º - São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes. § 2º - São Receitas de Capital as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o *superávit* do Orçamento Corrente.

[81] Atualmente todo o art. 97 do ADCT está declarado inconstitucional porque o STF entendeu que o regime especial de pagamento de precatório afronta cláusulas pétreas, como a de garantia de acesso à Justiça, a independência entre os Poderes e a proteção à coisa julgada (ADI 4357 e 4425). Todavia, sob o presente prisma, nenhum questionamento foi ventilado acerca do uso de RCL como parâmetro para relação pagamento de precatórios, ao contrário, tal conceito foi utilizado como ponto pacífico de entendimento de como os recursos destinados para quitação de dívidas são apurados.

[82] Vide: http://www.valor.com.br/brasil/3227526/proposta-preve-quitacao-de-precatorios-em-6-anos Ou ainda, http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/08/prefeitura-de-sp-e-agu-estudam-levar-ao-stf-proposta-sobre-precatorios.html

1A4A112A00

receita no mês de apuração motivou a falta de cumprimento de certo limite fiscal, como por exemplo, o da despesa de pessoal.

50.3 Logo, esse intervalo de 12 meses enseja uma média, uma vez que ela integra altos e baixos da receita governamental, neutralizando os efeitos da vinculação arrecadatória.

50.4 Como já afirmado, **a RCL é utilizada como parâmetro para diversas restrições financeiras**. Ou "a contrário sensu", quanto maior o seu volume, maior a possibilidade de gastos com pessoal, de assunção de dívidas e garantias, entre outros parâmetros. Isso significa que **vários atores estão envolvidos e se interessam pela correta apuração e definição da RCL**, pois, repita-se, **a RCL serve para diversas definições no cotidiano da administração**.

50.5 Explica-se. Sob a LRF, a RCL referencia o nível de reserva para o atendimento de riscos fiscais, a chamada reserva de contingência. Igualmente, ela serve de parâmetro para frear a despesa de pessoal[83].

51. Importa mencionar que o referido conceito já foi inclusive objeto de acórdão do **Tribunal de Contas da União que firmou entendimento sobre o alcance da receita corrente líquida**[84].

52. Portanto, se for realizada a pergunta: **"por que a receita corrente líquida no método de aplicação do mínimo da União em ASPS?"** Responde-se:

- **Em primeiro lugar**, tal indicador traduz a efetiva capacidade de arrecadação do ente governamental União, conquanto a outra espécie de receita, a de capital, tem comportamento irregular na Fazenda Pública;
- **Em segundo lugar**, apresenta-se todo ano de modo frequente, habitual e regular;
- **Em terceiro lugar**, a RCL foi acolhida porque afasta a dupla contagem que gera as transações entre unidades públicas do mesmo governo;
- **Em quarto lugar,** afasta o risco da judicialização ao não incorporar determinadas receitas arrecadadas pela União e que não lhe pertencem integralmente, pois devem ser transferidas a Estados, Distrito Federal e Municípios, p. exp.: Fundos de Participação e receitas patrimoniais arrecadadas pela União e consideradas pela jurisprudência do STF como

[83] O qual se desdobra em 5 vertentes: limite global (teto): União 50% da RCL, Estados e Municípios: 60% da RCL. Limite por Poder estatal (subteto): art. 20 da LRF. Limite prudencial: salvo exceção, impede a contratação de pessoal, alterações de PCS, equivale a 95% dos subtetos de cada Poder. Limite de alerta: incumbe às Cortes de Contas notificar o Poder de desvio fiscal: equivale a 90% dos subtetos. Limite do último ano de mandato: art. 21 da LRF.

[84] Vide Acórdão nº 476/2003-TCU – Plenário, no TC 014.646/2002-0, Ata nº 16/2003 – Plenário, Data da Sessão: 7/5/2003 – Ordinária

1A4A112A00

receitas originárias dos Estados e Municípios.

53. Por fim, mas não menos importante, merece ser salientado:

- ✓ No ano de 2012, a RCB foi de R$ 1,134 trilhão e a RCL foi de R$ 616,9 bilhões, segundo dados da Secretária do Tesouro Nacional (STN). Nesse caso, considerando que o gasto com ASPS foi R$78,2 bilhões, a proposta de 10% RCB corresponderia a R$ 113,4 bilhões. Isto equivale a 18,4% da RCL e 2,6% do PIB, que naquele ano foi de R$ 4,4 trilhões.
- ✓ Neste ano de 2013, caso a RCL projetada pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN) se confirme, o valor será de R$ 699,9 bilhões. E, se for executado apenas o mínimo obrigatório exigido pela LC 141/2012 (R$ 83,184 bilhões), os gastos da União com saúde representarão 11,88% da RCL.
- ✓ Ressalte-se que o Ofício nº 92/SEAFI/SOF encaminhada à Câmara dos Deputados em julho de 2013 fez a projeção da RCL para o ano de 2014, estipulando-a em R$ 675 bilhões. Igualmente, no atual método (aplicado ano anterior + variação nominal do PIB), estima-se que as ASPS no ano de 2014 seriam na ordem de R$ 92.268 bilhões. Ou seja, tais valores correspondem a 13,67% da RCL.
- ✓ Apesar de não haver sido aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2014 (PLDO 2014) ainda neste mês de outubro/2014, o Poder Executivo encaminhou as informações complementares previstas no PLOA (orçamento anual). Assim, segundo o Anexo II, item IX (Anexo II – Relação das Informações Complementares ao projeto de Lei Orçamentária de 2014; IX – demonstrativo da receita corrente líquida prevista na Proposta Orçamentária Anual de 2014, explicitando a metodologia utilizada, o **TOTAL DE RECEITAS CORRENTES é R$ 1.362.442.164.684 e o TOTAL DE RECEITA CORRENTE LÍQUIDA é R$ 726.962.522.181.**
- ✓ A **projeção de recursos federais para ASPS** é de **R$ 90.105 bilhões**.
- ✓ Considerar os acréscimos oriundos do resultado ou compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (royalties).

53.1 Esses dados devem ser melhor cotejados. Assim, a projeção para **2013 da RCB pela STN é de R$ 1.296 trilhão**. Os **10% da RCB corresponderia R$ 129,6 bilhões ou 18,6% da RCL**. Logo, no ano de 2013 e mantidas as projeções, **o equivalente dos 10%RCB é 18,6% da RCL**.

53.2 Por seu turno, a projeção para **2014 da RCB pela União é de R$ 1.362 trilhão**. Os **10% da RCB corresponderia R$ R$ 136,2 bilhões ou aproximadamente 18,72% da RCL**. Logo, no ano de 2014 e mantidas as projeções, **o equivalente aos 10% RCB é aproximadamente 18,72% da RCL**.

53.3 Os acréscimos do orçamento impositivo e rendas dos royalties do petróleo somam:R$ 3,8bi (2014), R$ 4,3bi (2015), R$ 5,2bi (2016) e R$ 6,3bi (2017).

1A4A112A00

ANO	PARÂMETROS		
	Receita Corrente Bruta – RCB	Receita Corrente Líquida - RCL	10% da RCB equivalente em %RCL
2013 (*)	1.296.468,2	699.978,9	18,6%

(*) RCL – Projeção STN

(**) RCL obtida pela Informação Complementar do PLOA 2014 (Anexo II, item IX).

54. Ou seja, o que se dispõe de informação oficial sobre estimativa de RCL para 2014 por parte da União, **na data de hoje**, sobre estimativa de RCL é o constante nas informações complementares ao PLOA 2014. Por conseguinte: 10% da RCB é R$ 136 bilhões. Seu equivalente em RCL é 18,74%. As ASPS são R$ 90.1 bilhões (estimativa PIB p/ 2014), que equivale a 1,7% do PIB; 12,39% RCL e 6,61% da RCB.

TOTAL DAS RECEITAS CORRENTES *R$ 1.362.442.164.684*

TOTAL RECEITA CORRENTE LÍQUIDA *R$ 726.962.522.181*

ASPS - Regra de hoje	Equivalência Percentual de ASPS em relação a:			Simulação		
	RCB	RCL		10%	Equivalência de 10% de RCB em termos de RCL	
					% da RCL	R$ de Acréscimo
90.105,7	6,61%	12,39%		136.244,2	18,74%	46.138,5

54.1 **Portanto, a CESaúde propõe ganho real, acima do pleito de 10% da RCB, mas com sustentabilidade e equilíbrio fiscal, mediante uma nova fonte de financiamento e considerando os recursos oriundos dos royalties do petróleo e gás natural, a saber:**

- **A vinculação de 15% (quinze por cento) da RCL da União para ser aplicada em ASPS até 2015, em escala progressiva, o que corresponde ao valor**

1A4A112A00

aproximado de R$ 108bi;

- **Agregar exclusiva contribuição social para a saúde no percentual de 0,20% (dois décimos por cento), o que corresponde ao valor de R$ 38bi**.

- **Logo o setor Saúde teria orçamento estimado (com dados de 2014) no valor de R$ 146bi, que com os recursos dos royalties (apenas de 2014) geraria o total de R$ 149bi**.

- **Deve-se levar em conta que o valor de 10% da RCB para o ano de 2014 seria de R$ 136 bilhões, cujo equivalente é 18,5% da RCL. Sugere-se R$ 149bi, sendo 15% da RCL (R$108bi), contribuição social para a saúde de 0,2% (R$38bi) e royalties (R$ 3,8 em 2014)**.

54.2 Esse caminho parece mais prudente, pois evita interpretações jurídicas que poderiam protelar ou impedir a eficácia imediata das novas regras aprovadas e afasta a possibilidade de **questionamentos** a respeito da **constitucionalidade do uso da RCB**.

54.3 Vale dizer que **alguns palestrantes** em nossas audiências públicas **reconheceram que 10% da RCB para ASPS é uma luta política**. Alguns exemplos:

> **Prof. Elias Jorge, em 07 de maio de 2013:**
>
> (...) E quando discutimos saúde, nós estamos discutindo um item das condições de vida da população. Quando discutimos reforma tributária estamos discutindo projeto civilizatório do País. Então, é por isso que eu acho que nós devemos discutir o financiamento da saúde, mas não devemos perder de vista, Deputado Perondi, a visão estrutural, por exemplo: 10% do orçamento, do orçamento não, das receitas correntes brutas é bom para a saúde? É bom. É necessário para a saúde? É necessário. Eu coordenei a Comissão que elaborou a proposta, que acabou ganhando foro na Conferência Nacional de Saúde, depois, integrou o relatório do projeto do Deputado Guilherme Menezes aprovado aqui nesta Comissão.
>
> Agora, preciso dizer para vocês, com todas as letras, 10% das receitas correntes brutas não resolvem o financiamento da saúde. (...) Portanto, é importante a campanha dos 10%? É, nós vamos continuar, mas não podemos deixar de alertar que só 10% das

1A4A112A00

receitas correntes brutas não vão resolver o problema de financiamento do SUS. Está bem claro isso? (...)

Então, a ideia de se ter uma vinculação com receita era para buscar uma lógica de você, quando for Secretário e gestor de Município estar vinculado à receita de impostos. O dia em que você for Ministro da Saúde — e espero que seja um grande Ministro da Saúde —, não vai estar vinculado à receita. E aí o Deputado Rogério Carvalho tem razão, você desonerando ou não desonerando, da forma como está, se a receita subir ou descer, o montante de dinheiro que está previsto para a saúde é pouco, mas está assegurado, que era outra vantagem dessa forma de financiamento.

Neste momento, é óbvio porque se tiver frustração de receita, gente... No Estado, você foi Secretário também, não é? Frustrou a receita, você vai aplicar menos. No caso da União, não, se frustrar a receita, ela tem que continuar aplicando, porque é um montante sobre o que foi empenhado e corrigido.

Então, acho que é até mais saudável para a União ter a vinculação para a receita. Tecnicamente é mais saudável e é mais isonômico com o Estado e Município.

Ana Maria, representante do TCU, em 07 de maio de 2013:

(...) O que fala a Lei 141? O que foi empenhado no exercício anterior mais a variação nominal do PIB. Atendeu. Só que o Ministério ainda tinha dinheiro, poderia ter aplicado mais. Poderia ter uma implicação negativa — não sei se é isso, é uma inferência — se ele aplicasse mais. Isso vincularia, no ano seguinte, aplicar mais ainda. Então, se ele pode ser conservador, vai ser conservador. Eu vou aplicar menos para não me obrigar no ano seguinte a aplicar mais ainda.

Então, não foi uma regra muito inteligente a da Lei 141, que já foi muito criticada. Então, eu diria que esse é o primeiro ponto para

1A4A112A00

um possível financiamento, uma busca do limite mínimo da União.

Prof. Aquilas Mendes, em 15 de maio de 2013:

(...) O que nós estamos discutindo aqui são algumas ideias propostas. Hoje estamos sendo tragados por todo o movimento, que já chegou ao Congresso, está aqui, dos 10% da Receita Corrente Bruta, que é uma das ideias. Mas não vamos iludir-nos, porque isso não vai resolver o problema. Ainda estamos longe de um sistema universal, por isso a discussão de outras propostas. (...)

Gilson Carvalho, em 15 de maio de 2013:

(...) O Conselho Nacional de Saúde, por intermédio de um mineiro, o conselheiro Abrahão, fez a proposta: "Por que nós não fazemos uma emenda de iniciativa popular?" Estávamos na época da discussão da Ficha Limpa. Então, fomos atrás disso. E em todos os três projetos fizeram uma linha de raciocínio. Qual é a linha de raciocínio? A linha de raciocínio é a seguinte: "Vamos fazer uma lei que não tenha mais nada senão os 10%", porque, quando começamos a botar um punhado de firula, eles dão a firula e não dão o essencial de que precisamos.

(...) Isso aqui são os R$ 43 bilhões. É o esperado, mas não vai resolver. Áquilas disse que não vai resolver. Vai ser um refresco para nós. Esse é o dinheiro esperado, baseado na Receita Corrente Bruta de R$ 1,3 trilhão. Essa é a estimativa. E aqui é para provocar mesmo. É o que eu disse no começo (...)

54.4 E não é só. A utilização da metodologia com RCL avança para um patamar superior de financiamento em ASPS, pois considerando a estimativa de 10% da RCB, buscam R$ 136 bi para o setor da saúde, enquanto que **a presente proposta alcança R$ 146 bi** (desconsiderando o valor

1A4A112A00

dos royalties)**. Este valor representa 20% da RCL –** considerando, agora, a estimativa obtida com base na PLOA 2014 (informação complementar).

54.8 Logo, a fixação dos gastos mínimos em ações e serviços de saúde em um percentual da RCL e acrescido com a contribuição social para a saúde e royalties assegura uma fonte estável de financiamento do setor.

55. Entretanto, **elevar de 11,88% (considerando o ano de 2013) para 15% da RCL (ou 15% + 0,2% de CSS = 20%RCL) representa** um brutal impacto fiscal, impossível de ser assimilado imediatamente, especialmente na conjuntura atual de crise financeira internacional e políticas de desoneração que visam salvaguardar a economia brasileira.

55.1 Assim, de modo a diluir seu impacto fiscal, o Projeto de Lei prevê:

- **Cumprimento progressivo até 2017**. Com efeito, **garantindo-se no mínimo 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida já no primeiro ano subsequente** ao da publicação da proposta da CESaúde.

- Diga-se que 13,2% da RCL na projeção ofertada para 2014 corresponde ao valor aproximado de R$ 95,8 bilhões.

55.2 Ou seja, **já em 2014 os dispêndios mínimos elevar-se-ão dos atuais 11,88% (ano 2013) para 13,2%**, o que representa **um incremento aos gastos com saúde de R$ 8 bilhões (1,62% da RCL)**, em valores projetados de 2014.

55.2 No total geral, ao fixar o dispêndio mínimo com ASPS em 15% da RCL do respectivo exercício financeiro, poderá elevar os recursos da saúde em R$ 49,2 bilhões, em quatro anos[85], conforme a tabela abaixo:

Tabela III - Gastos com saúde com base na RCL do ano corrente

ANO	Regra Atual	RCL do ano corrente (P2)		P2-G	Emendas impositivas + rendas do petróleo (E)	Diferença
	Valores (G)	Valores (P2)	%			
2013	83,2	-	-	-	-	-
2014	90,1	96,0	13,2%	5,9	3,8	2,1
2015	97,7	106,0	13,8%	8,3	4,3	4,0
2016	105,9	120,0	14,4%	14,1	5,2	8,9
2017	115,0	135,9	15,0%	20,9	6,3	14,6
Em bilhões.			Total:	49,2		

[85] Desconsiderando aqui a contribuição social para a saúde e os recursos dos royalties.

1A4A112A00

56. Entende-se que essa iniciativa vai ao encontro dos pleitos do povo brasileiro e da política do governo federal que, nos últimos dez anos, tem aumentado o gasto com o objetivo de reduzir desigualdades sociais históricas e proporcionar o desenvolvimento de nosso país.

57. A saúde é indicada frequentemente como uma das principais preocupações do povo brasileiro e a população tem exigido melhorias no atendimento público à saúde de forma veemente. O primeiro passo para atender ao clamor popular se dará por meio da **melhoria do financiamento do SUS**.

58. O Governo Federal definiu a saúde como área de prioridade ao lançar, recentemente, o Programa Mais Médicos, estratégia que concederá muitas bolsas já no curto prazo e incrementará bastante os custos do SUS. Adicionalmente, o planejamento estratégico de 2011 a 2015 do Ministério da Saúde prevê a abertura de muitas vagas de Residência Médica em especialidades de interesse do SUS já em 2014.

59. Chegou, portanto, o tempo de fazermos um esforço pelo financiamento do SUS.

3.5.3. A Contribuição Social para a Saúde: Financiamento com Sustentabilidade

60. É importante considerar que a Proposta sob comento define que a União aplicará anualmente pelo menos 15% das receitas correntes líquidas para área de saúde até 2017, sendo que, no mínimo, 13,2% da referida receita, deve ser gasta já no exercício de 2014. Entretanto, ao final da proposta o relatório almeja agregar R$ 146 bilhões ao setor saúde (desconsiderando royalties). Essa proposta **cria despesa continuada de caráter obrigatório**, caracterizada como uma despesa permanente que **pressiona os orçamentos públicos por mais de um exercício**. Nesse sentido, contraria a legislação fiscal, sobretudo a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade - LRF). No seu art. 17, a LRF dispõe que os atos que criarem despesa obrigatória de caráter continuado, além da estimativa do seu impacto orçamentário-financeiro, deverão demonstrar a origem dos recursos para o seu custeio e devem, ainda, ser acompanhados pela comprovação de que a despesa criada não afetará as metas de resultados fiscais.

61. Deste modo, considerando a responsabilidade política desta CESaúde com a área da saúde, o Relatório opta por viabilizar a matéria, do ponto de vista orçamentário e financeiro.

61.1 Com a finalidade de harmonizar a regulamentação da Emenda nº 29, de 2000, Lei Complementar nº 141, de 2012, aos princípios norteadores da responsabilidade fiscal, a alteração proposta cria, com fundamento no § 4º do art. 195 e § 1º do art. 198 da Constituição Federal, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), visando ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde **exclusivamente**.

1A4A112A00

61.2 Nesse contexto, vislumbra-se, além da ampliação já prevista do gasto real da União com a saúde, um adicional que poderá representar, a partir do exercício de 2018, recursos adicionais da ordem

de R$ 38 bilhões. Esse patamar de gastos elevará a participação das despesas com saúde da esfera federal de governo.

61.3 Vale salientar que essa solução proposta para a regulamentação, dá sustentabilidade ao setor e preserva a continuidade da ampliação do nível de investimento do Governo Federal em outras políticas públicas e em infraestrutura, sem afetar a sua parcela de contribuição para o setor Saúde.

61.4 É necessário lembrar que a saúde da população depende tanto do acesso a ações e serviços públicos de saúde, nas dimensões curativa, preventiva ou reabilitadora, como de outras políticas públicas condicionantes da saúde. Os investimentos em saneamento básico e habitação, voltados prioritariamente para os segmentos de menor renda da população impactam positivamente os indicadores de saúde e também precisam de adequado financiamento. Os investimentos na infraestrutura logística e energética, por sua vez, são indispensáveis ao crescimento econômico, que amplia o acesso ao emprego e à renda, fatores determinantes na promoção da saúde.

65. A Contribuição Social para Saúde terá uma alíquota de 0,2% (dois décimos por cento) , tendo as mesmas características de incidência tributária da extinta Contribuição Provisório sobre Movimentação Financeira - CPMF, com **a diferença que sua arrecadação está totalmente vinculada ao custeio das despesas na área da saúde**.

65.1 Não se deve esquecer que esta Proposta tramita paralelamente aos outros Projetos em curso, tais como o **Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 32, de 2011, de autoria do Deputado Amauri Teixeira, que "cria a Contribuição Social para a Saúde – CSS"**.

66. A Proposta em anexo têm como objetivo, entre outros,

criar uma Contribuição Social para a Saúde, de caráter permanente, para financiar ações e serviços públicos de saúde, tendo em vista a carência crônica de recursos para a referida área. Assim, aproveitando, em parte, o texto da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996, que teve sua vigência prorrogada até 31 de dezembro de 2007, pela Emenda Constitucional nº 42, de 2003, optou-se por criar a Contribuição Social para Saúde - CSS, regulando, de logo, todos os aspectos inerentes à definição de seu fato gerador, base de cálculo, contribuintes, isenções, forma e instituições responsáveis por sua cobrança e arrecadação, atendidas as exigências do art. 146 e § 4º do art. 195, ambos da Constituição Federal.

67. As principais inovações ao texto foram as seguintes:

a) Dando cumprimento ao disposto no art. 198, da Constituição Federal e, especialmente, em seus §§ 1º e 3º, foi criada a Contribuição

1A4A112A00

Social para a Saúde - CSS, de caráter permanente, sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, como fonte complementar ao percentual, mantendo-se o critério atual anteriormente mencionado;
b) Define-se o fato gerador da contribuição social para a saúde;
c) Relacionam-se os "casos" de não incidência e de "alíquota zero" da Contribuição;
d) Definem-se os contribuintes e fixado a base de cálculo da Contribuição;
e) Fixa-se a responsabilidade pela retenção e recolhimento da contribuição;

67.1 É importante frisar que, na prática, **estarão isentos do pagamento da CSS os valores dos proventos dos inativos, dos pensionistas e demais benefícios previdenciários, não excedentes ao valor do maior salário-de-contribuição**. Da mesma forma e em iguais limites estarão **isentos os trabalhadores ativos contribuintes do regime geral de previdência e do regime de previdência do servidor público**.

67.2 Por último, vale lembrar, que foi **mantido o caráter fiscalizatório da contribuição**, na medida em que se obrigam instituições responsáveis pela retenção e pelo recolhimento da CSS a prestarem as informações necessárias à identificação dos contribuintes e os valores globais das respectivas operações, nos termos, nas condições e nos prazos que vierem a ser estabelecidos pela Secretaria da Receita Federal do Brasil.

4 MECANISMOS DE DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS

4.1 Abordagens Iniciais: O Estado da Arte.

1. O prof. Gilson Carvalho, presente em audiência pública nesta CESaúde no dia 15 de maio de 2013, historiou os mecanismos de distribuição de recursos para o SUS. Diz o sanitarista que desde que a Constituição determinou que saúde fosse obrigação das três esferas de Governo estabeleceu-se necessidade de várias outras definições. Algumas foram definidas de melhor forma e outras com lacunas extremamente prejudiciais à implantação do SUS. Uma delas, da maior importância foi sobre os critérios de rateio dos recursos federais e os mecanismos de transferências.

2. Com isso, ele formula uma indagação: Qual o montante de transferências federais e estaduais se a União e Estados têm que cooperar financeiramente com os municípios para fazer as ações de saúde? E responde: "em local algum, está determinado quanto de recurso arrecadado para as três esferas de governo, deve a União transferir a Estados e Municípios e nem Estados a Municípios". De fato, sabe-se que tais entes têm que cooperar financeiramente, mas nenhum quantitativo de recursos é definido.

1A4A112A00

3. É importante assinalar que a União é a única esfera de governo que pode arrecadar recursos diretamente para a área da seguridade social (saúde, previdência e assistência social). Estados e Municípios, segundo a Constituição Federal, devem usar um percentual de suas receitas próprias que servem a todas as ações e políticas. Tal enseja a razoável interpretação, de alguns juristas, a defenderem que as transferências de recursos federais a estados e municípios são uma transferência constitucional obrigatória – por ser a esfera federal a única que pode ter arrecadação própria para a saúde e não ter mais a competência de execução direta de ações e serviços de saúde.

4. De qualquer modo, utilizando a narrativa do Prof. Gilson Carvalho, este expressa que até 13 de janeiro de 2012 os critérios de transferência federal para a saúde eram aqueles expressos na Lei nº 8.080, de 1990, art. 35, completado pela Lei nº 8.142, de 1990, art.3º.

4.1 No caso, a Lei nº 8.080, de 1990, explicitava que 50% dos recursos deveriam ser transferidos a Estados e Municípios pelo coeficiente populacional. Outros 50%, mediante a combinação de alguns critérios. Enquanto não se definissem esses critérios, os recursos deveriam ser transferidos 100% pelo coeficiente populacional, conforme aquela Lei nº 8.142, de 1990.

4.2 Em 1998 a Emenda Constitucional (EC) nº 20 determina que uma Lei defina os critérios de transferência de recursos da União aos Estados e aos Municípios e de Estados aos Municípios. Com esta introdução na Constituição tinha-se que pensar numa lei que assim definisse. Havia uma esperança que a EC nº 29 (à época PEC nº 169) trouxesse esta definição, o que não foi feito, pois ela mesma remeteu essa definição a uma lei complementar posterior.

4.3 Finalmente, depois de 13 anos da determinação da EC nº 20 e de 11 anos da EC nº 29 surge a Lei Complementar nº 141, em janeiro de 2012 Contudo, estava recepcionado o que já existia na Lei nº 8.080, art.35 e na Lei nº 8.142, art.3º. As inovações foram três preceitos essenciais:

- ✓ Definição anual e publicidade do montante a ser transferido do federal a estado por estado e município por município;
- ✓ A metodologia do cálculo será pactuada na CIT;
- ✓ A metodologia será aprovada no Conselho de Saúde.

4.4 Espera-se que esse novo ciclo que surge demonstre como será a ação do Ministério da Saúde sobre os critérios de rateio e o quantitativo, uma vez que a aprovação pelo Conselho de Saúde era regra já estava prescrita na aludida Lei nº 8.080 e que não era observada.

5. Sabe-se que havia um entendimento de que o recurso arrecadado pela União, responsável por financiar ações e serviços de saúde também de Estados e Municípios, devesse ser transferido de forma automática como uma transferência constitucional a modo do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM).

1A4A112A00

5.1 A mencionada Lei nº 8.080, de 1990, teve artigos essenciais que foram vetados pelo Presidente Collor, entre eles, os relacionadas à área de financiamento e de transferência de recursos. Alguns dos temas do veto de Collor conseguiram ser recuperados na Lei nº 8142, mas outros não, como por exemplo, a quantidade de recursos a serem distribuídos aos Estados e aos Municípios e de Estados para Municípios[86].

5.2 Como mecanismo de transferência legal foi explicitada a idéia, **desde muito tempo posta em prática**, do que se denominou Transferência Fundo a Fundo, já que cada esfera de governo tem que ter seu Fundo de Saúde onde devem ser administrados todos seus recursos.

6. Nada obstante esses méritos da Lei Complementar nº 141, nela ainda reside um grande problema. Nas palavras do prof. Gilson Carvalho:

> "como pode se dar uma transferência direta, regular e automática mediante tantos critérios arbitrários e aleatórios que o Ministério da Saúde utiliza? Ainda hoje as formas somam a mais que uma dezena… ainda ilegais a meu ver. Já foram mais de 100 as caixinhas de transferências. Poderão as transferências ser regulares? Direta de fundo a fundo é possível, mas não tem nem regularidade, nem automatismo".

6.1 No mesmo passo, assevera o retromencionado Documento "4d" do IPEA[87] nesta CESaúde ao comentar os mecanismos e critérios de rateio de recursos previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012:

> " (...) o dispositivo que se refere aos critérios de transferência até aumenta o grau de dificuldade para sua implementação por diversos motivos: *i*) ao acrescentar outros requisitos; *ii*) ao retornar, sem nenhum modificação, ao Artigo 35; e *iii*) ao revogar o parágrafo 1º do referido artigo – 50% transferível pelo critério populacional simples – único dispositivo que poderia ter aplicabilidade imediata. Também deixou de ter validade o parágrafo 2º, do inciso III, do Artigo 77 da ADCT que estabelecia que, dos recursos da União, 15%, no mínimo, seriam aplicados nos municípios, segundo o critério populacional, em serviços de atenção básica. Ou seja, é uma tarefa não trivial tentar incorporar em uma fórmula de distribuição de recursos quase uma dezena

[86] A transferência, como já dito, aos moldes constitucionais obrigatórios não foi aceita pelo Poder Executivo e para isto foram usados alguns outros argumentos que não cabe aqui discutir, ainda que seja uma discussão não vencida.
[87] Trata-se do Texto para Discussão nº 1846, de julho de 2013, da lavra de Sérgio F. Piola, Andrea Barreto de Paiva, Edvaldo Batista de Sá e Luciana Mendes Santos Servo.

1A4A112A00

de dimensões e requisitos. A menos que, como tem sido feito, haja uma utilização parcial e isolada de diferentes dimensões e critérios. Pensando desta forma, todos os repasses vigentes atendem a, pelo menos, um dos critérios previstos. Mas o Artigo 35 da Lei no 8.080 fala no *caput* "Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios (...)".

7. Em resumo, apuram-se os critérios de rateio e mecanismos de transferência de recursos federais aos Estados e aos Municípios somando-se os critérios da Lei nº 8.080, de 1990, art.35, e da Lei Complementar nº 141, de 2012, art. 17. Estão citados a seguir e de tão amplos (e até repetitivos) daqui para frente "cabe tudo em termos de critérios de transferências", como se disse na audiência pública, ou melhor, "**diante da diversidade de critérios, perde-se em transparência e ganha-se pouco em precisão**" (Texto para Discussão IPEA nº 1846, de julho de 2013)

7.1 E eis os critérios em vigor com a somatória do prescrito na Lei nº 8.080 e na Lei Complementar nº 141:

- ✓ Necessidades de saúde da população
- ✓ Dimensão epidemiológica
- ✓ Dimensão demográfica
- ✓ Dimensão sócio-econômica
- ✓ Dimensão espacial
- ✓ Oferta de ações e serviços de saúde
- ✓ Perfil demográfico da região
- ✓ Perfil epidemiológico da população a ser coberta
- ✓ Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área
- ✓ Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior
- ✓ Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais
- ✓ Previsão do plano qüinqüenal de investimentos da rede
- ✓ Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

7.2 Nesses critérios podem ser enquadradas quaisquer das transferências hoje existentes e mais algumas outras dezenas delas. Logo, a preocupação da CESaúde com os recursos

1A4A112A00

adicionais propostos para a saúde foi tanto visando **qualificar o gasto**, como assegurar **transparência**.

4.2 Rateio Federativo e Equidade

1. O documento nº "4d" desta Comissão, sob o título Financiamento Público da Saúde – uma história a procura de rumo", oriundo do Requerimento CESaúde nº 14, de 2013, que solicitou aporte do IPEA, pode ser aqui transcrito como base informativa das questões que ora se buscam colacionar.

> "6. A LEI Nº 141/2012 E OS MECANISMOS E CRITÉRIOS DE RATEIO DE RECURSOS
> Como visto, a EC nº 29 (Artigo 6º) acrescentou ao Artigo 198 da CF o parágrafo 3º, item II, estabelecendo que a LC que será reavaliada, pelo menos, a cada cinco anos determinará "os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao DF e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais". Obedecendo à prescrição, a Lei nº 141 estabelece:
>
> Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19/9/1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.
>
> § 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.
>
> § 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.
> Além disso, aproveita para revogar o parágrafo 1º do Artigo 35 da Lei nº 8.080/1990 em seu Artigo 47. Adicionalmente, os Artigos 18 e 22 da Lei nº 141/2012 reforçam a modalidade de transferência regular e automática para os recursos repassados pela União para estados e municípios e dos estados para os municípios.
> No tocante a esta questão de critérios para transferências a estados, Distrito Federal e municípios, nada que pudesse ser objeto de operacionalização mais imediata foi incluído na Lei Complementar. (...)
> A Lei nº 141/2012 diz que o rateio deve observar as necessidades de saúde da população e as dimensões, demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, entre outras. Mas necessidades de saúde não têm, pelo menos nas fórmulas de

1A4A112A00

> alocação de recursos conhecidas, essas três dimensões como as mais importantes? Ademais, e isso é muito importante, como conciliar, em uma mesma fórmula, critérios que premiam a equidade e critérios que premiam a eficiência? Não seria melhor transferir uma parte maior dos recursos federais com base em critérios de equidade e uma parte menor por meio de metas qualitativas e quantitativas? (...)
> O principal objetivo da alocação regional dos recursos públicos deve ser atender as necessidades de saúde da população. No caso da União, a distribuição de seus recursos deve servir também para reduzir desigualdades injustas. Desta forma, em um sistema de saúde com financiamento compartilhado como é o SUS, devem ser também consideradas as capacidades de autofinanciamento de estados e municípios e a distribuição das ações e serviços de saúde no território. (...)". (grifos inovados)[88].

2. Durante a audiência pública da CESaúde do dia 07 de maio de 2013, o pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG, Francisco Carlos Cardoso Campos (Chico Poté), defendeu a mudança dos critérios de rateio dos recursos para a saúde.

2.1 No caso, ele apresentou críticas às metodologias de "alocação equitativa". E destacou os seguintes problemas:

- ✓ A metodologia é de difícil compreensão para a maioria das pessoas;
- ✓ Propõem-se alcançar a equidade apenas com recursos de custeio (as desigualdades seriam estruturais e deveriam ser enfrentadas com projetos de investimento);
- ✓ Não remunera os serviços realmente existentes;
- ✓ O sistema de incentivos é invertido: premia as situações com indicadores sanitários "piores";
- ✓ Considera indicadores estaduais e municipais médios (há grande contingente de cidadãos com elevadas necessidades sanitárias e sociais em estados e municípios com indicadores "bons", devido a elevadas desigualdades);
- ✓ Não contempla a complexidade dos fenômenos envolvidos na organização dos serviços de saúde.

2.2 Para Chico Poté, o ideal é adotar uma metodologia de distribuição baseada no **planejamento das necessidades do setor em todo o País**. E expressa:

> "O rateio por programação permite a estimativa do total das necessidades dos serviços de saúde, e não apenas a distribuição dos recursos que temos hoje (...)

[88] Como mencionado, trata-se do **Texto para Discussão IPEA nº 1846**, de julho de 2013, da lavra de Sérgio F. Piola, Andrea Barreto de Paiva, Edvaldo Batista de Sá e Luciana Mendes Santos Servo.

1A4A112A00

não podemos retirar dos pobres para dar aos miseráveis, temos de arranjar outros recursos".

3. De fato, desde algum tempo se avalia a implementação de políticas públicas de saúde voltadas ao critério da equidade. Cite-se o exemplo de Amartya Sen, que identifica complexidade ao abordar dificuldades para uma compreensão adequadas das demandas por equidade em saúde. Respondendo à pergunta "why health equity?", diz: The real work begins with the specification of what is to be equalized. The central step, then, is the specification of the space in wich equality is to be sought, and the equitable accounting rules that may be following in arriving at aggregative concerns as well as distributive ones. The content of theories turns on the answers to questions as "equality of what?" and "equity in what form?"[89]

4. Quando se pretende estabelecer a eqüidade como regra ou, no caso, como princípio na implementação de políticas públicas de saúde, é preciso, portanto, esclarecer **que igualdade está se buscando, e por que tal igualdade representa uma situação mais justa**. Tal clareza, que pode ser plasmada em indicadores, é imprescindível para os pactos necessários entre os três níveis de governo, e com a sociedade, para a garantia deste princípio na ação do SUS com base em mudanças qualitativas e sustentáveis.

4.1 O relatório da CEsaúde propõe, então, que o rateio com base na equidade possa responder: (a) a desconcentração de recursos financeiros promovida e a discriminação positiva alcançada conduzem a uma maior igualdade de quê? (b) De que forma contribuem para uma igualdade mais justa no campo da saúde? (c) Asseguraram a maior qualidade do gasto em saúde, no sentido de melhorar a capacidade de resposta dos municípios aos problemas da população local? Têm potencial para elevar o padrão de saúde da população residente nos municípios com piores condições de vida?

4.2 No Brasil, as iniciativas governamentais de promoção da equidade em saúde por meio de políticas públicas, além de transitarem obrigatoriamente nesse campo de questões filosóficas, econômicas, sociais e científicas, têm de lidar com uma outra questão determinante de sua eficácia e êxito: **a questão federativa**.

4.3 Em um país federativo, em que a gestão pública de saúde (a) se faz no âmbito de um sistema nacional, regido pelos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços e de integralidade da atenção; (b) deve observar a diretriz constitucional de se estabelecer uma direção única em cada esfera de governo (União, DF, 27 estados, aprox.5.600 municípios); e (c) tem de assegurar o direito à saúde como direito fundamental do ser humano no território nacional; a promoção da equidade pelos governos federal, estaduais e municipais exige medidas

[89] SEN, Amartya. 2002. **Why health equity?** Health Economics, v. 11, nº 8, p. 659-66. Em livre tradução: "O verdadeiro trabalho começa com a especificação do que deve ser equalizado. O passo central, então, é a especificação do espaço onde a igualdade deve ser buscada, e as regras econômicas (sentido lato) equitativas que podem ser seguidas para se alcançar interesses comuns, bem como regras distributivas. O conteúdo das teorias gira ao redor das respostas à perguntas como "igualdade de quê?" e "equidade de que forma?".

1A4A112A00

de competência exclusiva de cada nível de governo, tanto quanto a ação integrada e combinada (e o financiamento compartilhado) de todos os entes da federação.

4.4 Assim, a proposta da CESaúde dispõe que

- **Os recursos adicionais para a saúde sejam alocados tendo como diretrizes a responsabilidade sanitária, a transparência na aplicação dos recursos e o equilíbrio entre o gasto per capita e os sistemas de saúde nas regiões do Brasil, segundo regulamento**.

4.5 Os recursos previamente existentes serão distribuídos conforme os critérios previstos na legislação atual.

5. Dado que o planejamento sanitário, entre outras, busca estruturar um sistema de saúde resolutivo, adequado às reais necessidades do seu entorno e capaz de produzir qualidade de vida, com equidade, o caminho é traçar uma nova metodologia para **qualificar os gastos em saúde**, de modo a capacitar o sistema a captar e compreender melhor: (a) as especificidades locais dos processos de adoecimento; (b) as desigualdades entre regiões na garantia de respostas efetivas aos problemas de saúde da população; e (c) as necessidades invisíveis que se expressam fora do sistema de saúde.

6. Como expressa o já mencionado Documento "4d" do IPEA, "Não se pode alegar falta de critérios para as transferências do Ministério da Saúde. Pode-se, contudo, questionar a sistemática desenvolvida e o seu afastamento do previsto na lei e regulamentos, conforme se constata a seguir. 1) Ausência de uma orientação estratégica mais precisa quanto ao resultado desejado com o uso dos critérios escolhidos. Maior equidade alocativa ou maior eficiência no uso dos recursos? Ou, apenas mais controle do ente doador dos recursos sobre as esferas recipientes? 2) Não seguimento, de forma mais concreta, dos dispositivos legais que definem os critérios a serem utilizados no rateio de recursos da União para estados e municípios, no âmbito do SUS. 3) O número excessivo de critérios ou formas de repasses consubstanciados em incontáveis portarias regulamentadoras transformou o acompanhamento das transferências em um estéril e difícil exercício de hermenêutica".

7. Há certo número de desafios que se colocam em todo o território brasileiro em busca de equidade e que requer uma boa compreensão para aplicar respostas adaptadas e comuns, que respeitem a diversidade atual. A solução encontrada e viável é resignificar a equidade, de modo que o rateio se dê via o planejamento sanitário pactuado na Comissão Tripartite e Bipartite, que enseja a responsabilidade sanitária dos entes federados materializado no contrato organizativo de ações e serviços de saúde, assim como, que se considere gasto per capita e os sistemas de saúde regionais, ambos os critérios submetidos a transparência dos gastos.

1A4A112A00

8. A aproximação às necessidades e o conhecimento das realidades locais assim adquiridos e a criação de condições para o seu acompanhamento permanente no ambiente participativo da gestão governamental tripartite do SUS e de controle social, por meio da (a) **responsabilidade sanitária pactuada, (b) da alocação considerando o gasto per capita nacional com variações regionais e (c) da transparência do gasto permitem avançar mais rápido nessa delicada tarefa de ratear recursos financeiros para reduzir desigualdades em saúde da forma mais justa**.

4.2 Critérios de Rateio: Responsabilidade Sanitária e Gasto per capita com Variações Regionais

1. O rateio de recursos propostos neste relatório da CESaúde (da União para os Estados e Municípios), que deve ser realizado nos termos do disposto na Proposta em anexo, encontra sustentação na responsabilidade sanitária, na transparência do gasto[90] e na relação financiamento fundado em valores per capita nacional com variações nacionais.

2. Entende-se que esses critérios são os únicos capazes de (a) **qualificar o gasto dos recursos para saúde propostos nos capítulos anteriores deste relatório**, bem como de (b) **promover a transição das políticas e programas de saúde**, atualmente fundadas em Portarias do Ministério da Saúde, **para o modelo que se harmoniza com o definido pela Lei Complementar nº 141, de 2012**.

3. Financiamento da Saúde e responsabilidade sanitária estão essencialmente vinculados, pois eles viabilizam a efetivação do papel do Estado brasileiro na prestação das ações e serviço de saúde e gestão do SUS, assentado sobre os princípios da universalidade, descentralização e integralidade.

3.1 O vínculo entre responsabilidade sanitária e financiamento da saúde pública implica que o critério de distribuição do recurso levará em conta o que cada ente assumiu como obrigação para produzir, distribuir, financiar, garantir acesso, cumprir metas, atender a indicadores sanitários e demais regras estipuladas nos planos de ações e serviços de saúde, sem excluir as atuais obrigações estabelecidas na Lei 8.080 (art. 15).

3.2 A pedra basilar que sustenta a proposta é o aperfeiçoamento da cooperação e da coordenação intergovernamental, por meio do fortalecimento dos fóruns federativos de discussão e negociação entre os três níveis de governo e a criação de instrumentos e regras que facilitem e materializem os acordos intergovernamentais.

3.3 Portanto, a responsabilidade sanitária pactuada e o rateio de recursos são firmados em contrato organizativo de saúde (termo de compromisso de gestão), que corresponde ao compromisso público e à obrigação contratual que cada ente federado assume para executar

[90] O relatório dispõe de capítulo específico sobre o tema transparência, motivo que ele não será aqui colacionado.

1A4A112A00

ações e serviços individual e coletiva de saúde, o financiamento, o cumprimento de metas de produção, de indicadores sanitários, de capacitação de pessoal, de garantia de acesso, bem como as penalidades pelo descumprimento de compromisso público e obrigação contratual.

3.4 Um dos pontos principais do financiamento para o setor saúde é assegurar que os recursos serão geridos com efetividade e transparência, sob participação e controle social. Em decorrência do acúmulo de conhecimento produzido pelo setor saúde, a Lei Complementar nº 141, de 2012, trouxe alguns elementos que ligam, eclética e vulgarmente, o financiamento da saúde à responsabilidade sanitária. Citem-se os exemplos: (a) do planejamento ascendente (art. 30, §§ 1º a 3º da Lei Complementar 141/2012) e (b) dos recursos transferidos com base em planejamento e pacto (art. 17, §1º da Lei Complementar 141/2012).

3.5 Explica-se, segundo esses dispositivos da lei complementar "Quem define o montante de recursos?" é o Ministério da Saúde. Mas "como o Ministério da Saúde define esse montante?" Conforme a metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Usa-se como referência o Plano Nacional de Saúde e o Termo de Compromisso de Gestão **para financiar o custeio das ações e serviços públicos de saúde**[91].

3.6 Nada obstante, a legislação complementar não avançou nos aspectos essenciais que constituem e viabilizam a responsabilidade sanitária, inclusive, porque tal matéria não é objeto de lei complementar.

3.7 Por conseguinte, este relatório ao tratar da responsabilidade sanitária **remete o tema ao Projeto de Lei nº 21, de 2007, e ao Projeto de Lei do Senado nº 174, de 2011**, pois em ambos estão esclarecidas as atribuições de cada esfera de governo e instrumentalizadas os meios para concretude e funcionamento da responsabilidade sanitária, uma vez que a indefinição dessas atribuições e mecanismos tem gerado graves repercussões políticas, gerenciais e administrativas, assim como a ausência da complementaridade da União e dos Estados para com os Municípios[92].

4. Considerando a clássica discriminação de recursos, sabe-se que no âmbito dos **recursos de investimentos**, as prioridades definidas pelo Governo Federal deverão, doravante, guardar consonância com os mapas das regiões de saúde do Estado, os quais devem demonstrar as necessidades de saúde e as metas prioritárias a serem alcançadas[93].

4.1 Entende-se que a distinção prevista na legislação complementar nº 141, de 2012, entre repasses de custeio e repasse de investimento não gera dúvida de que este último é

[91] Aqui será outra questão arguida, mais adiante.
[92] Questões lacunosas no Decreto nº 7.508, de 2011, apesar de toda a boa vontade que se pode extrair desse texto infralegal. E neste ponto que adentra a União como agente redutor das desigualdades regionais.
[93] O texto adiante foi extraído de diversos artigos e conversas com a Profa. Lenir Santos. Há passagens parafraseadas e outras integralmente copiadas e resignificadas. A não indicação das respectivas fontes decorre da ausência de organização, pois vários textos foram recebidos de modo informal. Todos os acertos a ela pertencem.

1A4A112A00

repassado por convênio mediante critérios previamente definidos, face a necessidade dele guardar consonância com os mapas das regiões de saúde dos Estados.

4.2 No âmbito do **custeio**, na estrutura de um sistema constitucional que adota como diretriz organizativa do sistema a hierarquia de complexidade de serviços, deve ser realizada uma divisão de baixa, média e alta complexidade, e no âmbito de cada uma, vigilâncias, medicamentos, gestão, investimento, recursos humanos etc. A partir dessas macroatividades (baixa, média e alta complexidade tecnológica de serviços), importa definir o montante de recursos que irá custeá-las de forma tripartite (União, Estado e Municípios), não se esquecendo de que a atenção básica, ordenadora do sistema cuja meta é ser resolutiva em 80% dos casos, merece recursos correspondentes às suas finalidades.

4.3 Definido o montante de recursos pelos macropilares, impõe-se encaixar as políticas e os programas de saúde dos entes federativos (considerados prioritários e em acordo com o processo do planejamento local, regional, estadual e federal) nas metas a serem pactuadas. É pelo contrato que os compromissos e as responsabilidades de cada ente irão ser definidos na organização do SUS na região.

4.4 Nesse sentido, os recursos adicionais que serão transferidos pelo Ministério da Saúde aos demais entes da Federação, que hoje se faz mediante um conjunto de normas infralegais, deverão encontrar na responsabilidade sanitária seu espaço de negociação e definição de repasse financeiro.

4.5 A responsabilidade sanitária passa a ser uma nova forma de interação entre os entes federativos para organizar suas ações e serviços de saúde em uma região de saúde (funções comuns dos entes federativos), definindo ações mediante metas sanitárias decorrentes do planejamento.

5. Cabe dizer que a relação entre as três esferas de governo pautada em mecanismos como pagamento por serviços prestados e o instrumento convênio **estreita** ainda mais as possibilidades da descentralização contar com o aporte de recursos e responder minimamente às necessidades administrativas e gerenciais do nível municipal. Os recursos adicionais para o setor saúde requerem gastos qualificados.

5.1 A estrutura organizativa do SUS, complexa por ter descentralizado para todos os entes federativos a sua execução, que deve ser integrada e sistêmica, numa Federação que igualou entes desiguais (art. 18 da CF), impõe ao legislador ordinário o dever de encontrar a equidade sanitária, técnica, administrativa e orçamentária na execução das ações e serviços de saúde públicos.

5.2 E isso somente poderá ser feito mediante normas que respeitem essas diferenças federativas e tracem caminhos que permitam ao seu final o encontro da equidade na organização e funcionamento do SUS regional, estadual e nacional. Logo, **o critério de distribuição dos**

1A4A112A00

recursos adicionais para o SUS deverá sê-lo por equidade regional, considerando o gasto per capita nacional.

5.3 O argumento de Lenir Santos é clarividente:

> "(...) O financiamento da saúde precisa ganhar corpo quanto à sua estruturação o qual deve ser suficiente, ainda que de forma escalonada, para garantir a integralidade da assistência à saúde. Esta última, por sua vez, precisa ter um rol definido, de maneira justa, para os usuários do SUS. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES e Relação Nacional de Medicamentos – RENAME devem ter um justo padrão e financiamento suficiente.
>
> É hora de refletir se o financiamento não deve fundar-se muito mais em valores per capita nacional, com suas variações regionais, sustentado pelos três entes da Federação do que em percentuais de receitas.
>
> O financiamento tem que ser suficiente para garantir serviços em quantidade e qualidade na região de saúde, fazendo jus a um per capita regional, com lastro em per capita nacional, fundado em estudos, parâmetros e pesquisas nacionais e internacionais.
>
> Um per capita nacional, com suas variações por região de saúde pode ser o caminho para se produzir equidade orçamentaria regional, uma vez que caberia o Estado e à União assumir as diferenças exigidas pela região, como o custeio de serviços de abrangência regional executado pelo ente municipal.
>
> À União caberia o papel de agente redutor das desigualdades regionais em saúde, ao lado do Estado, além do seu relevante papel de planejador em longo prazo da saúde, com a participação da sociedade.
>
> A União exerceria seu papel de agente promotor da saúde no sentido de definir diretrizes nacionais, lastreadas nas necessidades de saúde, reservando-se ao Estado o seu papel, em articulação com o Município, de definição das especificidades regionais. A União, em seu papel de agente redutor das desigualdades regionais em saúde, ao lado do Estado, lastrearia a manutenção de um per capita mínimo nacional, com abrangência regional. (...)". grifos inovados (SANTOS, Lenir. Fonte não identificada).

5.4 É importante recordar que a discussão sobre a distribuição equitativa de recursos para ações e serviços públicos de saúde implica necessariamente alguma noção de igualdade, colacionando a pergunta de Amartya Sen "o que deve ser igual ?".

5.5 Aquele mencionado princípio da justiça social debatido na introdução deste relatório se concentra, por um lado, na igualdade de oportunidade refletida no direito à saúde. Entretanto, esse mesmo princípio, pelo outro lado, justifica a desigualdade, ou equidade, aos mais vulneráveis, em situações de riscos, aos desfavorecidos. Ou como nos diz aquele mesmo autor:

> "O interesse pela equidade na saúde, que centra especial atenção no grupo social mais vulnerável, é essencial para o entendimento contemporâneo de justiça

1A4A112A00

porque a saúde é fundamental para o funcionamento do ser humano e para possibilitar o desfrute de outros bens primários, como a educação, além de fazer uso das oportunidades que a sociedade lhe oferece". (SEN, Amartya. 2002. **Why health equity?** Health Economics, v. 11, nº 8, p. 659-66. Em livre tradução).

5.6 Nesse contexto, a proposta da CESaúde de distribuição equitativa dos recursos do SUS segundo a definição de um gasto per capita regional, com lastro em gasto per capita nacional, necessariamente deve ser amparado em estudos, parâmetros e pesquisas. Ou seja, é imperativo focar a discussão ao redor de algumas questões relacionadas com a distribuição equitativa dos recursos adicionais para ações e serviços públicos de saúde, que seguem sem resolução, a saber:

- ✓ Quais são as necessidades básicas de saúde que devem ser cobertas para toda a população? (compreensão de parte da integralidade a ser pactuada)
- ✓ Quais os serviços devem ser incluídos em um plano que garanta um nível adequado de atenção? Quais são os bens de saúde pública que permitem reduzir as necessidades de atenção? (definição de nível adequado e de bens de saúde, complementação da integralidade);
- ✓ Quanto de recurso público é exigido para cobrir as necessidades básicas de saúde de toda a população?
- ✓ Quais são os critérios para alocar os recursos limitados em saúde com equidade?
- ✓ Que modelo gerencial de organização oferecerá lograr maior efetividade, eficiência e equidade?
- ✓ Como incorporar a participação popular e envolver a sociedade civil?

5.7 Evidentemente que essa lista identifica algumas perguntas vinculadas com a elaboração de um planejamento sanitário (sentido amplo). Os indicadores de saúde cruzados com os gastos em saúde por território podem refletir o quadro para a distribuição equitativa de recursos da saúde.

6. **Em síntese**, no que concerne ao rateio dos recursos da saúde da União para os outros entes federados, este relatório defende os seguintes critérios:

- **Distribuição segundo a responsabilidade sanitária assumida, com metas e objetivos pactuados;**
- **Distribuição segundo o per capita regional, com lastro em per capita nacional, fundado em estudos e pesquisas, de modo a promover a equidade de recursos entre as regiões de saúde, assegurando inicialmente investimento onde não houver capacidade instalada e depois para despesas de custeio.**

1A4A112A00

6.1 Nesse contexto, a CESaúde apresenta como pontos centrais para que **não ocorram os erros do passado**, que os recursos novos da saúde destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde, desde que previamente acertados na responsabilidade sanitária, segundo as definições do que são (e não são) ações e serviços de saúde (art. 3º e 4º da Lei Complementar nº 141, de 2012).

6.2 Novos **recursos qualificados para o setor saúde é o que possibilita a melhoria das ações e serviços públicos de saúde** e da própria gestão do setor, uma vez que para melhorar a gestão deve-se fazer investimentos.

5 TRANSPARÊNCIA

5.1 Abordagens Iniciais: Resignificando o Controle para o Efetivo Combate à Corrupção

1. Os sistemas de saúde ao redor do mundo, particularmente aqueles que estão em processo de consolidação, como ainda é o caso brasileiro, enfrentam enormes desafios, não só na esfera econômica e social, mas também no campo da governabilidade democrática. Embora os gestores em diferentes níveis de governo sejam eleitos através de processos justos e legítimos, uma vez no poder, muitas vezes enfrentam desafios críticos para representar adequadamente os seus eleitores e responder às suas necessidades e demandas.

1.1 Isso muitas vezes aumenta a desilusão e apatia por parte dos cidadãos, e pode afetar adversamente o sistema de saúde, contribuindo para a sua injúria, o seu desmantelamento e sucateamento e até criando oportunidades para práticas corruptas e outros desgastes.

1.2 Em grande parte, essa falta de governança democrática no sistema de saúde não é apenas uma falta de capacidade institucional e técnica para resolver os problemas sanitários cada vez mais complexos. Mas também para a falta de adesão aos princípios democráticos básicos da governança, tais como, **a transparência e a prestação de contas**. Estas são, muitas vezes, meramente cartoriais, fruto de uma verificação de mera adequação da norma aos fatos e aos atos praticados pelos gestores, sem contextualização histórico-social e técnica-administrativa.

1.3 Observa-se que na audiência do dia 4 de junho de 2013, o Secretário Federal de Controle Interno da Controladoria Geral da União (CGU), Valdir Agapito Teixeira, forneceu os seguintes dados:

> "Quanto à situação da apreciação do Relatório anual da gestão municipal pelos CMS em 2011, a maioria foi aprovado (71,4%); 14,8% estavam em apreciação pelo Conselho de Saúde; não havia informação em 8,3%; foram aprovados com ressalvas 4,3%, solicitado ajuste em 1,1% e não aprovado em apenas 0,1%".

1.4 Veja que ele concluiu asseverando que "o controle social sozinho não dá conta. Necessita da atuação integrada dos órgãos de controle e do aprimoramento dos controles primários do gestor, **todos estes fortalecidos pela transparência**" (destacou-se). Ou seja, é sob a

1A4A112A00

transparência que se deve focar, uma vez que em outra passagem do seu depoimento na CESaúde, ele defende, entre outras medidas:

> "tornar os mecanismos de controle e transparência do SUS reconhecidos pela população como um instrumento efetivo de fiscalização e de garantia do direito à Saúde (ação - divulgar no portal saúde com mais transparência as prestações de contas e os relatórios de auditoria e de avaliação)".

2. A CESaúde presenciou a forçosa relação entre financiamento da saúde e o "desvio" ou a "corrupção", não só diante das audiências públicas por ela promovidas (que contou com a presença de alguns órgãos de controle interno e externo da Administração Pública), mas também por causa dos inúmeros requerimentos que não focavam as fontes, as receitas e o destino dos recursos para a saúde e sim a "corrupção"[94].

2.1 Esclareça-se que diante da impossibilidade de realização de todas as audiências requeridas e do risco do desvio de escopo da comissão, tais requerimentos de audiência pública foram convertidos em solicitação de informações aos órgãos de controle que não estiveram presentes em audiências na CESaúde[95].

2.2 Essa digressão é para destacar como o olhar do "desvio" ou da "corrupção" é marcante dentro da CESaúde. Esta, por essência, é esfera política destinada a debater mais recursos para o setor saúde, uma vez que conta com a experiência de inúmeros parlamentares especialistas e ex-gestores da área da saúde. Ora, o mecanismo de responsabilização típico na esfera política e de gestores é a eleição. Instrumento pelo qual os cidadãos podem continuar a votar em quem representa e responde de forma adequada às suas necessidades e/ou penalizar aqueles que não o fazem, substituindo-os.

2.3 No entanto, o caminho buscado pela CESaúde para lidar com questões de responsabilidade têm se concentrado naquilo que os economistas expressam em melhorar e/ou reforçar **o "lado da oferta" (supply side) da governabilidade democrática**. Portanto, os diferentes ramos e níveis de governo, desempenham um papel importante para assegurar o controle e o equilíbrio de poderes políticos. Da mesma forma, os procedimentos administrativos e de controles internos e externos e a aplicação da lei (através de auditorias) têm sido usados como meios e abordagens de cima para baixo, sem que tal tenha refletido melhoras na gestão do setor saúde.

2.4 É importante dizer que o foco policialesco sobre os recursos públicos do SUS, que não é de pouca gravidade e sequer de menor importância, ainda assim não ampara a criação de

[94] Os desvios e corrupção são graves problemas da Administração, incluída, o sistema de saúde. Apenas se quer chamar atenção para a falsa tese de que o problema do SUS e do seu financiamento é centrado na corrupção. Tal pressuposto, sem base empírica que o sustente, apenas reforça as forças contrárias ao movimento que defende a saúde pública, universal e integral.

[95] E até que estiveram presentes, repetindo-se procedimento, como no caso do TCU e CGU.

1A4A112A00

estrutura paralela dentro do sistema de saúde que seja maior do que a atividade finalística deste sistema de saúde. Explica-se, não é minimamente inteligível sob o ponto de vista administrativo, social, político e econômico, que a estrutura de auditoria do SUS seja maior do que a estrutura fim.

2.5 Merecem destaques alguns dados trazidos pelos participantes da audiência pública sobre o tema controle e fiscalização, realizada em 4 de junho de 2013, já referida anteriormente, a saber:

- ✓ Adelina Melo Feijão, Diretora Substituta do Departamento de Auditoria do SUS (Denasus) afirmou que:
  - Em 2012 foram realizadas 903 auditorias, 354 fiscalizações e 82 verificações de TAS, num total de 1.339 ações.
  - O percentual de ressarcimento de irregularidades apontadas foi em torno de 3%, mas que seria muito maior se houvesse um sistema de auditoria mais eficiente e mais pessoal executando esse trabalho.
  - Em 2012, foram propostos ressarcimentos no montante de R$ 163 milhões, enquanto que em 2010, foram propostos R$ 419 milhões em ressarcimentos. Não há estudos sistematizados para indicar a razão da queda.
- ✓ Jovita José Rosa, Diretora de Relações Sociais Públicas e Comunicações da União Nacional de Auditores do SUS (Unasus) afirmou que:
  - Os governantes sempre demonstraram o "desmazelo" com a fiscalização e com o controle interno do SUS.
  - O Sistema Nacional de Auditoria ainda não saiu do papel. Os governos, desde FHC, passando por Lula e Dilma, nunca se preocuparam em criar uma carreira de auditor.
  - Cita dados de um estudo do Tribunal de Contas da União (TCU), em 1997 existiam 1200 auditores. Hoje, são 748 e a estimativa para 2015 é de que sejam apenas 70.
  - O número de visitas técnicas, que não são auditorias, aumentou de 118 em 2008 para 3.117 em 2011; enquanto que o número de auditorias reverteu uma tendência de crescimento e foi de 1562 em 2010, para 835 em 2011.
  - Há Projeto de Lei da Câmara, PLC 123/2012, que cria 1.200 cargos para auditoria do SUS e que necessita de apoio para aprovação.

2.6 Ou seja, sob o aspecto coorporativo (na ótica de que o interesse privado do grupo esconde-se no manto do interesse público) ou sob o aspecto da ambiguidade (entre pressupor que o ressarcimento ao SUS dos "desvios" teria sido maior se houvessem mais auditores, muito

1A4A112A00

embora não existam estudos sistematizados sobre a matéria), restou apenas a afirmativa da falta de eficiência do sistema nacional de auditoria.

3. Este relatório entende que, sob essa abordagem, a ênfase dada é sobre as instituições do Estado e sua interação dentro e entre eles, restando insuficiente para enfrentar os dilemas da relação financiamento da saúde pública e "desvios" ou "corrupção". Aliás, sob tal prisma, o espaço da participação popular, na forma como insculpida no art. 198, III, Constituição Federal, enquanto diretriz do SUS, permanecerá não autoaplicável ou compondo mero verniz de legalidade. A responsabilidade da CESaúde, enquanto microcosmo da Câmara dos Deputados deve ofertar resposta a altura do problema e na seara do que se entende ser "a Casa do Povo", afinal a Câmara selecionou os Parlamentares mais afeitos ao tema da saúde, compromissados e experientes gestores.

3.1 Logo, democracia é definida não apenas de acordo com o fato de que o poder se origina na soberania do povo, mas a democracia é exercida através das instituições republicanas de governo, governada por um Estado Democrático de Direito, cuja finalidade é garantir e promover os direitos dos cidadãos em três áreas fundamentais de cidadania: política, civil e social.

3.2 Assim, sob a questão "desvio" e "corrupção" no SUS, o relatório defende que seja dada mais atenção no aperfeiçoamento do **"lado da demanda" (demand side) da governabilidade democrática**. Ou seja, seja reforçada a voz e a capacidade dos cidadãos para aplicar diretamente uma maior responsabilidade por parte dos agentes públicos e prestadores de serviços. Isto só se faz mediante a **transparência**.

3.3 A ênfase dessa abordagem está nos atores fora do Estado, que exercem controle e monitoramento sob os atores governamentais nos três Poderes do Estado e níveis nacional, estadual e local. Isto inclui organizações não-governamentais e da sociedade civil, bem como meios independentes, organizações de fiscalização e pesquisa influente e/ou organizações de pesquisa, que **usam tecnologia da informação (TI) para capturar dados e elaborarem conhecimentos sobre a matéria.** Posteriormente divulgam o conhecimento e dados por meio das mídias modernas e redes sociais como mediadoras de comunicações e do fazer político.

3.4 Muitos cidadãos perceberam (e compete a CESaúde também fazê-lo) que as instituições não estão sendo alteradas e/ou reformadas, e as práticas corruptas, portanto, persistem. Ultimamente, a mídia social (Blogs, Instagram, Facebook, Twitter etc.) tem desempenhado um papel cada vez mais importante em iniciativas cidadãs, canalizadas para descobrir as práticas de corrupção e de má gestão, visando responsabilizar os governos por suas ações. Bloggers independentes, "leakers wiki" e grupos de cidadãos têm obrigado as instituições a melhorar a transparência e a prestação de contas.

1A4A112A00

Governabilidade Democrática

1A4A112A00

Câmara dos Deputados │Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 │70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 │E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

Fonte: USAID. *Transparency, Accountability, Prevention, Enforcement, Education an Analytical Framework for Combating Corruption & Promoting Integrity in the Europe & Eurasia Region*. Washington DC: USAID Europe and Eurasia Bureau Anti-Corruption Working Group, 2005.

1A4A112A00

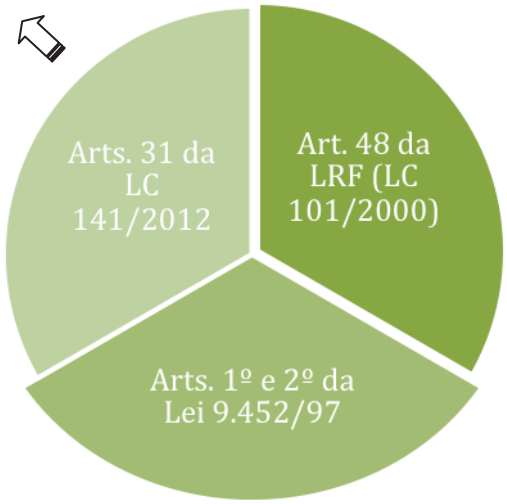
3.5 Neste contexto, os tomadores de decisão estão cada vez mais conscientes do instrumental de TI para captura de dados, gestão de informações, elaboração de conhecimento. Eles sabem das pressões de cidadãos comuns e estão começando a aceitar o controle e a participação social sob outro olhar, como uma forma de promover a participação dos cidadãos e, como um mecanismo de transparência.

3.6 Portanto, os esforços traçados são para melhorar a **capacidade da gestão e dos cidadãos e grupos de interesse para interagir estrategicamente com funcionários do governo e com os legisladores**, de uma forma mais informada, direta e construtiva, recebendo cada vez mais atenção e apoio. Isso reflete uma mudança crescente à governança democrática em relação às políticas públicas do SUS, capacitação e participação, os quais formam a base para a **participação e transparência**.

1A4A112A00

Dispositivos legais sobre transparência na gestão dos recursos públicos das ASPS

Dispõe sobre a transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle (vide arts. 34 e ss; 38 e 39 da LC



Instrumentos de transparência da gestão fiscal. Divulgação por meio eletrônico, incentivo à participação popular e realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes e orçamentos anuais.

Determina que as Câmaras Municipais sejam obrigatoriamente notificadas da liberação de recursos federais para os respectivos

1A4A112A00

1A4A112A00

Câmara dos Deputados │Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 │70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 │E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

5. **Transparência** é participação e controle social. E pode ser um mecanismo de **combate à corrupção** e **aumento da eficiência** da máquina administrativa. Baseia-se na premissa de que as pessoas querem e têm o direito de saber o que o governo faz, como ele faz, como ele os afeta e, especialmente, que o governo tem a obrigação de ser responsável e transparente para os cidadãos.

5. Logo, este tópico do relatório expõe os elementos necessários para a elaboração e implementação da transparência no SUS. E mais, explica o ambiente que faz com que esses exercícios sejam bem sucedidos.

6. No âmbito da competência do legislativo, destina-se também a servir como proposta de indicação como parte da estratégia e/ou programação do Ministério da Saúde. O objetivo final é fornecer uma ferramenta para avaliar e auditar estrategicamente mais o social do que aspectos normativos e de adequações.

5.2 Sistema de Informação em Saúde: Transparência Acima de Tudo.

1. De uma maneira geral, o combate ao desperdício dos recursos empregados no sistema de saúde público se dá a partir de uma ação posterior dos órgãos de controle e fiscalização aos acontecimentos que porventura possam ter causado "desvio" ao erário ou configuram "ato de corrupção". Aliás, a rigor, as auditorias são realizadas em registros administrativos existentes onde nem sempre existe a certeza de que eles correspondem a um evento real, que de fato aconteceu.

1.1 Por conseguinte, para que se possa reduzir tanto os "desperdícios", os "desvios" e a "corrupção", como para que se possa ter um real controle da operacionalização ou concreto funcionamento dos diversos sistemas de saúde que perfazem o SUS, bem como para se saber se todos esses sistemas estão dentro de um padrão esperado de eficiência e eficácia, entende-se que **todos os eventos de interseção entre serviço, trabalhador e cidadão-usuário devem ser registrados em tempo real**.

1.2 Observa-se que essa concepção recupera a essência do liame entre transparência e controle, na medida em que esse elo **consiste em manter o sistema dentro de um padrão** de objetivos[96] e de comportamento[97], com base em informações contínuas sobre o próprio sistema e o padrão de objetivos e de comportamento – consubstanciados nos diversos protocolos clínicos e

[96] Os objetivos representam os padrões dentro dos quais o sistema deve se manter, seja por modo qualitativo e metas quantitativas.
[97] Tratam-se, em suma, de definições de obrigações ou proibições (normas de conduta).

1A4A112A00

de vigilância à saúde. Estes representam o critério de avaliação do desempenho do sistema. A figura abaixo exemplifica a ideia.

O processo de transparência mantém o sistema orientado para o

1.3 Conquanto o processo moderno de controle dependa da informação sobre o comportamento do sistema e o padrão de controle[98], exigindo uma segunda etapa acerca da aquisição de informação, a **transparência** avança o suficiente para que se possa definir, desde logo, **qual a informação deve ser produzida** (todos os eventos de interseção entre serviço, trabalhador e cidadão-usuário), **em que momento deve ser produzida** (em tempo real) e **como deve ser produzida** (registros online, amparados em tecnologia da informação – TI).

2. O funcionamento cotidiano do SUS e suas múltiplas nuances ainda apresentam-se obscuras para os gestores, trabalhadores e cidadãos. Exemplifique-se, no instante da prestação do serviço de saúde, a rigor, nenhum gestor sabe quanto mais ou menos vai custar aquele serviço. O cidadão-usuário não consegue saber, com certa aproximação, o que esperar e enquanto tempo será realizado o atendimento médico.

2.1 Em linguagem coloquial, não se sabe exatamente o que se passa dentro do sistema de saúde. Este não é transparente. Que medicamentos estão sendo prescritos? Que testes são ordenados para diagnosticar problemas de tireóide? Eles são adequados? Quantos pacientes estão em dia com seus exames de triagem? Onde há leitos e máquinas de ultrassom disponíveis? Onde estão certos profissionais especializados? Para responder a cada uma dessas perguntas, que são essenciais para melhorar o funcionamento do sistema de saúde, devem ser realizados estudos complexos e dispendiosos. É a mesma coisa em outras indústrias? A resposta é negativa. Outros setores, como o varejo, têm sistemas instalados, permitindo-lhes conhecer as suas estatísticas em tempo real[99].

2.2 O SUS precisa urgentemente de sistema de informação que permita **conhecer o que acontece dentro do próprio sistema**. Essa informação é crucial para aperfeiçoa-lo. Nesse

[98] E considerar que o sistema de controle no Brasil, esmagadoramente, ainda reflete uma atuação cartorial.
[99] Via de TI, tais como, Data Warehouses e Bussiness Intelligence.

1A4A112A00

sentido, o sistema público de saúde está um pouco atrasado, uma vez que as questões que envolvem a implantação de específica TI para um supermercado não tem identidade para um hospital ou clínica integrada em rede.

2.3 Entretanto, tal é uma prioridade que não se pode esperar. Não se pode continuar a "adivinhar" ou a utilizar instrumentos complexos, dispendiosos, pouco eficientes e eficazes para auxiliar na tomada de decisão do gestor e na operacionalização cotidiana do SUS. **É imperativo um sistema de saúde transparente**. **E o uso de TI em saúde é fundamental para alcançá-la**.

3. Por meio da transparência no SUS, inicia-se uma nova faceta de produção de dados. No caso, dados sobre:

1. Morbidade e mortalidade (que são a base para avaliação de um sistema de saúde).

2. Registros de atendimentos, isto é, quais os tipos de serviço de saúde foram executados.

3. Registro de tipos de procedimentos realizados. Ou seja, os procedimentos profissionais e as decisões profissionais adotadas, com relação àquele usuário.

3.1 Tais registros conformam a base de dados para a gestão clínica e a gestão terapêutica de um sistema de saúde.

3.2 Considere-se aqui incluído os respectivos prontuários. Explica-se: o registro dos dados transforma-se na base dos prontuários profissionais, podendo ser tanto o prontuário clínico como o livro de enfermagem e de outras profissões que também fazem registros em um único prontuário, mas com anotações em espaços distintos.

3.1 A iniciativa coloca o SUS no patamar de países como Alemanha, França, Inglaterra, Canadá, entre outros, que tornam público os resultados de seus diferentes centros de saúde, devidamente identificados[100]. Esclareça-se, identificando-se individualmente os subsistemas, este conjunto constitui na prática a totalidade de entidade pública ou privada que prestam ações e serviços de saúde pública (sistema como um todo).

3.2 O porquê da transparência assenta-se nas evidências suficientes para aceitar que essa publicidade e gestão melhoram os resultados, além do que os cidadãos-usuários têm o direito de conhecer essa informação. Considere, ainda, que a ordenação da assistência mais especializada, inclusive, a contratação de determinados serviços de saúde por parte da Administração Pública pode basear-se e utilizar tais dados para a tomada de decisão.

[100] No Brasil, há dados agregados para análise, publicado regularmente pelo Ministério da Saúde. Todavia, não sob o prisma ora ofertado.

1A4A112A00

3.3 Para a transparência ser mais crível e útil no processo de organização do SUS, esta deveria ser apoiada e liderada por profissionais da saúde, burocratas, estudiosos e pesquisadores, dotando-a com suporte técnico e científico no processo de avaliação e transparência do sistema público de saúde. Consequentemente, quando se disse que a transparência abre uma nova fase de formulação de indicadores, deve-se fazer um esforço para se obter os melhores indicadores, no sentido de que sejam mais adequados a complexa realidade da assistência à saúde em nosso SUS. Algumas frases habituais, "isso ou aquilo não pode ser medido" não são mais aceitáveis. O trabalho diário e o apoio que o cidadão-usuário presta ao SUS merece a resposta: mais transparência e melhorar tanto quanto possível o sistema público de saúde.

5.2.1 A Identificação Única do Cidadão-Usuário

4. Saliente-se que a organização da coleta desses registros adota a sistemática do **usuário com identificação única**[101]. E essa colheita de identificação já diz qual é o sexo, a idade, raça, origem da cidade desse cidadão, entre outras. Ou seja, todas as informações sobre aquele cidadão-usuário, resguardada sob o direito à privacidade, contém tudo o que acontecer ao longo da sua vida.

4.1 O importante a destacar é que do conteúdo do cartão/prontuário eletrônico, o sistema consegue registrar e armazenar dados tanto por indivíduo e por gênero, como por faixa etária ou raça, cite-se estes como exemplos. Com a posse desse banco de dados, é possível trabalhá-lo **para extrair dados produzidos por diagnóstico, por afecção, por doença etc**.

4.2 De fato, muito se tem escrito sobre os benefícios dos cartões ou prontuários eletrônicos. Em síntese, tais estudos apontam que uma vez instalado o sistema de informação pode-se melhorar a forma como os doentes são tratados, a forma como a assistência médica é ofertada, o modo como é produzida ações e serviços públicos de saúde, como os profissionais da saúde se comunicam entre si e como os estabelecimentos e entes interagem, entre outras exemplificações. Trata-se do que se costuma designar de **coordenação do atendimento**[102].

4.3 Em sentido mais simples, o cartão eletrônico é utilizado para coordenar o atendimento dos pacientes, pois se adota a premissa de que o cuidado coordenado é melhor do que aquele que não é coordenado. Evidentemente que isso exige que os cartões sejam

[101] Para os fins textuais, o sentido semântico é igual para os termos "identificação única", "identificação universal", "cartão eletrônico", "protocolo eletrônico".

[102] A questão subjacente é sobre quem irá custear a implantação do cartão eletrônica como mecanismo de transparência. Considerando que o benefício é de todos, entende-se que o sistema público deve liderar a iniciativa, tal como ocorre em alguns países europeus com sistemas de saúde pública. Para o sistema privado de saúde, o Estado deve atuar de modo que os prestadores de serviços não tenham outra opção, senão implementa-lo a suas expensas. Isto é o que faz, como por exemplo, os Estados Unidos da América.

1A4A112A00

implantados e combinados para uma boa maneira de trabalhar, em processos adequados[103], com comunicação entre sistemas distintos (sistema público e privado de saúde), destinados à necessidade e finalidade do SUS[104].

5.2.2 Eixos Gestores: Sistêmico, Clínica, Sanitária,Garantia de Acesso e Organização da Atenção.

5. De qualquer modo, é com base nos dados armazenados e produzidos pelo sistema de saúde em tempo real que são geradas as condições necessárias para organizar, ao menos, **5 (cinco) eixos gestores**: (1) Eixo Sistêmico; (2) Eixo da Produção; (3) Eixo da Gestão Clínica e da Gestão Sanitária, (4) Eixo da Garantia de Acesso e (5) Eixo da Organização da Atenção. Vejamos cada um desses.

1. **Eixo Sistêmico**: possibilidade de identificar o Município e o estabelecimento de saúde que atendeu o cidadão-usuário.

a) Então, pode-se debitar do Município, que é referência, a utilização do SUS por cidadão-usuário de outros municípios ou do próprio município. **Mostra-se a eficiência do Município enquanto operador de sistema**.

b) Vê-se parte do **cumprimento de sua responsabilidade sanitária**[105].

b.1 Nessa linha de informação, consolida-se a gestão sistêmica. O elemento estruturante do SUS é a responsabilidade sanitária, uma vez que desde o momento em que o registro é feito e sistematizado, oferta-se a possibilidade de se saber **"o que" o sistema atendeu da demanda prevista** (atendeu 80% da demanda prevista? Mais ou menos? O sistema atendeu mais do que estava previsto como sua demanda?)

b.2 Além disso, possibilita-se obter informações que está no campo da responsabilidade sanitária, que são **informações sobre morbidade e mortalidade** para população daquele município[106].

[103] Entende-se por processo adequado aqueles processo bem desenhados, provados, com capacitação aos operadores do sistema etc.

[104] Interessante artigo na revista "Journal of General Internal Medicine" (Disponível http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-009-1195-2), onde se entrevisto um grupo de médicos doutores americanos sobre o cartão eletrônico e a coordenação do atendimento médico. O resultado mostrou que existem alguns elementos que não ajudam e, na verdade, dificultam o cuidado coordenado do paciente. A hipótese levantada pela reportagem é que o cartão eletrônico nos EUA nasceu para cobrar as prestações dos serviços de saúde e não para melhorar a atenção a saúde dos pacientes. E expressa "é precisamente isso o que faz de melhor o cartão eletrônico, otimizar o sistema de cobrança". Ressalte-se, então, implantação do cartão segundo à necessidade e finalidade do SUS.

[105] Que é o compromisso de entrega de ASPS para os seus munícipes e para os munícipes de outrem - que usam esse serviço.

[106] Ou melhor, a responsabilidade sanitária é na prática o compromisso de cada ente com a produção e serviços de saúde, com indicadores de morbidade e mortalidade, com a produção e serviços de saúde para os jurisdicionados e para munícipes que usam o seu sistema de saúde.

1A4A112A00

5.1 Então, busca-se resolver a **informação sistêmica** e se potencializar a **transparência**. Em tese, possibilita-se a qualquer gestor e a sociedade saber qual é o compromisso com a vida que cada ente da Federação tem para com o setor de saúde, considerando as condições objetivas postas que permitiram a oferta de ASPS. E diga-se, compromisso este que fora pactuado e não imposto por nenhum ente a outro ente federado.

2. **Eixo da Produção**: com base no registro em tempo real das interseções entre serviço, trabalhador e cidadão-usuário **pode-se saber se determinado estabelecimento contratado ou estabelecimento próprio da Administração Pública, de fato, entregou à população as ASPS compromissadas**.

2.1 E ainda, é possível saber **se aqueles estabelecimentos estão sendo eficientes**, qual a efetiva destinação do dinheiro público ali aplicado e **qual a produção real que eles estão dando ao setor de saúde**. Detalhando,

a) É possível identificar e mensurar se o estabelecimento contratado pela Administração Pública para determinada produção de ASPS está entregando, ou não, a qualidade e quantidade contratada.

b) A Administração Pública poderá condicionar o pagamento a prévia comprovação da entrega do que foi objeto do contrato. Isso potencializa a transparência ao gasto na área da saúde.

5.2 É importante sistematizar a conexão dos dois primeiros eixos antes de avançar. Logo, o primeiro eixo ventila a questão do sistema e sua relação com a responsabilidade sanitária. Neste eixo estão inseridos os indicadores básicos de saúde, a saber, indicadores de morbidade e de mortalidade, que é uma linha para validação da responsabilidade sanitária, bem como avaliação da eficiência e da eficácia de determinado ente da Federação. Essas duas variáveis devem ser corelacionadas ao segundo eixo, que trata da questão das compras de serviços e de eficiência produtiva, ou de eficiência própria ou eficiência contratual, dependendo se é serviço é próprio ou por serviço contratado.

3. **Eixo da Gestão Clínica e da Gestão Sanitária**: diante da identificação única do cidadão-usuário no sistema de saúde, pode-se ter registro para conformar bancos de dados sobre (a) procedimentos já executados, (b) resultados já disponíveis que podem ser utilizados em qualquer ponto da rede do SUS, (b.1) por qualquer profissional, (c) evitando o retrabalho e a repetição da enorme quantidade de exames que são refeitos dentro de um mesmo prazo de validade do exame.

3.1 Esses registros estariam disponíveis em um banco de dados para ser acessado por qualquer profissional habilitado, desde que esteja cuidando de algum cidadão-usuário, de modo que é a partir da identificação desse usuário que o profissional da saúde estaria autorizado a ter acesso às informações. Trata-se da **gestão clínica**.

3.2 Daí em diante, haveria a clara distinção entre a gestão clínica e a **gestão dos grupos de riscos**. Explica-se, com base nesse banco de dados **é possível distinguir**,

1A4A112A00

sob a proteção do direito à privacidade, **grupos**, como por exemplo, grupos de diabéticos, crianças, gestantes, idosos, entre outros.

3.3 Com isso, pode-se fazer o **acompanhamento com ofertas programadas**, bem como **apurar se o indivíduo ou grupo está tendo acesso, ou não, àquilo que deveria acessar** para ter a proteção a sua saúde, prevenção ou a promoção da saúde por meio de **grupos vulneráveis ou suscetíveis**.

4. **Eixo da Garantia de Acesso**: através da identificação universal em tela, o cidadão-usuário e operadores do sistema **podem acessar todas as ofertas que o sistema oferece ou tem contratado**. Ilustre-se da seguinte maneira, colocam-se as ASPS em uma sala de oferta virtual, que pode ser acessada por qualquer profissional, desde que habilitado, para resolver o problema de saúde de um indivíduo.

4.1 Cria-se uma verdadeira **rede virtual**, onde se agrega a oferta de ASPS produzida de forma sistêmica ao indivíduo para atender a sua necessidade de saúde. Com isso, o SUS passa a ser transparente e potencializa o cidadão, o gestor, os Parlamentares, os movimentos e sociedade civil organizada saber onde cada real, cada recurso, está sendo aplicado no setor da saúde.

5.3 Os sistemas de auditoria seriam, assim, muito mais um sistema analítico de algo real. Destinados a verificar os padrões de objetivos dos diversos operadores e o padrão de desempenho nas execuções contratuais. Haveria uma auditoria de qualidade para saber se os pacientes (ou cidadãos – usuários) estariam sendo assistidos dentro do padrão esperado. Estes consubstanciados nos diversos protocolos clínicos e de vigilância à saúde.

5. **Eixo da Organização da Atenção**: o banco de dados em apreço exige **o cadastramento de todos os profissionais da área de saúde**, classificados, entre outros critérios, por distribuição pelos estabelecimentos de saúde (aspecto territorial), por tipos de estabelecimentos (aspecto da atenção), por respectivas capacidades produtivas e capacidades de entrega de ASPS.

5.1 Essa ordenação perfaz faceta da grande sala de oferta virtual de ASPS ofertada pelo SUS, seja por meio de estabelecimentos contratados ou de estabelecimentos próprios. Ambos devem colocar seus procedimentos e serviços nessa aludida "prateleira virtual" para que **a rede inteira do SUS possa acessar, interagir e integrar-se**, materializando o anteriormente eixo da **garantia de acesso**.

5.4 Então, com o desenvolvimento desse sistema de registro em tempo real, constituir-se-ia **transparência na operação do SUS na operação de seus milhares de operadores sistêmicos locais, estaduais e regionais**.

5.5 Restou clarividente pelos eixos apresentados que se formula proposta que coloca à disposição da participação e do controle social, dos gestores e profissionais da área de saúde

1A4A112A00

todas as informações necessárias para **melhorar o conhecimento do setor de saúde** e **facilitar a avaliação**, **a comparação** (benchmarking) e **a tomada de decisão**.

5.6 A CESaúde entende que se lograr implantar um sistema de TI adequado no SUS, amparado na identificação única de usuário, será perfeitamente possível conhecer o que se passa no interior do sistema de saúde. Exemplifique-se, **pode-se saber qual estabelecimento tem melhores resultados ou qual regional de saúde é mais eficiente**.

5.7 **E ainda**, qual ente federado cumpriu a responsabilidade sanitária e qual não cumpriu, mas desmembrando a análise para se saber onde se deve fazer investimentos (porque não tem capacidade instalada) e onde se pode aplicar somente em custeio (há capacidade instalada), inclusive, identificando questões do tipo "se existe capacidade instalada e não há recursos de custeio para o funcionamento das instalações e equipamentos ou onde não existe capacidade instalada e sequer há custeio).

5.8 Todas essas informações devem ser publicizadas, daí o sentido de transparência. Evidentemente que resguardada a privacidade dos indivíduos. Assim, os conselhos de saúde, a sociedade organizada e os movimentos populares de saúde estariam **empoderados** para pressionar por melhorias qualitativas e avanços sociais no setor saúde.

5.9 Atualmente, se um cidadão-usuário do SUS não é bem atendido no SUS porque está faltando insumos ou faltam médicos, a resposta padrão não é a precariedade dos recursos para a saúde. O que é bem verdade. Mas que "a culpa" é da gestão promovida por esse ou aquele governo. Este diz que a máquina burocrática está apartada do interesse público e visa interesses corporativos. E, no final, nenhum gestor ou cidadão-usuário sabe, com precisão cirúrgica, o que se

1A4A112A00

passa no SUS. **Se o sistema de saúde for transparente, finalmente se poderá tomar ciência do que está acontecendo, onde e quais soluções devem ser adotadas, afinal com a transparência exsurgem as responsabilidades**.

6. Os profissionais da área de saúde, geralmente, são resistentes em dar conhecimento de seus resultados e desempenhos. Existem razões legítimas para entender essa posição, tal como, o questionamento a qualidade dos dados e a precisão (exatidão, sensibilidade e especificidade) das medidas e dos indicadores empregados. Nada obstante, como afirmavam os pioneiros nas publicações de dados sobre mortalidade em cirurgias cardíacas na Inglaterra[107], "os problemas técnicos não são tão importantes no contexto maior da transparência pública".

7. A transparência pretende ajudar o SUS em suas comparações internas e externas. A potencializar uma contínua melhora da qualidade e segurança assistencial de saúde. Os resultados que se afastarem do padrão esperado indicará unicamente a necessidade de realizar uma profunda investigação e do gestor agir para superar o problema.

8. Ou melhor, a finalidade da transparência será, entre outras, **gerar conhecimento** para contribuir para aperfeiçoar a **qualidade**, **segurança** e **sustentabilidade** do SUS, facilitando a **tomada de decisão** dos cidadãos, dos profissionais, dos gestores e planejadores. Por isso, a transparência é uma reivindicação cidadã, amparada na Constituição Federal e Lei Orgânica do SUS. Logo, ela não é uma opção, mas uma obrigação ética e republicana.

[107] Apontamentos pessoais. Não identificação da fonte.

1A4A112A00

6. RECOMENDAÇÕES

6.1 Sobre o Financiamento da Saúde

A CESaúde recomenda para incrementar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, o Projeto de Lei Complementar (Anexo I), alterando a Lei Complementar nº 141, 2012, com o seguinte teor:

- Será substituído o método presente no art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012[108]: A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o equivalente a 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida federal, calculada segundo a metodologia definida no art. 2º da Lei Complementar nº 101, de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal);

- Como regra de transição visando o novo patamar de gastos, o projeto prevê que a aplicação mínima da União em 15% da RCL será cumprido progressivamente até o ano de 2017, garantindo-se, no mínimo, 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) já no primeiro ano subsequente ao da publicação dessa nova legislação, com acréscimo sequencial nos anos posteriores: 13,8%, 14,4% e 15%, todos da RCL;

- Contribuição Social para a Saúde (CSS) no percentual de 0,2% (dois décimos por cento). Estão isentos do pagamento da CSS os valores dos proventos dos inativos, dos pensionistas e demais benefícios previdenciários, não excedentes ao valor do maior salário-de-contribuição.

- Da mesma forma e em iguais limites estarão isentos os trabalhadores ativos contribuintes do regime geral de previdência e do regime de previdência do servidor público.

- É mantido o caráter fiscalizatório da contribuição, buscando evitar elisões e sonegações fiscais.

- Assegura-se a manutenção dos recursos oriundos da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o §1º do

[108] A atual regra dispõe que a União aplicará na saúde o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido, no mínimo, da variação nominal do PIB ocorrida do ano anterior.

1A4A112A00

art. 20 da Constituição Federal.

6.2 Sobre os Critérios de Rateio

A CESaúde recomenda que os recursos adicionais para as ações e serviços públicos de saúde acima sugeridos e expressos no Projeto de Lei Complementar (Anexo I), sejam qualificados com os seguintes parâmetros:

- Alocados tendo como diretrizes a responsabilidade sanitária, a transparência na aplicação dos recursos por meio do registro das ações e serviços de saúde em tempo real e o equilíbrio entre o gasto per capita nacional e os sistemas de saúde regionais, de modo a promover a equidade de recursos entre as regiões de saúde, possibilitando o gasto inicial em investimentos, onde não houver capacidade instalada, e depois gasto em custeio.

6.3 Sobre os Aperfeiçoamentos na LC nº 141/2012

A CESaúde recomenda alteração nos seguintes dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 2012, arts. 14; 24; 38 e 39, todos inseridos no Projeto de Lei Complementar (Anexo I) pelas razões a seguir:

- Art. 14, LC 141/2012 - Prevê, assim, que a aplicação dos recursos por meio dos Fundos de Saúde não impede a gestão e a execução orçamentária e financeira dos respectivos recursos por entidades da administração indireta vinculadas ao órgão máximo da direção do SUS no âmbito de cada ente da Federação.

- Art. 24, LC 141/2014 – Ajustes de redação, que retificam equívocos técnicos, tais como o correto uso da expressão “empenhados”;

- Art. 38, LC 141/2014 – correção linguística, além de permitir que as comissões temáticas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal auxiliem a CMO na realização do monitoramento da avaliação dos gastos com saúde.

- Art. 39, LC 141/2014 – acrescenta elementos para a transparência e o controle social, relacionando a ação dos órgãos de fiscalização mediante a origem do recurso.

Dispositivo autônomo prevê (art. 4º do Projeto) que as normas gerais para registro das ações e serviços de saúde pela União, Estados, DF e Municípios serão editadas pelos órgãos centrais de contabilidade e orçamento da União, enquanto não for constituído o Conselho a que se refere o art. 67 da Lei Complementar nº 101, de 2000, observada a necessidade de

1A4A112A00

segregação das informações, com vistas a garantir o cálculo automático do mínimo de saúde e a dar cumprimento às disposições da LC 141/2012.

Importa ressaltar que a alteração ao art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012, mantém conexão e pertinência com os dispositivos previstos no art. 2º da Proposta, especialmente a mudança do método de definição do piso federal em ASPS.

6.4 Outras Proposições Legislativas

A CESaúde recomenda, como parte integrante e complementar do trabalho e propostas sobre o financiamento da saúde, as seguintes Proposições (Anexo II):

- Apresentação do Requerimento para criação de Comissão Especial destinada a analisar e propor medidas sobre a relação entre o setor público e o setor privado no âmbito do sistema de saúde nacional, aprofundando o debate sobre as subvenções estatais que geram subfinanciamento do SUS, aqui incluídas, as exonerações tributárias (Anexo II, item A);

- Elaborar indicação ao Poder Executivo com o seguinte escopo: aumentar a competência do DENASUS, de modo que ele tenha como incluso em seu foco de auditagem parâmetros de qualidade dos serviços, segundo os contratos organizativos de ações e serviços de saúde entre os Entes (Anexo II, item B);

6.5 Apoio às Proposições Legislativas em Tramitação

A CESaúde recomenda apoio às seguintes Projetos de Lei:

- Projeto de Lei nº 21, de 2007, de autoria do Deputado Dr. Rosinha, que "dispõe sobre a Responsabilidade Sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas", bem como ao Projeto de Lei do Senado nº 174, de 2011, de autoria do Senador Humberto Costa, que "altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para modificar o art. 36, que institui regras sobre a elaboração dos planos de saúde, e para inserir dispositivos que regulam a responsabilidade sanitária dos gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde".

- Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 32, de 2011, de autoria do Deputado Amauri Teixeira, que "cria a Contribuição Social para a Saúde – CSS";

- Projeto de Lei do Senado nº 707, de 2007, de autoria do Senador Alvaro Dias, que

1A4A112A00

"aumenta a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das instituições financeiras para 18%";

- Projeto de Lei Complementar nº 48, de 2011, de autoria do Deputado Dr. Aluizio, que "tributa Grandes Fortunas por meio de contribuição social e destina recursos para o setor saúde";

Expedição de ofício para os respectivos autores, relatores e presidentes de Comissões por onde tramitam todas as Proposições que foram enumeradas nestas recomendações como recebendo apoio deste relatório, para que Suas Exas. fiquem cientes do posicionamento favorável à matéria adotado pela CESaúde.

6.6 Medidas Legislativas Internas

A CESaúde sugere como ações e medidas que possam ser adotadas pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados em parceria com a Presidência da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF):

- Criar prêmio, sem valor monetário, a ser conferido, anualmente, pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), segundo critérios prévios, aos gestores, pesquisadores, servidores, cidadão comum de municípios e estados que se destacarem na implantação, pesquisa, estudo do SUS, reconhecendo o trabalho realizado. Torna-se necessário que a Mesa Diretora elabore Resolução Legislativa para criação desse prêmio.

- Monitoramente, pela CSSF, das proposições de saúde estruturantes para o SUS em tramitação na comissão e na Casa, utilizando metodologia de classificação desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Saúde da Câmara, a fim de analisar o fluxo das mesmas, apoiando sua oportuna deliberação, por meio da organização de uma pauta de deliberação que priorize as proposições estruturantes.

- Visando facilitar o controle social e também oferecer meios para os parlamentares acompanharem a implantação do SUS, recomenda-se que a CSSF instale uma "sala de situação de saúde", usando metodologia divulgada pela Organização Pan-Americana da Saúde, baseada na seleção de indicadores, que permitam a verificação ao longo do tempo do atingimento de metas definidas no nível nacional, estadual e, até, municipal.

1A4A112A00

6.7 Medidas Administrativas Internas

A CESaúde recomenda apresentar Requerimento (Anexo III) para aprofundar estudo, por meio da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, e no prazo de 60 (sessenta) dias propor os seguintes Projetos de Lei em benefícios do SUS:

- Verificar a viabilidade da Proposta do Prof. Dr. Elias Jorge que cria a Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira, cujo inteiro teor está no Anexo IV, Item A, deste relatório;
- Verificar a viabilidade da Proposta da Profa. Dra. Lígia Bahia, no sentido de que o fundo de pensão dos servidores públicos tenha que aplicar no sistema único de saúde (SUS). No caso, nas ações que digam respeito ao complexo industrial de fabricação de vacinas e medicamentos, cujo comprador e garantidor é o Ministério da Saúde, conforme notas taquigráficas (Anexo IV, item B, Notas Taquigráficas exclusivas da profa. Lígia Bahia, audiência pública do dia 15 de maio de 2013).
- Verificar a viabilidade da Proposta da Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil – ANTC, ofertado pela Dra. Lucieni Pereira, Anexo IV, item C, deste relatório;
- Verificar a Proposta do especialista e técnico Afonso Teixeira Reis, no sentido de imposto progressivo com alíquotas proporcionais sobre rendimentos de aplicações financeiras e receita decorrente de um pequeno acréscimo no valor unitário das apostas de jogos (com cautela para não desestimular as apostas) vinculadas à saúde, Anexo IV, item D, deste relatório.

7. BREVE RELATO DA CESAÚDE

1. Este capítulo visa narrar um breve histórico da Comissão de Financiamento do SUS (CESaúde), indicando a criação e o escopo da Comissão. Contando um pouco da historia das audiências e seus pontos principais e contribuições.

7.1 A Criação e Escopo da CESaúde

1A4A112A00

2. A Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde Pública (CESaúde) foi criada em 26 de fevereiro de 2013 pelo presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Henrique Eduardo Alves, com a deteminação de ser composta por vinte membros titulares, com igual número de suplentes, e mais um titular e um suplente, atendendo ao rodízio entre as bancadas não contempladas, designados de acordo com o art. 33 do Regimento Interno.

3. O referido presidente designou os membros da Comissão em 26 de março de 2013, conforme a indicação das Lideranças e convocou reunião de instalação e eleição para o dia 03 de abril de 2013. Apresenta-se abaixo a composição da Comissão.

4. O escopo da Comissão, como referido, é o estudo do financiamento da saúde pública no Brasil, com a possibilidade de apresentar proposições, sem a delimitação de um prazo específico para a apresentação dos resultados.

5. Foram realizadas 09 reuniões[109], conforme especificado a seguir:

- ✓ Em 10 de abril de 2013, para instalação da Comissão e eleição do Presidente e dos Vice-Presidentes;
- ✓ Em 16 de abril de 2013, para definição do roteiro dos trabalhos e deliberação de requerimentos;
- ✓ Em 23 de abril de 2013, para votação de requerimentos e realização de audiência pública;
- ✓ Em 07 de maio de 2013, para votação de requerimentos e realização de audiência pública;
- ✓ Em 15 de maio de 2013, para votação de requerimentos e realização de audiência pública;
- ✓ Em 21 de maio de 2013, para votação de requerimentos e realização de audiência pública;
- ✓ Em 04 de junho de 2013, para realização de audiência pública;

[109] Desconsidera-se as reuniões de depósito do relatório e subsequentes, uma vez que não podem ser aqui inseridas.

1A4A112A00

✓ Em 13 de agosto de 2013, convocada pelo Sr. Presidente da Comissão para discutir RCL versus RCB com os Consultores de Orçamento e Consultores Legislativos da Câmara dos Deputados;

✓ Em 20 de agosto de 2013, Seminário Internacional, com a presença do Vice-Ministro de Estado da Saúde do Chile, o representante da Escola Nacional de Segurança Social da França e do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde de Portugal e Sra Conselheira para Assuntos Sociais da Embaixada da Alemanha.

6. As sínteses das audiências públicas são apresentadas na seção a seguir.

Composição da Comissão

TITULARES	SUPLENTES
PT	
Benedita da Silva PT/RJ (Gab. 330-IV)	Amauri Teixeira PT/BA (Gab. 237-IV)
João Paulo Lima PT/PE (Gab. 360-IV)	Janete Rocha Pietá PT/SP (Gab. 578-III)
Rogério Carvalho PT/SE (Gab. 641-IV)	Miriquinho Batista PT/PA (Gab. 435-IV)
PMDB	
Darcísio Perondi PMDB/RS (Gab. 518-IV)	Colbert Martins PMDB/BA (Gab. 456-IV)
Osmar Terra PMDB/RS (Gab. 927-IV)	Edinho Araújo PMDB/SP (Gab. 418-IV)
Saraiva Felipe PMDB/MG (Gab. 429-IV)	Geraldo Resende PMDB/MS (Gab. 905-IV)
PSDB	
Eduardo Barbosa PSDB/MG (Gab. 540-IV)	Cesar Colnago PSDB/ES (Gab. 602-IV)
Marcus Pestana PSDB/MG (Gab. 715-IV)	Raimundo Gomes de Matos PSDB/CE (Gab. 725-IV)
PSD	
Dr. Paulo César PSD/RJ (Gab. 904-IV)	César Halum PSD/TO (Gab. 282-III)

1A4A112A00

Eleuses Paiva PSD/SP (Gab. 658-IV)	Geraldo Thadeu PSD/MG (Gab. 248-IV)
PP	
Afonso Hamm PP/RS (Gab. 604-IV)	José Linhares PP/CE (Gab. 860-IV)
Toninho Pinheiro PP/MG (Gab. 584-III)	Roberto Britto PP/BA (Gab. 733-IV)
PR	
Gorete Pereira PR/CE (Gab. 206-IV)	Laercio Oliveira PR/SE (Gab. 629-IV)
PSB	
Alexandre Roso PSB/RS (Gab. 742-IV)	Sandra Rosado PSB/RN (Gab. 650-IV)
Dr. Ubiali PSB/SP (Gab. 560-IV) **- vaga do PRB**	
DEM	
Mandetta DEM/MS (Gab. 577-III)	Ronaldo Caiado DEM/GO (Gab. 227-IV)
PDT	
Sebastião Bala Rocha PDT/AP (Gab. 608-IV)	Paulo Rubem Santiago PDT/PE (Gab. 423-IV)
PTB	
Antonio Brito PTB/BA (Gab. 479-III)	Arnaldo Faria de Sá PTB/SP (Gab. 929-IV)
Bloco PV, PPS	
Carmen Zanotto PPS/SC (Gab. 503-IV)	Rosane Ferreira PV/PR (Gab. 454-IV)
PSC	
Andre Moura PSC/SE (Gab. 846-IV)	Zequinha Marinho PSC/PA (Gab. 823-IV)
PcdoB	
João Ananias PCdoB/CE (Gab. 303-IV)	Jandira Feghali PCdoB/RJ (Gab. 622-IV)
PRB	

Câmara dos Deputados | Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 | 70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 | E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

1A4A112A00

(Deputado do PSB ocupa a vaga)	Jhonatan de Jesus PRB/RR (Gab. 535-IV)

Secretária: Eugênia S. Pestana

7.2 Relato das Audiências e Seminário

Audiência de 23 de abril de 2013

7. A primeira audiência da Comissão abordou a questão do financiamento da saúde de modo abrangente, contando com a participação de vários segmentos.

7.1 A presidente do Conselho Nacional de Saúde, **Maria do Socorro de Souza**, defendeu reformas, como a taxação sobre grandes fortunas, para ampliar os recursos federais para a saúde, mas não considerou viável a adoção de medidas como a volta da CPMF.

"Nós apostamos na redução da renúncia fiscal, nós apostamos na taxação das grandes fortunas, nós apostamos também em alguns setores da indústria que têm hoje uma grande movimentação financeira que pode contribuir mais para a saúde como, por exemplo, as seguradoras de veículos, a indústria do fumo, a indústria dos agrotóxicos. Então, discutir CPMF poderia ser uma via, mas acredito que não há ambiente favorável nesse momento para uma pauta como essa."

7.2 O presidente da Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul, **Júlio Dornelles de Matos** referiu que as Santas Casas e os hospitais filantrópicos: operam com mis de 2 mil hospitais no Brasil, com um total de 170 mil leitos, dos quais 126 mil (74%) acessíveis ao SUS; são responsáveis por 480 mil empregos diretos, por 160 milhões de consultas ambulatoriais para o SUS e 7,5 milhões de internações hospitalares, das quais 4,9 milhões (66%) para o SUS.

7.3 Destacou que 56% dos hospitais filantrópicos estão localizados em cidades com até 30 mil habitantes onde, normalmente,

1A4A112A00

as alternativas de assistência são reduzidas. Em mais de 1.000 municípios são os únicos a oferecerem leitos ao SUS.

7.4 Reivindicou 100% de reajuste nas tabelas do Sistema Único de Saúde (SUS), informando que para cada R$ 100 de custos, o SUS remunera apenas R$ 65, representando um déficit médio de 53,8% entre custo e receita. Os maiores problemas estariam localizados na assistência de média complexidade, onde as diferenças entre o pago e o efetivamente gasto, em alguns casos, superam os 200%.

7.5 Em 2011, o custo dos serviços prestados ao SUS foi de R$ 14,7 bilhões, enquanto as receitas provenientes do SUS foram de R$ 9,6 bilhões, conduzindo a um déficit de R$ 5,1 bilhões. Deste total estão descontados cerca de R$ 2,1 bilhões que as instituições usufruíram em isenções, sem os quais o déficit atingiria R$ 7,2 bilhões. Estimou que a dívida total do setor filantrópico em 2013 alcançará cerca de R$ 15 bilhões.

"Por isso estamos em crise permanente e endividamento crescente. Se não fossem as prefeituras e a maioria dos estados, grande parte das 2.100 Santas Casas do País estariam fechadas. Onze mil leitos foram desativados nos últimos anos, quando deveríamos ter disponibilizado mais 40 mil, por conta do aumento populacional".

7.6 O presidente da Confederação Nacional de Saúde, **Olympio Távora Derze**, considera que o financiamento do custeio representa o fator central na crise hospitalar e ambulatorial do SUS, uma vez que influencia, diretamente o resultado final.

"O problema está em que a atenção ambulatorial e hospitalar do SUS está construída sobre uma grande falácia, a de que se pode remunerar os prestadores de serviços abaixo de seus custos. A tabela SUS tem uma estrutura interna que apresenta problemas graves nos valores relativos. Sua lógica é a de sub-remunerar fortemente os procedimentos de tecnologia dura, especialmente procedimentos de alta complexidade".

1A4A112A00

"Nenhum governo, desde 1990, aloca mais recursos para a saúde além do mínimo minimorum. A CPMF foi uma contribuição substitutiva e não aditiva. Os recursos oriundos da contribuição sobre Folha de Pagamento, criada com o fim especifico de custear a saúde do previdenciário foi retirada e nada se fez pelo seu retorno, embora o trabalhador seja usuário do SUS. A Emenda Constitucional 29, definiu o minimo de recursos a serem alocados para a saúde, anualmente. O MINIMO VIROU MÁXIMO. Novos serviços são criados sem previsão orçamentária, onerando os já existentes."

7.7 A realidade atual é que: *"repasses federais são quase totalmente fatiados em vínculos ("carimbos") a programas, projetos e prioridades pontuais, decididos pelo gestor federal. A oferta de serviços é fragmentada pelos vínculos dos repasses, pela seleção na tabela de pagamentos, daqueles melhor contemplados nos valores, com concentração nos procedimentos especializados"*.

7.8 Salientou que os reajustes no SUS têm sido inócuos. *"Está claro, há muito tempo, que o valor das consultas e procedimentos pagos pelo SUS estavam e estão em valor irrisório"*. Por exemplo, a correção de R$ 2,55 para R$ 7,55 para consultas especializadas *"representou um incremento de 196%, um pouco mais que a inflação setorial do período (1994-2002) e 800% a menos que o menor valor atribuível à consulta paga por planos de saúde. O valor, após 11 anos, 2002-2013 ainda é o mesmo."*

7.9 Considerou que o art. 26 da Lei Orgânica do SUS, no 8.080, de 1990, não está sendo cumprido, pois os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial deveriam ser aprovados no Conselho Nacional de Saúde; e os critérios deveriam garantir a qualidade dos serviços contratados e manter o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

7.10 Destacou que várias proposições em tramitação no Congresso podem prejudicar o setor da saúde suplementar; por

1A4A112A00

exemplo, a que reduz a jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem (PL 2295/00) (que teria impacto de R$ 5,4 bilhões) e a que obriga a presença de dentistas nas UTIs dos hospitais de médio e grande porte (PL 2776/08).

7.11 Alertou que mesmo a proposta de aplicação dos 10% das receitas correntes brutas da União na saúde seria insuficiente para resolver a subfinanciamento do setor e que "acabar com os ralos" é igualmente importante.

7.12 O diretor do Hospital Universitário de Brasília (HUB), **Hervaldo Sampaio Carvalho**, representando a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, destacou a necessidade de planejamento do SUS, considerando as diferenças regionais, integrando os três níveis de governo. Defendeu prioridade para as redes metropolitanas de saúde, para que o acesso seja amplo, independente dos limites territoriais. Também defendeu a integração das ações de vários ministérios, para abranger, por exemplo: educação em saúde e a prevenção em geral, com destaque para os traumas.

7.13 Sugeriu modificar a forma de financiamento, superando o modelo baseado em procedimento (centrado na doença), para privilegiar a solução dos problemas de saúde. *"Remunerar investimento não garante qualidade"*.

7.14 Como representante dos hospitais universitários, mencionou que estes se parecem com um "cãozinho sem dono", um sobrevivente. Demandou planejamento de ações integradas entre os setores da educação e da saúde, valorizando a atenção básica. Considera que a estratégia da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) se apresenta como "um dono para o cãozinho".

7. 15 O presidente da Federação Nacional dos Médicos, **Geraldo Ferreira Filho**, indicou que a saúde oferecida ao brasileiro não é adequada e que sem mais recursos, não é possível melhorar. Destacou que o Brasil investe apenas 3,2% do PIB em saúde, ficando atrás, por

1A4A112A00

exemplo, da Argentina (5,1%) e da Alemanha (8,1%) e que há altos custos associadoscom a atenção à saúde.

7.16 Manifestou apoio à destinação de 10% das receitas brutas da União para o setor e apontou outras medidas importantes, como a punição para os casos de corrupção na saúde; e a adoção de políticas complementares, principalmente em relação aos acidentes envolvendo motociclistas (pois esses acidentes representam 70% dos atendimentos nas emergências de politraumatizados).

Audiência de 07 de maio de 2013

8. O pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG, **Francisco Carlos Cardoso Campos**, defendeu a mudança dos critérios de rateio dos recursos para a saúde.

8.1 Atualmente, a legislação prevê uma série de critérios a que chamou de "automáticos", baseados em variáveis como o funcionamento do sistema de saúde vigente, demografia e condições socioeconômicas da localidade.

8.2 Detalhou que Lei Complementar nº 141/2012 estabelece que o rateio dos recursos da União observará: necessidades de saúde da população, dimensão epidemiológica, dimensão demográfica, dimensão socioeconômica, dimensão espacial, capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19/09/90.

8.3 O referido artigo considera: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano qüinqüenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

1A4A112A00

8.4 Campos apresentou críticas às metodologias de "alocação equitativa". Destacou os seguintes problemas: a metodologia é de difícil compreensão para a maioria das pessoas; propõem-se alcançar a equidade apenas com recursos de custeio (as desigualdades seriam estruturais e deveriam ser enfrentadas com projetos de investimento); não remunera os serviços realmente existentes; o sistema de incentivos é invertido: premia as situações com indicadores sanitários "piores"; considera indicadores estaduais e municipais médios (há grande contingente de cidadãos com elevadas necessidades sanitárias e sociais em estados e municípios com indicadores "bons", devido a elevadas desigualdades); não contempla a complexidade dos fenômenos envolvidos na organização dos serviços de saúde.

8.5 Para Campos, o ideal é adotar uma metodologia de distribuição baseada no planejamento das necessidades do setor em todo o País. *"O rateio por programação permite a estimativa do total das necessidades dos serviços de saúde, e não apenas a distribuição dos recursos que temos hoje". Campos conclui que "não podemos retirar dos pobres para dar aos miseráveis, temos de arranjar outros recursos"*.

9. **Elias Antônio Jorge**, membro da Associação de Professores da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, propôs (como solução conjuntural para o setor) a criação de tributo para financiar a Saúde. Seria uma contribuição de 0,3% sobre transações financeiras a ser destinada exclusivamente à saúde.O total da arrecadação com a "CFMF" deveria ser destinado pela União à atenção básica, com o objetivo de reduzir os gastos do sistema.

"Não basta ter mais dinheiro para fazer o mesmo, é preciso mais dinheiro para fazer diferente, fazer que o gestor deixe de ser refém da doença".

9.1 O Executivo federal ainda ficaria obrigado a destinar um terço do equivalente ao valor arrecadado, mas advindo das outras

1A4A112A00

fontes, aos estados e mais um terço aos municípios. Essas transferências, no entanto, seriam condicionadas à aplicação dos valores mínimos previstos em lei para educação e saúde.

9.2 Como solução definitiva para sistema público de saúde, Elias Jorge defendeu medidas como a taxação de grandes fortunas, assim como aumento da tributação de produtos nocivos à saúde, como automóveis, motos, bebidas alcóolicas e fumo. Também reclamou que medidas aprovadas no Congresso reduzem constantemente o financiamento da seguridade social no País, por meio da desvinculação de receitas para o setor. Segundo sustentou, o maior risco estrutural que a seguridade corre no momento é a reforma tributária, que transforma todas as contribuições sociais no Imposto sobre Valor Agregado (IVA). "Isso desmonta de vez todo o sistema". Atualmente, é a arrecadação com esses tributos que financia o sistema de seguridade.

10. **Ana Maria Alves Ferreira**, diretora da Secretaria de Controle Externo da Área da Saúde, do Tribunal de Contas da União – TCU, abordou as fontes de financiamento da saúde pública no Brasil.

10.1 Destacou que o financiamento privado é originário das famílias e empresas, mas que há participação do Estado indireta, com incentivos fiscais, e direta, ao subsidiar parte do custos de planos de saúde para servidores. No SUS, o financiamento é público, mas a execução de grande parte dos serviços é feita por agentes privados. Mais da metade da rede de atendimento no SUS é de estabelecimentos privados (filantrópicos ou não).

10.2 Quanto à alocação de recursos federais, comparou que, entre 2000 e 2010 a receita corrente líquida da União aumentou em 261%, mas a alocação em saúde aumentou menos (205%), enquanto que em outros setores os aumentos foram expressivos – juros, 336%; educação, 358%; assistência social 789%; saneamento, 963%.

10.3 Ressaltou que, na execução orçamentária do Ministério da Saúde, chama atenção o crescimento da proporção de créditos não

1A4A112A00

utilizados. Em 2010, R$ 2,45 bilhões não foram usados, enquanto que em 2012, R$ 9,1 bilhões não foram usados (9,64% do orçamento). Em 2012, a União empenhou recursos suficientes para dar cumprimento à regra de aplicação mínima de recursos no setor saúde. Do total empenhado, R$ 8,3 bilhões foram inscritos em restos a pagar não processados. Também chamou atenção para a inclusão de R$ 1,45 bilhão relativo a saneamento básico urbano, embora as disposições da LC 141/2012 autorizem a inclusão de tais despesas apenas no caso do saneamento de domicílios ou de pequenas comunidades, distritos indígenas e quilombolas.

10.3 Sobre o cumprimento da aplicação mínima em saúde, em 2011, três estados informaram não ter cumprido o mínimo. Caso tivessem cumprido, haveria um incremento de R$ 1,2 bilhões para a saúde. No RS, o aporte seria de R$ 741 milhões.

10.4 Destacou que o atual critério de aplicação de recursos mínimos pela União tenderia a limitar aumentos nos empenhos do orçamento da saúde pela União, que se ateria ao mínimo exigido para aplicação no ano; pois a LC 141/2012 estabelece que os recursos empenhados num ano serão incorporados no valor do mínimo do ano seguinte (acrescido da variação do PIB), de modo que uma aplicação superior ao mínimo exigido seria automaticamente incorporada no mínimo a ser gasto no ano subsequente.

Audiência de 15 de maio de 2013

11. O professor de Economia da Saúde da FSP/USP e do Departamento de Economia da PUC-SP, **Áquilas Mendes**, lamentou o uso de recursos do SUS para financiar a rede privada de saúde.

"O cidadão brasileiro, quando usa o serviço privado, pega o recibo e, na hora de declarar o imposto de renda, desconta do seu imposto. Então, há uma perversidade. Na realidade, o Estado deixa de arrecadar e está ajudando o cidadão a usar o privado." (...) "Seja na forma de renúncia, seja na forma de transferir recursos para comprar serviços do [setor]

1A4A112A00

privado, isso tem sido recorrente, sobretudo, com o surgimento no País dessas organizações sociais da saúde. É passar um equipamento público para o privado fazer a gestão."

11.1 Destacou a "força soberana do capital financeiro", no Brasil. Em 2011, foram despendidos cerca de R$ 195,0 bilhões com juros da dívida, valor correspondente a 3,0 vezes o gasto do Ministério da Saúde.

11.2 Mendes identificou como problemas do financiamento da saúde no Brasil: a insuficiência de recursos e baixo volume de gastos (com recursos públicos); a indefinição de fontes; a ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro (federal e estadual); gasto com recursos privados em saúde relativamente elevado para um sistema público universal; gasto público financiado por um estrutura tributária defasada à dinâmica do capitalismo financeirizado e que tende a penalizar os mais pobres.

11.2 Reconheceu como cenários que restringem o financiamento da saúde: a) política econômica restritiva dos governos federais (metas de inflação e de ajuste das contas externas, que exigem superávits primários fiscais altos; tentativas de redução dos gastos públicos sociais e contingenciamento); b) dinâmica contemporânea do capitalismo baseada na dominância financeira. Exemplificou ao citar que 45% do orçamento federal de 2011 foi comprometido com juros e amortização da dívida.

11.3 Ressaltou a trajetória de conflitos no financiamento do SUS. O período de 1988 a 2000 corresponde a doze anos de embates pela Emenda 29. O período de 2003 a 2012, a oito anos de tensões pela Lei 141/2012. Entre os conflitos, citou: a aprovação da EC 29 com incertezas na aplicação das ações e serviços públicos de saúde; as sistemáticas investidas dos governos federal e estaduais contra a vinculação de recursos para a saúde; o fim da CPMF em 2007, como fonte exclusiva para a saúde; as investidas do governo federal contra a

1A4A112A00

regulamentação da EC 29 (2003/2011); a ameaça da reforma tributária à Seguridade Social, extinguindo o OSS (2008); as indefinições da Lei Complementar nº 141/2011 e a continuidade das incertezas no financiamento do SUS.

11.4 Sobre o contexto atual do financiamento da saúde, indicou que com a criação da EC29 em 2000, o Brasil obteve um aumento do gasto público em saúde, passando de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,8% do PIB, em 2010. Mas, ainda insuficiente para ser universal e garantir o atendimento integral. Isso porque, para o Brasil atingir o nível dos países com sistemas universais de saúde, como Reino Unido, Alemanha, França, Espanha, precisaria quase dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de equiparar à média desses países europeus, isto é, 8,3%.

11.5 Atualmente as principais fontes de financiamento do SUS são a COFINS (56%) e a CSLL (39%).

11.6 Indicou, como uma das evidências do baixo gasto federal com a saúde, a queda no gasto da União como percentual de sua receita – em 1995 era de 11,72%, mas em 2011 foi de 7,3% (Carvalho, 2012). Outra é a queda progressiva do gasto proporcional da União no gasto com saúde, em relação aos gastos dos estados e municípios. Em 1980 a União participava com 75% dos gastos e em 2010, com 45%.

11.6 Sobre a participação dos municípios, nem todos os cumprem os gastos mínimos (de 15%), mas a diferença é pequena. A quase totalidade cumpre e o faz com recursos mais que os mínimos. Em 2009, em média, os municípios aplicaram 21,9% da receita própria. Entre 2000 e 2009, os municípios colocaram R$ 11,5 bilhões a mais (IGPM/dez/2010).

11.7 Já os estados, nem todos cumprem os mínimos (de 12%). Entre 2000 e 2009, os estados deixaram de aplicar na saúde R$ 31,8 bilhões (IGPM/dez/2010).

1A4A112A00

11.8 Identificou o seguinte impacto da derrota da regulamentação da EC 29, com a não destinação da receita corrente bruta da União para a Saúde: o projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS 127/2007) e não aprovado na versão original (aplicação da União em 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta - RCB), poderia ter acrescentado ao orçamento do Ministério da Saúde de 2013 o correspondente a R$ 43 bilhões. "O governo federal fez de tudo para que essa base de cálculo não fosse aprovada. Tudo em nome de que não possui uma fonte específica para isso".

"É sabido que recursos financeiros não faltam, sobretudo quando analisamos o resultado do Orçamento da Seguridade Social. Há anos evidenciam superávits. Mas, grande parte é direcionado ao pagamento de juros da dívida, a fim de manter superávit primário – uma política econômica restritiva.Esse direcionamento tem nome: Desvinculação das Receitas da União (DRU). Um dia depois de definido que o SUS não contaria com maiores recursos (dez/2011), o governo aprovou no Senado, o projeto que propunha a continuidade da DRU até 2015."

"Mesmo atrelando o financiamento público da saúde com o crescimento da receita ou com o aumento do PIB, esses recursos irão em grande parte para o setor privado (prestadores privados; subsidios a planos de saúde etc). O Brasil não precisa rever também como se dá a circulação dos recursos na saúde?"

11.9 Mendes estimou a renúncia fiscal na saúde (benefícios tributários para despesas médicas de pessoas físicas e de empresas, para entidades de assistência social e para a indústria farmacêutica) para 2013, em R$ 24 bilhões. Em 2011 foi de R$ 13,4 bilhões.

11.10 Destacou que os planos e seguros de saúde movimentaram mais de R$ 84 bilhões em 2011, orçamento maior que o Ministerio da Saúde destina ao SUS. Mas os planos atendem apenas 25% da população.

1A4A112A00

11.11 Apresentou dados que indicam que em 2012 teriam faltado R$ 26,2 bilhões para a atenção básica e R$ 39,3 bilhões para a média e alta complexidade, num total de R$ 65,5 bilhões.

11.12 Como propostas de sustentabilidade econômica, apresentou as seguintes: a) defender a ruptura da lógica da política econômica restritiva (1990/2000), buscando a defesa de mecanismos para garantir uma proteção social (direitos sociais) mais forte (sustentabilidade da seguridade social - saúde; b) perseguir a meta de aplicar, no mínimo, 8,3% do PIB em saúde pública, garantindo a universalidade; c) implantar os critérios de rateio da Lei 141/2012, com base em necessidades de saúde, "precisamos de recurso novo" (nenhum estado ou município pode perder recursos); d) fim das isenções de IRPJ das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários; extinção, no curto prazo, da dedução no IRPF com despesas médicas; e) estabelecimento de uma política de renúncia fiscal para entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejudicar a capacidade do gasto do Estado; f) rejeitar o aumento excessivo do gasto direto do bolso das famílias (out of pocket), garantindo prioridade aos investimentos (ampliação do gasto) no SUS; (2005, era R$ 46,8 bilhões e, em 2009, passou para R$ 79,0 bilhões - +69%); g) regulamentar o Imposto sobre as Grandes Fortunas como fonte para a Seguridade Social – (CSocial sobre as grandes fortunas); h) defender que a União aplique em ações e serviços de saúde, no mínimo, 10% da Receita Corrente Bruta. (SAÚDE +10!); i) exigir dos Estados o compromisso com a aplicação em ações e serviços de saúde de, no mínimo, 12% da Receita de Impostos, compreendidas as transferências constitucionais; j) para a Seguridade Social, continuar a defesa de rejeição da DRU; k) ampliar a alíquota da CSLL para instituições financeiras (atual 9% para 18%); l) aprofundar mecanismos de tributação para a esfera financeira (com o fim da CPMF e o alargamento da esfera financeira) – criar um IGMF – movimentação superior a R$ 2 milhões; m) tributar lucros remetidos ao exterior por parte de multinacionais (bancos e empresas) – legislação atual isentos; n)

1A4A112A00

defender o Financiamento da Seguridade Social, não a reforma tributária que está no Congresso, mas uma reforma com ampliação de impostos progressivos; o) Eliminar o limite da LRF para despesa com pessoal na saúde; p) estabelecer limite prudencial para as despesas com serviços de terceiros (principalmente na saúde).

12. A professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **Lígia Bahia**, indicou que *"os sistemas modernos de saúde não podem ser financiadas por meio de gastos diretos (do bolso out-of-pocket)"*.

"O descompasso entre os recursos individuais e as despesas com cuidados de saúde pode ser imenso. Portanto, os custos dos cuidados individuais são, em grande parte cobertos pelos aportes combinados a instituições (terceiras partes. As terceiras partes podem assumir diversos formatos, desde recursos de famílias estendidas - associações voluntárias, seguros comerciais e sociais e órgãos estatais no nível nacional ou regional.

Na prática, porém, as vantagens de escala e as limitações fundamentais dos mercados de seguros privados levaram à predominância das instituições públicas. Em quase todas as sociedades desenvolvidas, a maioria dos cuidados de saúde é pago pelos governos, com recursos captados a partir de várias formas de tributação, ou pelo seguro social

Instituições, em grande parte ou totalmente fora do mercado comercial, que impõem o pagamento obrigatório de contribuições para a maioria da população.

Diversas formas de pagamento out-of-pocket pelos usuários de cuidado pode ser encontrado em ambos os tipos de sistema, geralmente representando entre 10 por cento e 20 por cento do total das despesas em países de renda mais elevadas.

O seguro comercial privado desempenha um papel ainda menor do que o dos gastos diretos no financiamento global do sistema, cobrindo

1A4A112A00

menos de 10 por cento das despesas de saúde nos países desenvolvidos."

12.1 Lígia Bahia considera uma falácia o argumento de que o SUS pode fazer mais com menos, pois há um subfinanciamento. Também criticou a forma de pagamento no SUS, ainda baseado numa tabela de procedimentos.

Para Bahia, é preciso que sejam explicitados os interesses e as contradições dos atores envolvidos no debate sobre o financiamento do SUS. "Nada mais pobre do que um debate pobre". Nesse contexto expressou a "perplexidade" de um governo que se diz progressista promover a privatização da saúde. Destacou o projeto do Ministério do Desenvolvimento de conduzir a "nova classe média" para os planos de saúde. Recomendou a inclusão de mais atores no debate, pois avanços não serão produzidos a partir de debates consensuais: "é preciso quebrar ovos".

13. O médico pediatra e de saúde pública, **Gilson Carvalho**, apresentou dados atualizados sobre a conjuntura do financiamento da saúde pública no Brasil.

13.1 Iniciou destacando as dimensões não divulgadas do SUS. Por exemplo, em 2012, segundo Carvalho, o SUS produziu no País 3,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais, sendo: 583 milhões de promoção e prevenção; 887 milhões de diagnósticos (bioquímica/imagem/AP); 1,6 bilhões de clínicos; 90 milhões de cirúrgicos; 732 milhões de medicamentos excepcionais; 5 milhões de órteses, próteses e materiais especiais; 22 milhões de ações complementares. Ocorreram 11 milhões de internações pelo SUS, sendo 3,3 milhões, cirúrgicas; 2 milhões, obstétricas, e 6 milhões, clínicas.

13.1 Para Carvalho, o maior dilema da saúde pública seria: fazer novas leis ou exigir que sejam cumpridas?

1A4A112A00

13.2 Dados de 2011 mostram que o gasto público com saúde do nível federal foi de R$ 72 bilhões (45%), do estadual foi de R$ 41 bilhões (26%) e do municipal foi de RS 46 bilhões (29%). Num total de R$ 159 bilhões.

13.2 Em maio de 2013, dez estados ainda não haviam informado sobre a situação de 2012.

13.3 Mencionou que o gasto público por brasileiro, por dia, com saúde ficou em apenas R$ 2,33 em 2011.

13.4 Apresentou vários cenários de necessidades de recursos para garantir cobertura à saúde universal e integral (em 2010). Quando usou os gastos per capita dos planos de saúde, verificou que o total estimado para o SUS seria de R$ 298 bilhões, nesse caso faltariam R$ 160 bilhões para o SUS. Quando usou a média de 5,5% do PIB (observado em páises saúde pública, segundo a OMS), o total seria de R$ 198 bilhões, e faltariam R% 60 bilhões ao SUS. Quando usou o per capita público de países de maior renda, as necessidade de financiamento para o SUS seriam ainda maiores.

13.5 Quanto ao cumprimento da Emenda 29 pelos entes federados, observou que, em 2011, os municípios aplicaram R$ 13,5 bilhões acima do mínimo; os estados estariam devendo R$ 35 bilhões e o nível federal estaria devendo cerca de R$ 20 bilhões.

13.6 Como evidências do sub-financiamento federal na saúde elencou: a) o gasto federal per capita caiu (era de R$ 294 em 1997; R$ 234 em 2003; e R$ 289 em 2008); b) a proporção da aplicação da receita federal em saúde caiu (era 11,72% em 1995 e 7,3% em 2011); c) a participação federal no orçamento da saúde caiu (como citado por Mendes).

13.7 Carvalho destacou a "vergonha" representada pelo fracasso da LC 141/2012 em relação ao financiamento pela União, porém mencionou a esperança do projeto de lei de iniciativa popular para

1A4A112A00

obtenção de mais recursos federais para a saúde, em fase de coleta de assinaturas. Caso o projeto que determina que a União gaste um mínimo de 10% de suas receitas correntes brutas na saúde seja aprovado pelo Congresso, seriam adicionados à saúde R$ 43 bilhões, de modo que (com os dados de 2013) o orçamento passaria de R$ 81,3 bilhões, para R$ 130 bilhões.

13.8 Carvalho lembrou que a saúde pública perdeu todos os grandes embates sobre o financiamento. Na Constituinte, não houve a fixação do mínimo para a União. Em 1993, ocorreu a retirada dos 30% do Orçamento da Seguridade Social como mínimo da saúde (que deveriam ser incluídas nas LDO). Em 2000, a Emenda 29 deixou de incluir proporção da receita para acolher a variação do PIB. Em 2007 houve a queda da CPMF. Em 2011 LC 141/2012 foi alterada sem alteração no financiamento pela União.

"Estas questões foram todas aprovadas por maiorias do Congresso sob comando do Executivo... o mesmo Congresso que mais investe contra o baixo financiamento da saúde".

13.9 Gilson Carvalho finalizou afirmando que o SUS não precisa de mais "convenções de convictos", pois os que precisam ser convencidos são os que têm restrições ao SUS".

Audiência de 21 de maio de 2013

14. O representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), **Rodrigo Lacerda**, admitiu fragilidades na gestão, mas foi taxativo sobre a necessidade de mais recursos federais.

14.1 Ao comparar vários países quanto à participação do poder público na proporção dos gastos com saúde, verificou que o Brasil possui uma baixa proporção, para um país que tem um sistema universal de saúde (Reino Unido – 86%, Suécia – 85%, Dinamarca – 83%, Alemanha – 76%, França – 75%, Espanha – 69%, Portugal –

1A4A112A00

56%, Itália – 55%, BRASIL – 44%). A proporção de gasto público do Brasil é a observada num país como os Estados Unidos (44%), em que o sistema é privatizado.

14.2 Segundo Lacerda, os municípios já gastam na saúde mais que o mínimo constitucional, de 15%, em média 20,49%. Mesmo assim são criticados pela população. As prefeituras sofrem muita pressão, principalmente em ações de urgência e emergência e não conseguem executar ações de prevenção, promoção e qualidade de vida da população.

14.3 Entre as prioridades defendidas, destacou: o apoio ao SAÚDE MAIS 10 (o projeto de inicativa popular para que a União aplique 10% de sua receita corrente bruta na saúde); o cumprimento dos critérios legais de rateio dos recursos do SUS previstos na LC 141/2012 e na Lei 8080/1990; e a prioridade para a atenção básica.

14.4 Para **Jurandi Frutuoso**, secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o discurso já está velho sobre o dilema da saúde, que precisa de mais recursos. Citando dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o poder público brasileiro responde por apenas 47% dos gastos com saúde, o pior desempenho entre os países que possuem sistemas universais e integrais. A Alemanha, por exemplo, responde por 76,8%, a Inglaterra por 83,2% e Portugal, que sofre com a crise econômica, por 65,8%.

14.5 Também quando usado o indicador de gasto público per capita (OMS), foi observada uma situação desfavorável para o Brasil (474), em comparação a maioria de outros países (Argentina = 851, Chile = 562, Colômbia = 458, C.Rica = 825, Cuba = 394, Alemanha = 3.334, Canadá = 3.157, Dinamarca = 3.803, Espanha = 2,268, França = 3.075, Portugal = 1.796, USA = 3.967, UK = 2.857).

14.6 Frutuoso informou que, em 2011, a União foi responsável 68,6% da arrecadação direta, enquanto que os estados, 25,5%, e os municípios, 5,9%. O quadro se repete ao se observar a receita

1A4A112A00

tributária disponível: 57% para a União, 24,6% para estados, e 18,4% para os municípios.

14.6 Indicou que para 2013 o CONASS estima que será necessário complementar o orçamento da União na saúde em cerca de R$ 11 bilhões (sendo R$ 9,3 bilhões na ações de média e alta complexidade).

14.7 Usando dados do Siops (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), Frutuoso revelou que em 2013 todas as unidades da Federação, inclusive o Rio Grande do Sul, estarão cumprindo a Constituição e investindo 12% na saúde. Em 2012, o percentual chegou a 9,71%. "Estados e municípios chagaram a seu limite. Só a União pode colocar mais dinheiro".

14.8 Sugeriu que o incremento de recursos federais deve ampliar as Redes de Atenção (RAS) para além das regiões metropolitanas e incrementar a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) buscando a equalização do per capita entre os estados, de forma a reduzir as desigualdades regionais.

"O financiamento do SUS, visto na perspectiva da eqüidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os Estados, e entre os municípios de cada Estado, a partir de um valor per capita igualitário, ajustado por estrutura etária, por gênero, por necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços. Esse financiamento implica equilibrar as ações e os gastos do sistema de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de atenção à saúde"

"É necessário refazer o percurso em sentido inverso para trazer à tona os ideais que forjaram o SUS e criar a possibilidade de novo recomeço, cujo fim seja compatível com o respeito ao direito constitucional e com a necessidade das pessoas."

1A4A112A00

15. O Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde, **Fausto Pereira dos Santos**, afirmou conhecer diversos estudos sobre a necessidade de mais recursos federais para a saúde, mas ressaltou a elevação substancial do gasto per capita e a execução orçamentária de 2012. Segundo, o percentual de liberação chegou a 99,7%, R$ 575 milhões acima do que manda a Constituição Federal. Fausto admitiu que "não dá para fazer boa gestão sem dinheiro e com os recursos disponíveis, é preciso enfrentar alguns gargalos". O representante do Ministério afirmou ainda que a renúncia fiscal com o setor de saúde chegou a R$ 14 bilhões em 2011, por conta do Imposto de Renda Pessoa Física e Jurídica, filantrópicas e PIS/Cofins da indústria farmacêutica.

Audiência de 04 de junho de 2013

16. A audiência teve como tema a transparência e os mecanismos de controle, gestão e eficiência do Sistema Único de Saúde.

17. De acordo com o Secretário Federal de Controle Interno da Controladoria Geral da União (CGU), **Valdir Agapito Teixeira**, a CGU supervisiona os controles do gestor. O papel da CGU é de: avaliação da execução dos programas de governo, avaliação da gestão dos administradores públicos, ações investigativas e orientação preventiva aos gestores públicos.

17.1 Informou que 93,83% das transferências de recursos da saúde (para os municípios, estados e ONG) são na modalidade fundo a fundo e 6,17% na modalidade de convênios; e que existe muita fragilidade nessas movimentações. "Existem muitas denúncias, que aumentam significativamente após processos eleitorais, de saques realizados na boca do caixa, apesar da existência de Decreto Presidencial obrigando a realização de transações eletrônicas. Muitas vezes não se sabe o destinatário final do dinheiro". Apesar de não

1A4A112A00

permitido, ainda ocorrem saques na "boca do caixa", inviabilizando o controle.

17.2 Segundo Valdir Agapito, 62% das denúncias à CGU são na área da saúde. Ele defendeu novos mecanismos de responsabilização dos agentes envolvidos em processos de corrupção.

17.3 Citou como desafios para o controle da política de saúde: tornar a atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA/SUS) mais presente, em todos os níveis-União, Estados e Municípios (ação - elaborar plano anual de Auditoria do SUS); tornar os mecanismos de controle e transparência do SUS reconhecidos pela população como um instrumento efetivo de fiscalização e de garantia do direito à Saúde (ação - divulgar no portal saúde com mais transparência as prestações de contas e os relatórios de auditoria e de avaliação); fortalecer a atuação preventiva na gestão do SUS em todo o território nacional; utilizar a transparência como mecanismo de inibição das irregularidades, como o "saque na boca do caixa" (ação - publicar os extratos bancários junto com a prestação de contas).

17.3 Também citou como desafios: aperfeiçoar os mecanismos de avaliação da atuação dos conselhos de saúde (ação - norma que aprove diretrizes nacionais que subsidie o exame dos CMS sobre PMS e RAG); prestação de contas (ação - ampliar a orientação, o acompanhamento e a avaliação da boa aplicação dos recursos pelos conselhos e pelo gestor); avaliar o fluxo das transferências, implementar mecanismos de controle ante os riscos identificados e monitorar a eficácia desses controles em relação as transferências, em especial as fundo-a-fundo; aprimorar os mecanismos de responsabilização (accountability) dos agentes envolvidos no SUS.

17.4 Quanto à situação da apreciação do Relatório anual da gestão municipal pelos CMS em 2011, a maioria foi aprovado (71,4%); 14,8% estavam em apreciação pelo Conselho de Saúde; não havia informação em 8,3%; foram aprovados com ressalvas 4,3%, solicitado

1A4A112A00

ajuste em 1,1% e não aprovado em apenas 0,1%. Há ausência de análise das Prestações de Contas pelo MS para fins de comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo.

17.5 Concluiu que o controle social sozinho não dá conta. Necessita da atuação integrada dos órgãos de controle e do aprimoramento dos controles primários do gestor, todos estes fortalecidos pela transparência.

18. **Adelina Melo Feijão**, Diretora Substituta do Departamento de Auditoria do SUS (Denasus), afirmou que apenas 168 municípios entre os 5.569 existentes no País, possuem sistema de auditoria e há 2 estados sem o sistema estruturado. Alegam falta de recursos e capacidade operacional para a implantação.

18.1 Informou que dos R$ 51,4 bilhões transferidos pelo SUS em 2012, R$ 33,6 bilhões foram para média e alta complexidade e R$ 13 bilhões para atenção básica. O problema é que os recursos para gestão não passaram de R$ 112 milhões, muito pouco para as necessidades atuais.

18.2 Em 2012 foram realizadas 903 auditorias, 354 fiscalizações e 82 verificações de TAS, num total de 1.339 ações.

18.3 Adelina afirmou que o percentual de ressarcimento de irregularidades apontadas foi em torno de 3%, mas que seria muito maior se houvesse um sistema de auditoria mais eficiente e mais pessoal executando esse trabalho. Em 2012, foram propostos ressarcimentos no montante de R$ 163 milhões, enquanto que em 2010, foram propostos R$ 419 milhões em ressarcimentos. Não há estudos sistematizado para indicar a razão da queda.

19. A Diretora de Relações Sociais Públicas e Comunicações da União Nacional de Auditores do SUS (Unasus), **Jovita José Rosa**, afirmou que os governantes, ao longo dos anos, sempre demonstraram o "desmazelo" com a fiscalização e com o controle interno do SUS. "O

1A4A112A00

Sistema Nacional de Auditoria ainda não saiu do papel. Os governos, desde FHC, passando por Lula e Dilma, nunca se preocuparam em criar uma carreira de auditor". Citando dados de um estudo do Tribunal de Contas da União (TCU), em 1997 existiam 1200 auditores. Hoje, são 748 e a estimativa para 2015 é de que sejam apenas 70. Além disso, o número de visitas técnicas, que não são auditorias, aumentou de 118 em 2008 para 3.117 em 2011; enquanto que o número de auditorias reverteu uma tendência de crescimento e foi de 1562 em 2010, para 835 em 2011 .

19.1 Há Projeto de Lei da Câmara, PLC 123/2012, que cria 1.200 cargos para auditoria do SUS e que necessita de apoio para aprovação.

Audiência do dia 18 de agosto de 2013

20. Por meio dos Ofícios nºs 12 e 13, ambos de 2013, do Presidente da CESaúde, compareceram na Reunião os senhores **Hélio Tollini**, **Mário Gurgel**, **Alexandre Nobre** e **Roberto Piscitelli**, consultores da área legislativa e orçamentária da Câmara dos Deputados, para que tecessem considerações técnicas (financeira e orçamentária) e constitucionais sobre os conceitos de Receita Corrente Bruta e Receita Corrente Líquida.

21. Em linhas gerais os consultores firmaram posição favorável ao uso da RCL para fins de definição do patamar mínimo a ser aplicado pela União em ASPS.

21.1 Alegaram que a ideia de usar como parâmetro a RCB é legislar sobre percentual acima da disponibilidade federal, porque:

21.2 Quando a LRF usa a RCL como índice que fixa percentual para despesa de pessoal e outros, o faz porque não existe racionalidade sócio-política, econômica, orçamentária e administrativa para a União fixar teto com base em recursos que não lhe pertence;

1A4A112A00

21.3 Na composição da RCB da União existe presente a contribuição previdenciária, que deverá ser deduzida quando utilizada para outros fins. Será uma dedução de aproximadamente 25,4%. Trata-se de um percentual bastante elevado de redução que, posteriormente, causará impacto significativo nas contas do setor saúde e desconforto social;

21.4 Igualmente, a repartição das receitas de Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) não devem passar pelas contas da União, uma vez que partes desses tributos pertencem aos outros entes da Federação;

21.5 As receitas do chamado "Sistema S" não tramitam pelo orçamento federal, de modo que nada impede que no futuro o mesmo ocorra em relação ao FPM e FPE.

Seminário Internacional, em 20 de agosto de 2013

22. Como já aduzido, a CESaúde foi constituída para refletir, debater e propor ações legislativas sobre o tema do financiamento do setor de saúde pública. Para que se possa submeter à crítica o SUS e, a partir daí, avançar em reformas, foi importante utilizar o critério comparativo. Assim, a possibilidade de contato com Estados estrangeiros para elaboração do cotejamento entre o sistema de saúde brasileiro e outros sistemas de saúde foi bastante oportuna, uma vez que a partilha de boas práticas e das lições aprendidas pôde ajudar o Brasil a canalizar regras e oportunidades de financiamento da União, a fim de beneficiar a saúde nas regiões mais desfavorecidas.

22.1 O seminário buscou compreender o sistema de saúde e a estrutura de financiamento na Alemanha, no Chile, na França e em Portugal, de modo a subsidiar os trabalhos da Comissão.

22.2 Os trabalhos seguirão a seguinte programação e exposição:

- ✓ **Sr. Luis Castillo**, Vice-Ministro de Estado da Saúde do Chile

1A4A112A00

- ✓ **Sra. Annika Wörsdörfer**, Conselheira para Assuntos Sociais da Embaixada da Alemanha
- ✓ **Sr. Sebastien Jamois**, Professor da Escola Nacional de Segurança Social na França
- ✓ **Sr. Alexandre Lourenço**, Membro do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde de Portugal

22.3 O Anexo VII deste relatório insere as ricas apresentações dos aludidos palestrantes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Registro como considerações finais dois importantes aspectos: **primeiro**, o posicionamento pessoal do relator sobre a mudança do método de financiamento da União em ASPS (alteração do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012). **Segundo**, os agradecimentos aos que colaboraram com este relator para a realização dos trabalhos.

Sobre o primeiro aspecto, ressalto que a vigente legislação prevista como método para aplicação da União em ASPS estabelece que o "acréscimo da variação nominal do PIB do ano anterior" é uma regra de piso, um "mínimo de majoração" no setor da saúde. Não há impedimento para outras regras trazerem outros tipos de acréscimos ou instrumentos de reajustes, majorações, agregações etc. Portanto, a minha proposta pessoal (e vencida junto ao movimento social, governo e companheiros de bancada) era no sentido de que primeiro se deveria ampliar a base de financiamento do setor saúde.

Como fartamente aludido, especialistas afirmam que a RCL traduz a efetiva capacidade de arrecadação do ente governamental, conquanto a outra espécie de receita, a de capital, tem comportamento irregular na Fazenda Pública e não reflete, de modo seguro, a retaguarda financeira dos governos.

1A4A112A00

É nesse sentido que algumas entidades da União dizem que o comportamento atípico da economia brasileira, no qual a redução da taxa de juros e a desvalorização cambial não levaram à recuperação do crescimento esperado, mostra certo esgotamento das políticas monetárias e que **é preciso investir em políticas fiscais**[110].

Portanto, em regra **políticas fiscais são desonerações**. E estas provocam, de princípio, **a perda de arrecadação**. Leve-se em conta que a União evita apresentar estimativas para a (perda) de arrecadação em 2013, mas já admitiu que as desonerações dificultam qualquer previsão. Vale lembrar que o Orçamento da União reservava R$ 15,2 bilhões para futuras desonerações. Durante a tramitação da LOA 2013, foram acrescentadas emendas que elevaram as desonerações em mais R$ 21,5 bilhões.

De qualquer modo, buscando consolidar dados, os informativos da Receita Federal assinalaram: Em 21 de maio de 2013, entre janeiro a abril de 2013 a redução de arrecadação em decorrência da desoneração tributária foi de R$ 6,668 bilhões em relação a igual período de 2012. Em 22 julho de 2013, as desonerações neste 1º semestre/2013 somam R$ 35,103 bilhões (em igual período de 2012 foi de R$ 19,977 bilhões, aumento de 75,7%).

Não se questiona o mérito das desonerações enquanto política de governo. O que se submete à reflexão é a possibilidade, exclusiva, de substituir a regra da variação nominal do PIB pela RCL de maneira imediata, sem **nenhuma transição e garantia de ampliação da base de financiamento do SUS**, conforme assinalado acima.

Como referido, a proposta é fazer com que a regra atual pudesse dialogar com eventual regra de transição/ampliação da base de financiamento do SUS. Posteriormente, ela poderia (ou não) ser

[110] Carta de Conjuntura nº 18, 26 de março de 2013. IPEA.

1A4A112A00

substituída, considerando que a Constituição determina a revisão da Lei Complementar da saúde a cada 5 anos.

Particularmente, existe um paradoxo gritante na sociedade brasileira. Por um lado, esta defende a ampliação quantitativa e qualitativa dos serviços públicos de saúde (o que exige gasto público). Por outro lado, ela recrimina a ampliação dos gastos públicos, geralmente, generalizando todos os gastos e desconsiderando suas especificidades. A par disso, sabe-se que a forma do Estado prestar serviços públicos é fazer a punção nos recursos da sociedade por meio da tributação.

Logo, **sob o manto da RCL e da própria CSS assentam-se** questões da arrecadação e das disputas ideológicas e conflitos sociais sobre arrecadação, elisão e sonegação, planejamento fiscal, políticas de desoneração para enfrentar crise financeira, federalismo fiscal, aumento da carga tributária, entre outras.

Por sua vez, **sob o manto do PIB assenta-se** o conceito de transformação, em valores monetarios, de toda a imensa gama de diferentes bens e serviços produzidos pela economia do Brasil. E isso porque, para avaliar o nosso desempenho econômico, devemos investigar inicialmente não o valor de seu produto agregado, mas o valor de seu produto per capita, isto é, o PIB dividido pela população total. Logo, **ninguém deseja ou questiona o aumento do PIB (diferentemente da arrecadação)**, pois quanto maior o valor do PIB, melhor será a razão per capita para a sociedade brasileira.

Destaque-se que segundo projeções do Fundo Monetário Internacional (FMI), o Brasil encerrará 2013 com crescimento de 2,5%, no mesmo nível da Rússia e à frente da África do Sul e do Japão (2%), dos EUA (1,7%) e da Zona do Euro, que tem contração prevista de 0,6% do PIB[111]. Para 2014, o FMI prevê uma expansão de 3,2% de

[111] Vide Anexo VIII deste relatório. As projeções do Ministério da Fazenda apontam o PIB em 3% e as do Banco Central em 2,7%.

1A4A112A00

crescimento do PIB brasileiro, consoante release do documento do FMI inserido como Anexo VIII deste relatório da CESaúde.

Nada obstante, as estatísticas aventadas neste relatório sobre aplicação em ASPS pela União, a conjuntura política e a estratégia do movimento sanitarista capitaneado pelo chamado "Movimento Saúde +10" me fazem convicto de que, apesar da posição pessoal, o caminho a ser traçado é o da alteração da metodologia de aplicação do mínimo em ASPS pela União (art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012), ainda que ela sequer tenha completado um ciclo de vigência e produção de efeitos, assim como, que seja promovida a criação de uma nova fonte de financiamento, tal como a CSS.

Por fim, gostaria de agradecer ao Presidente desta Comissão, **Deputado Darcísio Perondi**, que com afinco e espírito público viabilizou os trabalhos e atividades parlamentares, demonstrando a sua conhecida e reconhecida defesa a favor do sistema de saúde do Brasil.

Em nome do nosso Presidente, amplio meus agradecimentos aos demais colegas parlamentares membros da CESaúde, uma vez que o trabalho conjunto nas audiências e nos debates possibilitaram a elaboração deste relatório coletivo.

Igualmente agradeço a Secretária desta Comissão, Senhora **Eugênia Pestana** e todos que integram o setor de comissões especiais, que não mediram esforços para o atingimento dos objetivos da CESaúde.

Importante registrar a colaboração do Senhor **Afonso Teixeira Reis**, servidor do Ministério da Saúde e especialista na área da saúde pelo auxílio e esclarecimento sobre o IDSUS, metodologias e demais aspectos financeiros ali envolvidos.

Destaco, ainda, os imprescindíveis serviços do Consultor de Orçamento desta Casa, Senhor **Mário Gurgel**, que se dedicou ao

1A4A112A00

trabalho com profissionalismo e ética ímpar. Postura essa que deve ser levada ao conhecimento da sua chefia imediata e dos outros dirigentes da Casa, diante dos trabalhos em períodos noturnos, intrajornada e nos finais de semana, sempre mantendo a cortesia e observando os prazos, os compromissos e as tarefas que lhe foram afeitas, inclusive, tomando iniciativas que retificaram os rumos deste relatório.

Por fim, registro ainda a colaboração para a feitura do trabalho em comum com o **Senador Humberto Costa**, tanto este Senador – que é companheiro e coparticipe de várias propostas aqui sugeridas para o financiamento do SUS –, como a equipe da Liderança do PT no Senado, na pessoa do Senhor **Marco Rogério**, e da assessoria do gabinete do senador, na pessoa da Senhora **Silvana Sousa Pereira**.

Muito obrigado a todos.

Sala das Comissões,

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

Relator

1A4A112A00

ANEXO I – PROJETO DE LEI

1A4A112A00

Câmara dos Deputados │Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 │70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 │E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

ANEXO II - Item A

1A4A112A00

Câmara dos Deputados │Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 │70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 │E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

ANEXO II – Item B

1A4A112A00

Câmara dos Deputados │Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 │70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 │E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

ANEXO III – PROPOSTAS

1A4A112A00

ANEXO IV – SUGESTÕES ITENS "A" – "D"

1A4A112A00

Câmara dos Deputados │Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 │70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 │E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

ANEXO V – RELATÓRIO OMS 2013

1A4A112A00

Câmara dos Deputados │Anexo IV – 6° andar - Gabinete 641 │70160900 Brasília DF
Tel: (61) 3215-5641 - Fax: (61) 3215-2641 │E-mail: dep.rogeriocarvalho@camara.gov.br

ANEXO VI – PROJETO INICIATIVA POPULAR

1A4A112A00

ANEXO VII – EXPOSIÇÃO DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL

1A4A112A00

ANEXO VIII – RELATÓRIO FMI

1A4A112A00

ANEXO II - Item A

Requer a criação de Comissão Especial

REQUERIMENTO Nº _____ DE 2013

Comissão Especial Financiamento da Saúde - CESaúde

Requer a criação de Comissão Especial destinada a debater a relação público e privado no sistema de saúde pública, com foco nas subvenções estatais, subfinanciamento e exonerações tributárias na área da Saúde.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do artigo 17, inciso I, "m" do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a criação de Comissão Especial, destinada a debater a relação público e privado no sistema de saúde pública, com foco nas subvenções estatais, subfinanciamento e exonerações tributárias na área da Saúde.

JUSTIFICACÃO

Melhorar o sistema de saúde pública no Brasil não devem ter como foco, exclusivamente, uma suposta ineficiência da gestão pública. Essa forma, bastante difundida de abordagem do problema, quase sempre concluindo pelo baixo "desempenho" dos hospitais públicos, subestima o subfinanciamento crônico da saúde.

Ao se falar em subfinanciamento, importa destacar alguns dados:

- ✓ A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2013 uma renúncia de arrecadação federal de quase R$ 21 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde.
- ✓ As pessoas jurídicas e as despesas físicas podem deduzir as despesas com saúde da base de cálculo desse imposto. O gasto tributário nessas duas modalidades para o ano de 2010 foi algo em torno de R$ 2,6 e R$ 7,8 bilhões respectivamente, totalizando R$ 10,4 bilhões. Um montante significativo de recursos quando comparado ao gasto direto com ações e serviços públicos de saúde, isto é, o gasto SUS, que foi de aproximadamente R$ 139 bilhões para esse ano.

- ✓ Vale lembrar que enquanto o gasto SUS beneficia toda a população brasileira, aproximadamente 191 milhões de pessoas em 2010, estes recursos beneficiaram apenas os declarantes e seus dependentes.

Os dados apresentados referem-se apenas a tributos arrecadados pelo governo federal e não incluem diversas isenções tributárias importantes como a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) que atinge todos os medicamentos e as isenções previdenciárias concedidas às entidades sem fins lucrativos (ESFL). A SRF estima que a renúncia previdenciária com todas as ESFL seja de R$ 8,9 bilhões em 2013.

A saúde suplementar também se beneficia quando o SUS atende a pacientes que são usuários de planos e seguros de saúde de dois modos: (a) quando não há ressarcimento; e (b) quando há ressarcimento usando Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP)

É preciso reconhecer que algumas dificuldades dos hospitais públicos são fruto da lentidão na consolidação do sistema de saúde. E isso ocorre exatamente pela inversão de prioridades, pelo descaso com a saúde, pelos contingenciamentos de verbas e pela falta de uma fonte fixa e segura de recursos para o setor, mas especialmente pelo subfinanciamento.

Sala das Sessões,

ANEXO II – Item B

Indica a alteração de atribuições do DENASUS

REQUERIMENTO _____, DE 2013
Comissão Especial de Financiamento da Saúde - CESaúde

Requer o envio de Indicação à Presidência da República, sugerindo a novas atribuições ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS).

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Exª. seja encaminhada à Presidência da República a Indicação em anexo, sugerindo a propositura de legislação expressa na ementa.

Sala das Sessões, em

INDICAÇÃO Nº_____, DE 2013

Sugere à Presidência da República a propositura de iniciativa de lei para a modificação das atribuições do DENASUS.

Excelentíssima senhora Presidente da República:

Não se concebe que o Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA, via Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, use os mecanismos de responsabilização por conformidade à normas, exatamente como já procede a Controladoria Geral da União – CGU e o Tribunal de Contas da União – TCU. Não se admite mais uma administração burocrática simplesmente focada no cumprimento de procedimentos normativos, inclusive muitas vezes esvaziando o exercício do controle da qualidade e eficiência das ações públicas de saúde.

Portanto, sugere-se que (sem alteração na competência da CGU e o TCU), o controle interno do SUS possa verificar o desempenho mediante: avaliação dos resultados qualitativos dos serviços de saúde; controlar os serviços com a finalidade de verificar o cumprimento das responsabilidades sanitárias estabelecidas e a aplicação dos recursos em relação ao definido nos contratos de ação pública de saúde; avaliar os resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros de qualidade definidos pelo Ministério da Saúde.

Portanto, a legislação precisa inserir a dimensão da qualidade dos serviços e dos resultados obtidos. A transparência precisa ser promovida por obrigações quanto à divulgação de indicadores pré-estabelecidos (de processo – incluindo tempos de espera, segundo procedimentos específicos - de impacto, de satisfação do usuário) e do alcance de metas do SUS.

Sala das Sessões, em

ANEXO III – PROPOSTAS

Solicita trabalhos à Consultoria Legislativa

REQUERIMENTO Nº _____ DE 2013
Comissão Especial de Financiamento da Saúde - CESaúde

Requer a solicitação de trabalhos à Consultoria Legislativa para que, no prazo de 60 dias, apresente os Projetos de Lei que indica em benefício do SUS.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do art. 114 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a solicitação de trabalho especial à Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados para que, no prazo de 60 dias, elabore e apresente à esta CESaúde os seguintes Projetos de Lei que beneficiam o Sistema Único de Saúde:

1. Proposta do Prof. Dr. Elias Jorge que cria a Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira, cujo inteiro teor está no Anexo IV, item A, do relatório da CESaúde;
2. Proposta da Profa. Dra. Lígia Bahia, no sentido de que o fundo de pensão dos servidores públicos (FUNPRESP) tenha que investir no Sistema Único de Saúde (SUS). No caso, nas ações que digam respeito ao complexo industrial de fabricação de vacinas e medicamentos, cujo comprador e garantidor é o Ministério da Saúde, conforme notas taquigráficas (Anexo IV, item B, Notas Taquigráficas específicas da Prof. Lígia Bahia, audiência pública do dia 15 de maio de 2013);
3. Proposta da Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil – ANTC, ofertado pela Dra. Lucieni Pereira, Anexo IV, item C, deste relatório;
4. Proposta do especialista e técnico Afonso Teixeira Reis, no sentido de imposto progressivo com alíquotas proporcionais sobre rendimentos de aplicações financeiras e receita decorrente de um pequeno acréscimo no valor unitário das apostas de jogos (com cautela para não desestimular as apostas) vinculadas à saúde, Anexo VI, item D, deste relatório.

Sala das Comissões, em

PROPOSTA DE SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 123, DE 2012

Altera dispositivo da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

O **CONGRESSO NACIONAL** decreta:

Art. 1° A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, passa a vigorar com as seguintes alterações e acréscimos:

"**Art. 14.** .....
.....
.....

§ 1º A aplicação dos recursos por meio dos Fundos de Saúde de que trata este artigo não impede a gestão, bem como a execução orçamentária e financeira dos respectivos recursos por entidades da administração indireta vinculadas ao órgão máximo da direção do SUS no âmbito de cada ente da Federação.

§ 2º É vedada a prática de ato de gestão pelo Fundo de Saúde, que receberá os recursos e fará a destinação para execução por meio das unidades gestoras da administração direta e indireta responsáveis pelas ações e serviços públicos de saúde, inclusive no que se refere ao orçamento das Secretarias de Saúde em cada ente da Federação." (AC)
.....
.....

"**Art. 17.** .....
.....
.....

§ 4º Frustradas duas tentativas de pactuação, a proposta referente à metodologia de que trata o § 1º deste artigo deverá ser submetida à deliberação e será considerado, para fins deste

artigo, o resultado definido por maioria absoluta das instâncias colegiadas competentes, nos termos do regimento.

§ 5º O Ministério da Saúde adotará a última metodologia aprovada, enquanto não houver deliberação sobre nova metodologia para o exercício em curso." (AC)

.....

.....

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas de custeio com as ações e serviços públicos de saúde a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

.....

.....

"**Art. 24.** .....

I - as despesas liquidadas no exercício; e" (NR)

.....

.....

"**Art. 27.** .....

§ 1º A comunicação a que se refere o caput será expedida ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes após o adotados os procedimentos na esfera administrativa no âmbito da competência do órgão de auditoria do SUS, sem prejuízo da atuação, a qualquer tempo, pelos órgãos de controle interno e externo e pelo Ministério Público.

§ 2º A comunicação de que trata o parágrafo anterior dar-se-á por meio eletrônico, conforme módulo específico de controle de comunicações disponível no sistema previsto no art. 39 desta Lei Complementar, ao qual será dado acesso irrestrito aos órgãos de controle com competência para fiscalizar a aplicação do recurso pelo ente da Federação beneficiário, observada a origem do recurso.

§ 3º O Chefe do Poder Executivo de cada ente da Federação será cientificado, por meio de notificação eletrônica, de atos que configurem desvio de finalidade na aplicação dos recursos vinculados ou indícios de irregularidades que possam ensejar as medidas previstas nos arts. 26, 39 ou 46 desta Lei Complementar, constituindo a referida notificação prova formal válida para todos os fins.

§ 4º Os órgãos de controle interno e externo e os Ministérios Públicos terão acesso eletrônico aos relatórios e demais documentos produzidos nas auditorias realizadas pelos órgãos que integram o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, inclusive as que estiverem em curso, com a finalidade de racionalizar a gestão e evitar a prescrição das ações nas esferas de responsabilização, observada, para fins de acesso às informações, a competência de cada órgão de controle de acordo com a origem do recurso." (AC)

.....

.....

"**Art. 32.** .....

.....

.....

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios integrarão o sistema eletrônico de que trata o inciso III, do parágrafo único, do art. 48, da Lei Complementar nº 101, de 2000, ao sistema centralizado referido no art. 39 desta Lei Complementar, com o objetivo de assegurar a fidedignidade das informações necessárias à realização do cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º As normas gerais para o registro de que trata o caput serão editadas pelos órgãos centrais de contabilidade e orçamento da União, enquanto não for constituído o Conselho a que se refere o art. 67 da Lei Complementar nº 101, de 2000, observada a necessidade de segregação das informações, notadamente no que se refere ao saldo das disponibilidades vinculadas à saúde, as fontes de recurso e o indicador orçamentário ou parâmetro equivalente das ações e serviços públicos de saúde.

.....

.....

"**Art. 38.** O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio do Tribunal de Contas, e o sistema de auditoria do SUS, o órgão de controle interno e o Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizarão o cumprimento das normas previstas nesta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:" (NR)

.....

.....

"Parágrafo único. A Comissão de que trata o § 1º do art. 166 da Constituição Federal ou equivalentes nas Casas Legislativas estaduais e municipais, em conjunto com as Comissões

Permanentes responsáveis por temas referentes à saúde e à fiscalização e controle, publicará, até o dia 31 de dezembro, o calendário das audiências do exercício subsequente, garantida a participação de representantes dos órgãos de controle e da sociedade civil organizada, nos termos do regimento." (AC)

"**Art. 39.** .....
.....
.....

§ 7º A fim de garantir o cumprimento do inciso III do art. 36 desta Lei Complementar, a execução orçamentária e financeira das despesas custeadas, no todo ou em parte, com recursos públicos será registrada em sistema eletrônico que atenda a padrão mínimo tecnológico, contábil e financeiro de forma a assegurar a transferência eletrônica das informações pormenorizadas para o SIOPS, observado o disposto nos §§ 2º e 4º do art. 13." (AC)
.....
.....

"**Art. 42**. .....
.....
.....

§ 1º O órgão de auditoria do SUS, órgão permanente, específico e singular, estruturado em cargos efetivos exclusivos do respectivo quadro próprio de pessoal, será administrativamente organizado e mantido, no âmbito de cada ente da Federação, junto ao órgão máximo da direção do SUS e diretamente subordinado ao Ministro de Estado de Saúde na esfera federal e à autoridade correspondente nas demais esferas, nos termos da lei.

§ 2º Para fins de planejamento e execução das auditorias e demais fiscalizações no âmbito do SUS, o órgão referido no caput deste artigo será orientado pelos princípios e diretrizes que norteiam, em cada ente da Federação, o órgão de que trata o art. 74 da Constituição, ao qual os servidores efetivos dos órgãos que integram o Sistema Nacional de Auditoria do SUS ficarão tecnicamente vinculados, nos termos da lei.

§ 3º Ao órgão de auditoria do SUS compete assistir direta e imediatamente ao dirigente do órgão máximo do SUS, em cada ente da Federação, na fiscalização e auditoria da prestação de serviços e sistemas de saúde, em seus aspectos qualitativos e quantitativos, assim como acompanhar a aplicação dos recursos vinculados ao SUS, nos termos da lei.

§ 4º O Ministério da Saúde manterá sistema eletrônico centralizado para registro obrigatório pelos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, o qual será integrado ao sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar.

§ 5º A fim de racionalizar as ações de controle, o plano anual e o resultado das auditorias realizadas pelos órgãos que integram o Sistema Nacional de Auditoria do SUS serão registrados no sistema de que trata o parágrafo anterior, ao qual será dado acesso irrestrito aos órgãos de controle interno e externo e ao Ministério Público com competência para atuar no âmbito de cada ente da Federação, observada a origem do recurso objeto da fiscalização." (AC)

.....

.....

Art. 45-A. Para fins desta Lei Complementar, é vedado o cômputo de gastos com hospitais penitenciários e universitários das redes federal e estadual referentes a despesas próprias de segurança pública e de manutenção e desenvolvimento de ensino, consideradas ou não para o cálculo do percentual mínimo de que trata o art. 212 da Constituição Federal, ressalvadas as despesas estritamente de ações e serviços públicos de saúde constantes do termo de convênio que formalizar a integração das referidas unidades de saúde ao SUS, conforme previsto no art. 45 da Lei nº 8.080, de 1990.

Art. 45-B. A pessoa jurídica beneficiária de recursos públicos vinculados à saúde, sob qualquer forma de convênio, acordo, ajuste, contrato ou instrumento congênere, observará as disposições desta Lei Complementar, com objetivo de garantir a transparência e a racionalidade da prestação de contas referida no parágrafo único do art. 70 da Constituição Federal.

Parágrafo único. A Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, será observada pelas entidades previstas no caput, nos termos do regulamento referido no § 2º, do art. 13 desta Lei Complementar." (AC)

Art. 2º Se no exercício anterior ao da publicação desta Lei Complementar, a União tiver aplicado em ações e serviços públicos de saúde valor inferior a xx% da receita corrente líquida federal, deverá elevá-lo, progressivamente, mediante acréscimo de pelo menos um ponto percentual ao ano, garantido, no mínimo, 14% da referida receita no primeiro ano subsequência ao da publicação desta Lei Complementar.

§ 1º Para fins do disposto no caput deste artigo, deverá ser considerada a receita corrente líquida federal do exercício de referência, calculada segundo metodologia definida no art. 2º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Sem prejuízo da pactuação regular realizada no âmbito da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e dos parâmetros e condicionantes previstos nos arts. 17 e 22 desta Lei Complementar, os critérios para a transferência aos demais entes da Federação, de parte dos recursos federais decorrentes da diferença apurada na forma do *caput* deste artigo, poderão ser condicionados à pactuação especial que observe as diretrizes fixadas em regulamento do Chefe do Poder Executivo que priorizem:

I - a progressiva redução das disparidades regionais;

II - a estruturação do componente estadual, distrital ou municipal do sistema de regulação, avaliação, controle e auditoria do SUS; ou

III - o aprimoramento dos mecanismos de gestão do SUS, dos Fundos e Conselhos de Saúde, assim como dos instrumentos de transparência, participação popular e controle social.

§ 3º Ao final do quinto ano da publicação desta Lei Complementar, a metodologia prevista no caput deste artigo poderá ser revista, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição, podendo, inclusive, restabelecer a metodologia prevista no art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Art. 3° O Ministério da Saúde observará o prazo de até dois exercícios subsequentes à publicação desta Lei Complementar para promover as alterações referentes ao desenvolvimento e à implantação de módulos específicos do SIOPS e outros sistemas eletrônicos centralizados a ele integrados, assim como para estruturação do órgão de auditoria do SUS na esfera federal.

Art. 4° Revoga-se o § 2º do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Art. 5° Esta Lei Complementar entra em vigor da data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

A proposta de substitutivo formulada pela Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil (ANTC) aos Projetos de Lei Complementar nº 123, 124 e 226, de 2012, visa apresentar alternativa aos textos que tramitam na Câmara dos Deputados e no Senado Federal com a finalidade de alterar o artigo 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012.

A regulamentação da Emenda 29, de 2000, pela Lei Complementar nº 141, de 2012, mostrou-se de alta relevância nacional, já que, além de atender o § 3º

do artigo 198 da Constituição, foi possível resolver diversas controvérsias sobre a apuração do valor mínimo a ser aplicado anualmente em ações e serviços públicos de saúde pelos entes nas três esferas de governo.

Porém, a séria histórica demonstra que a metodologia de cálculo do mínimo constitucional que a União deve aplicar tem sido um dos fatores críticos ao financiamento da saúde. Os dados da Secretaria do Tesouro Nacional revelam o quanto a política de saúde foi preterida quando comparada aos gastos com educação, assistência social e trabalho na última década.

RECEITA / FUNÇÃO-SUBFUNÇÃO	2000	2002	2006	2010	2012	Variação 2000-2010	Variação 2002 - 2012
Receita Corrente Bruta (RCB)	252,5	343,1	527,3	890,1	1.134,70	253%	231%
Receita Corrente Líquida (RCL)	145,1	201,9	303	499,9	616,9	245%	206%
Previdência Social (INSS)	93,4	123,2	188,5	325,8	399,3	249%	224%
Juros e Encargos da Dívida*	38,8	55,3	89,8	122,4	135,1	215%	144%
Saúde	20,3	25,4	36,5	60,6	78,6	199%	209%
Educação	11,2	13,2	16,2	44,1	65,4	294%	395%
Assistência Social	4,4	6,5	15,8	39,1	56,6	789%	771%
Trabalho	8	8,5	12,7	31,2	42,3	290%	398%
Defesa Nacional	10,6	12,6	15,4	31,8	36,6	200%	190%
Transporte	3,3	5,1	6,7	20,6	22,2	524%	335%
Agricultura	5,1	5,5	8,3	14,1	15,8	176%	187%
Segurança Pública	2,2	2,2	3	9	7,9	309%	259%
Ciência e Tecnologia	1,2	1,5	3,3	7,3	7,6	508%	407%
Organização Agrária	1,1	1,4	3,6	4,2	5,7	282%	307%
Gestão Ambiental	1,1	1,3	2	3,5	5,4	218%	315%
Saneamento Básico Urbano	0,161	0,097	0,088	1,7	2,6	956%	2580%

Fonte: Anexos I, II e III do RREO 6º Bimestre / 2012 - Despesa Empenhada no exercício - Tesouro Nacional

Valores em bilhões

Há consenso da necessidade de rever a metodologia de cálculo do mínimo da União. É nesse sentido que a proposta de substitutivo da ANTC visa à fixação de metodologia que aproxime o parâmetro federal ao adotado para Estados e Municípios.

Para tanto, adota-se a receita corrente líquida federal como parâmetro, sobre o qual deve incidir percentual fixo a cada exercício. Propõe-se, ainda, a fixação do piso de 14% da RCL federal no primeiro exercício subsequente ao da publicação da nova Lei Complementar, de forma a resgatar o referencial verificado em 2000, ano da promulgação da Emenda nº 29, em que os gastos da União com saúde corresponderam a 14% da RCL.

ANO	RECEITA CORRENTE BRUTA (RCB)	RECEITA CORRENTE LÍQUIDA (RCL)	DESPESAS COM SAÚDE NA UNIÃO		
			GASTO EFETIVO	% RCB	% RCL
2000	252,5	145,1	20,3	8,04%	13,99%
2002	343,1	201,9	25,4	7,40%	12,58%
2005	527,3	303	36,5	6,92%	12,05%
2010	890,1	499,9	60,6	6,81%	12,12%
2012	1.134,7	616,9	78,6	6,93%	12,74%

Fonte: Anexos I, II e III do RREO 6º Bimestre - Despesa Empenhada no exercício - STN

Valores em bilhões

O objetivo da ANTC e entidades parceiras não é definir o percentual máximo para a União aplicar em ações e serviços públicos saúde, referencial que deve resultar da discussão no Congresso Nacional com diversos atores interessados.

Tem-se por finalidade contribuir com o debate no sentido de demonstrar que 10% da receita corrente bruta corresponde a 18,10% da RCL federal apurada em 2000.

ANO	RECEITA CORRENTE BRITA - RCB		RECEITA CORRENTE LÍQUIDA - RCL		MÍNIMO DA SAÚDE SOBRE A RCL		10% RCB	GASTO COM SAÚDE FUNÇÃO SAÚDE
	PREVISTO	REALIZADO	PREVISTO	REALIZADO	14% RCL (PARÂMETRO 2000)	18,10% RCL		
2000	267.145.786	252.518.504	162.115.411	145.110.650	20.315.491	26.265.028	25.251.850	20.300.000
2001	306.702.015	289.410.918	186.119.143	167.739.102	23.483.474	30.360.777	28.941.092	23.633.858
2002	348.132.578	343.074.988	205.901.240	201.927.320	28.269.825	36.548.845	34.307.499	25.400.000
2003	369.762.516	384.447.011	213.047.599	224.920.164	31.488.823	40.710.550	38.444.701	27.173.569
2004	441.606.095	450.589.981	259.257.101	264.352.998	37.009.420	47.847.893	45.058.998	32.972.885
2005	514.206.446	527.324.578	286.014 .861	303.015.775	42.422.209	54.845.855	52.732.458	36.500.000
2006	575.218.298	584.067.471	336.743.031	344.731.433	48.262.401	62.396.389	58.406.747	39.736.226
2007	659.158.017	658.884.417	392.478.801	386.681.857	54.135.460	69.989.416	65.888.442	44.930.231
2008	716.027.863	754.735.517	396.478.408	428.563.288	59.998.860	77.569.955	75.473.552	49.211.474
2009	839.902.453	775.406.759	476.469.892	437.199.421	61.207.919	79.133.095	77.540.676	57.084.559
2010	908.470.447	890.137.033	515.407.668	499.866.613	69.981.326	90.475.857	89.013.703	60.600.000
2011	1.034.447.004	1.029.613.468	561.929.946	558.706.387	78.218.894	101.125.856	102.961.347	70.867.342
2012	1.175.024.996	1.134.717.335	685.615.063	616.933.349	86.370.669	111.664.936	113.471.734	78.600.000
2013	1.296.468.152	1.168.926.531	699.978.872	633.920.234	88.748.833	114.739.562	116.892.653	91.421.817

Fonte: RREO União - Anexo III RCL - Site Tesouro Nacional

Nota:

(1) RCL 2013 referente ao 1º Semestre (julho/2012 a junho/2013)

(2) Gasto com saúde 2013 referente à dotação atualizada da despesa com função

O quadro precedente também evidencia que se a União mantivesse o gasto com saúde no patamar de 14% da RCL federal, o valor mínimo a ser aplicado em 2012 seria de R$ 86,3 bilhões contra os R$ 78,6 bilhões verificados de acordo com

a metodologia atual, correspondente à despesa empenhada somada à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Relativamente à redação dada ao artigo 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012, há que se recorrer a estudos que subsidiaram a discussão durante a tramitação de projetos de lei que resultaram na referida norma.

Dentre os estudos, merece destaque a Representação do GRUPO DE TRABALHO DA SAÚDE constituído por procuradores da República no âmbito do Ministério Público Federal (MPF), datada de 11 de dezembro de 2007. Seguindo o mesmo raciocínio que sustenta a Representação, há que se destacar os seguintes aspectos fundamentais:

i) o artigo 5º da Lei nº 141, de 2012, não reflete a sinalização do constituinte ao estabelecer a redação do § 2º do artigo 198 da Constituição, no que tange à definição da metodologia de cálculo da União;

ii) o texto aprovado prevê a atualização da despesa empenhada no exercício anterior a partir da "variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) a que se refere à lei orçamentária" correlata.

Sobre o primeiro ponto, a incompatibilidade se justifica porque a redação do § 2º do artigo 198 da Constituição apresenta fortes sinais de que o constituinte desejou que a lei complementar fixasse para a União metodologia semelhante à definida constitucionalmente (incisos II e III) para os demais entes, ou seja, fixasse um percentual para incidir sobre uma base de receita, nos seguintes termos:

> *"Art. 198. Omissis*
>
> *(...)*
>
> *§ 2º* ***A União****, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios* ***aplicarão****, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde* ***recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre****:*
>
> *I -* ***no caso da União****, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no* ***§ 3º****;*
>
> *II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;*
>
> *III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º" (grifou-se).*

Como se nota, para os Estados, Distrito Federal e Municípios, os percentuais definidos na lei complementar incidirão, obrigatoriamente, sobre a receita líquida dos impostos e transferências constitucionais por determinação expressa dos incisos II e III do § 2º do artigo 198 da Constituição, seguindo a mesma lógica da metodologia fixada para o mínimo constitucional de educação (artigo 212).

Na esfera federal, a definição da base de cálculo foi delegada à lei complementar, assim como o percentual mínimo. Isso ocorreu porque, na União, os recursos destinados à saúde correspondem um percentual bastante elevado se comparado à totalidade da receita líquida dos impostos, após a repartição de receita com os demais entes e a desvinculação de receitas (DRU) de que trata o artigo 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Esses fatores tornam, sem dúvida, a metodologia federal bem mais complexa do que a adotada para os demais entes da Federação. Sob outra perspectiva, as despesas de saúde na União contam com as receitas das contribuições sociais vinculadas à seguridade social na forma prevista no artigo 195 da Constituição, cuja instituição e arrecadação são de exclusividade da União.

Pela redação dada ao § 2º do artigo 198 da Constituição, vislumbra-se o binômio "**percentual** X **base de receita**", o qual deve resultar em montante mínimo a ser aplicado anualmente em ações e serviços públicos de saúde no âmbito das três esferas.

A única diferença entre a União e os demais entes é que, enquanto para os entes subnacionais o montante mínimo resultará da incidência de um percentual sobre a base de receita definida no próprio Texto Fundamental (incisos II e III), no caso da União tal montante deve resultar da incidência de um percentual sobre uma base de cálculo a serem definidos, ambos, em lei complementar.

O § 3º do artigo 198 da Constituição reforça a tese de que a lei complementar deve estabelecer os percentuais mínimos para todos os entes, inclusive para a União (inciso I), bem como a metodologia de cálculo do montante na União (inciso IV), a qual, pelo comando do § 2º, deve refletir o binômio "**percentual** X **base de receita**".

O texto do artigo 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012, não reflete essa lógica em sua completude, conforme se pode observar da sua redação:

> *Art. 5o A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.*

Ao estabelecer base de cálculo tão diferenciada para a União, o artigo 5º quebra a simetria entre as três esferas de governo, diferentemente do que fez o

legislador constituinte quando da definição do mínimo de educação (artigo 212), simetria essa reproduzida no § 2º do artigo 198.

Visto sob outro ângulo, a metodologia pautada na despesa empenhada do exercício anterior pode reduzir os incentivos aos investimentos federais em ações e serviços públicos de saúde, como, aliás, é o que vem ocorrendo desde a promulgação da Emenda 29.

É importante ressaltar que a viabilidade jurídico-operacional do limite de saúde a ser praticado na União, a exemplo do procedimento definido para os demais entes, pressupõe a definição de metodologia de cálculo que possibilite ao Chefe do Poder Executivo conhecer o valor que deve ser aplicado em saúde antes do encerramento do exercício, evitando sobressaltos, já que o descumprimento do mínimo pode ensejar responsabilização nas esferas administrativa, de controle externo, cível e penal.

Com a finalidade de superar esses fatores críticos, a proposta de substitutivo da ANTC visa conferir isonomia no trato do financiamento da saúde nas três esferas de governo, ou seja, a efetiva vinculação com base em percentuais incidentes sobre a receita, parâmetro que reflete a capacidade de gasto de cada ente da Federação.

Na União, propõe-se a fixação de percentual que deve incidir sobre a receita corrente líquida; nos Estados, foi fixado o percentual de 12% da receita líquida de impostos; já os Municípios aplicam 15% da receita dos impostos.

A proposta de substitutivo também busca reduzir os conflitos em torno da apuração do mínimo constitucional da saúde que inviabilizaram a aprovação do orçamento da União no final do ano passado, votado apenas em abril de 2013.

A inclusão de despesas que não podem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração do percentual mínimo gerou tamanho conflito que levou o presidente da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) oficiar a Procuradoria-Geral da República, conforme Ofício nº 601/2012-P, para que fossem adotadas providências no sentido de garantir a aplicação da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Em resposta, o subprocurador-geral da República e adjunto da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, Oswaldo José Barbosa Silva, expediu Ofício nº 65/PGR/OS[1], de 13 de dezembro de 2013, ao presidente da CSSF, no sentido de esclarecer que, se a proposta orçamentária da União fosse aprovada com as despesas apontadas como irregulares pelo Relatório da CSSF, a Procuradoria-Geral da República adotaria providência no sentido de judicializar tais inclusões por afrontarem a Constituição Federal e a Lei Complementar nº 141, de 2012.

[1] http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2012/12/17/relatorio-final-do-orcamento-de-2013-esta-pronto-para-ser-votado-na-cmo

De fato, a Lei Complementar nº 141, de 2012, avançou nos instrumentos de transparência e controle, mas ainda não foi possível fechar, completamente, as torneiras do desvio e do desperdício dos recursos públicos.

Para além dessas medidas, há necessidade de avançar na estruturação dos fundos e conselhos de saúde, assim como o Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Essa constitui a décima quinta proposta mais votada da lista de oitenta[2] propostas aprovadas pela Conferência Nacional de Transparência e Controle Social (CONSOCIAL). A estruturação e fortalecimento da governança do Sistema Nacional de Auditoria do SUS também integra o Caderno de Propostas da Parceria Governo Aberto[3], conforme proposta 2.6, aprovada em março de 2013.

A proposta avança em medidas de redução de custos e racionalização da atuação dos órgãos de controle, evitando sobreposições de ações de controle no âmbito do SUS estadual e municipal.

A transparência e o controle social também são homenageados, com diretrizes para a padronização das informações que devem ser reunidas no SIOPS nas três esferas de governo e realização de audiências públicas quadrimestrais previstas na Lei Complementar nº 141, de 2012, garantida a participação da sociedade civil organizada.

Pelo potencial de efeito positivo para a melhoria da gestão pública, prevenção à corrupção e ao desperdício de recursos públicos, transparência, participação e controle social, a proposta de substitutivo que ora se apresenta conta com o apoio da Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), Associação Nacional do Ministério Público de Contas (AMPCON), Instituto de Fiscalização e Controle (IFC), União Nacional dos Auditores do Sistema Único de Saúde (UNASUS), Sindicato Nacional dos Analistas e Técnicos de Finanças e Controle (UNACON-SINDICAL), Sindicato dos Policiais Federais no Distrito Federal (SINDIPOL-DF), Sindicato dos Servidores do Poder Legislativo Federal e do Tribunal de Contas da União (Sindilegis), Confederação Nacional dos Servidores Públicos (CNSP), Associação dos Auditores de Controle Externo do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (AUDITORES TCE-PE), Instituto de Cultura de Cidadania (A Voz do Cidadão), Grupo de Trabalho Anticorrupção (GTAC).

Brasília, 31 de julho de 2013.

---

[2] http://www.cgu.gov.br/consocial/biblioteca/lista80_propostas_finais.pdf
[3] http://www.cgu.gov.br/PrevencaodaCorrupcao/CompromissosInternacionais/GovernoAberto/documentos/arquivos/caderno-de-propostas-OGP-marco2013.pdf

Gmail by Google

Helio Rodrigues <heliosrj@gmail.com>

Financiamento do SUS

1 mensagem

Proposta

Prezadas, prezados

Considerando a estrutura regressiva dos impostos do Brasil;
Considerando as tentativas fracassadas de projetos de impostos sobre grandes fortunas;
Considerando a extinção da CPMF e o histórico da não aplicação integral dessa contribuição à Saúde;
Considerando a regressividade e a extrema iniquidade da renuncia fiscal sobre os planos privados de saúde;
Considerando a inviabilidade política de alteração ou instituição dessas alternativas de receita que poderiam ser fonte para financiamento da Saúde
E considerando o projeto de lei que altera a LC 141 e fixa o mínimo de 20% das receitas correntes líquidas da União a serem aplicados na Saúde e o constrangimento que tal percentual das RCL causa a gestão fiscal do governo federal:
Ouso fazer a seguinte proposta:

1- Fixar o mínimo de 15% das receitas correntes líquidas da União a serem aplicados na Saúde e;
2- Instituir duas novas fontes de receita a serem **destinadas exclusivamente** ao financiamento do SUS, quais sejam:
a) Instituir um Imposto progressivo com alíquotas proporcionais sobre os rendimentos de aplicações financeiras (Fundos de investimentos, CDBs, RDBs, etc), portanto proporcionais também ao montante aplicado. Assim fixar-se-ia um alíquota para os rendimentos de aplicações acima de um mínimo, por exemplo de 500 mil reais até 1 milhão, de 1 milhão a 2 milhões, etc. Estes intervalos devem ser fixados a partir de um estudo dessas aplicações, informações que podem ser obtidas na Receita Federal ou Banco Central. Esse imposto pode ser viabilizado por meio de impostos já existentes como o IOF (apenas a parte sobre aplicações financeiras) ou como um cota não restituível de imposto retido na fonte, já existente nas aplicações financeiras. O núcleo dessa receita seria a progressividade, pois incidiria sobre os mais ricos, que contam com grandes reservas financeiras, um espécie de imposto sobre grandes fortunas.
b) Ter como segunda fonte de receita uma contribuição voluntária, também já instituída, qual seja, das receita das Loteria e Jogos, bastando um pequeno acréscimo no valor unitário das apostas, digamos de 20 centavos (esse valor depende de estudos para melhor definição, de maneira a não desestimular as apostas).
Para para apreciação.
Com já escrevi, o SUS é uma das melhores propostas republicanas do Brasil, no sentido de viabilizar um bem comum. Portanto, vale a aposta!
Saudações fraternas.

Afonso Teixeira dos Reis

PROPOSTA PARA FINANCIAMENTO ADICIONAL DO SUS COM MUDANÇA DE PARADIGMA

Proposta

Prof. Dr. ELIAS ANTONIO JORGE

I – INTRODUÇÃO

O presente texto visa apresentar uma alternativa para o financiamento adicional, emergencial, do SUS que seja indutor da mudança de paradigma no modelo de atenção.

O desfinanciamento crônico do SUS, cuja raiz é essencialmente política, torna os gestores reféns das demandas da doença, impossibilitando uma gestão centrada em necessidades da saúde da população.

As ações de promoção e proteção da saúde (atenção básica, atenção primária) tornam-se subalternas às ações de atenção secundária e terciária (de média e alta complexidade), em geral, de alto custo para recuperação da saúde, ou seja, **a principalidade é da doença e não da saúde**.

Isso se expressa na dotação orçamentária e em sua execução.

Quanto menor a promoção e a proteção, maior a necessidade de recuperação.

É necessária a ruptura desta brutal realidade impondo-se na dotação e na execução orçamentária o novo paradigma: quanto maior a promoção e a proteção à saúde, menor a necessidade da doença, menores os agravos e mortes evitáveis, menor o sofrimento das pessoas.

O presente texto visa também demonstrar que a regulamentação da EC/29 não resolve o desfinanciamento estrutural do SUS.

A necessidade de financiamento público do SUS, segundo os estudos e pesquisas referendados pela OMS, é de 6% do PIB.

Ainda que a proposta mais generosa de regulamentação da EC/29 viesse a ser aprovada, não passaríamos de 4,5% do PIB, como demonstraremos a seguir.

Atualmente o financiamento público do SUS orbita em torno de 3,5% do PIB.

Caso os municípios continuem aportando 15% da receita de impostos (mais ou menos 7% do PIB) teríamos aproximadamente 1% do PIB para o SUS.

Caso todos os estados passem a aplicar rigorosamente 12% da receita de impostos (mais ou menos 8,5% do PIB) teríamos aproximadamente 1% do PIB para o SUS.

Caso aprovadas as propostas mais generosas (10% das Receitas Correntes Brutas ou 18% das Receitas Correntes Líquidas) contidas nos projetos de regulamentação da EC/29, a parcela da União passaria a ser de aproximadamente 2,5% do PIB para o SUS.

Como se constata ficaríamos com um montante das três esferas de poder orbitando em torno de 4,5% do PIB para o SUS muito aquém da necessidade de financiamento estimada em 6% do PIB.

Cabe observar ainda que os estudos e observações sobre os sistemas similares ao SUS (universais, integrais e equitativos) que apontam para a necessidade de financiamento público de 6% do PIB não incluem em seu escopo a aceleração da transição demográfica, da transição epidemiológica e a velocidade da inovação tecnológica, três dos principais fatores que pressionam os custos e consequentemente a necessidade de financiamento dos sistemas de saúde.

II – OBJETIVO

NÃO SE TRATARÁ AQUI DE UMA SOLUÇÃO ESTRUTURAL PARA O FINANCIAMENTO DO SUS, MAS TÃO SOMENTE DE UMA ALTERNATIVA CONJUNTURAL.

A presente proposta não exclui a necessidade de continuar buscando uma solução estrutural para o financiamento do SUS seja através da taxação de produtos nocivos à saúde da população (motos, carros, açúcares, gorduras, cigarro, bebidas alcoólicas e refrigerantes, etc.); seja através da securitização pelo BNDES da dívida com o SUS contraída pelos entes federados que aplicaram menos do que o previsto na EC/29; seja através dos rendimentos do fundo soberano e do fundo do pré-sal; seja através da taxação de grandes fortunas; seja através da Taxa de Atualização Patrimonial (TAPA/IR); seja através da parcela dos royaltes do petróleo, etc.

Além disso, é necessário banir a aberração contábil introduzida no artigo 6º do projeto em tramitação na Câmara (substitutivo Pepe Vargas), que consiste em excluir a parcela destinada ao FUNDEB da incidência dos 12% da parcela mínima destinada pelos estados ao financiamento do SUS conforme previsto na EC/29.

Essa aberração cria precedente gravíssimo para o financiamento de todo o sistema de proteção social do Brasil (Trabalho, Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social) e desfinancia o SUS em cerca de 6 bilhões de reais ao ano.

Para regulamentar a EC/29, o mais sensato e objetivo é aprovar o projeto originário da Câmara (isento de aberrações), na forma do substitutivo do Deputado Guilherme Menezes, ao Projeto de Lei do Deputado Roberto Gouveia, que se encontra no Senado desde 2007.

Para tanto, será necessário corrigir a redação dos artigos 5º e 42, que se referem a CPMF, não renovada a partir de 1º/01/2008, e corrigir a redação do artigo 24 que extrapola as atribuições do TCU.

Se as correções forem entendidas como meros ajustes de redação, não haverá necessidade de retorno à Câmara dos Deputados.

Neste caso, estaria sendo aprovado o projeto que foi mais amplamente discutido pelos atores sociais, cuja espinha dorsal é a resolução do CNS nº 316/2002, renumerada para resolução do CNS nº 322/2003 e livre das aberrações produzidas pelo Senado e pela Câmara no artigo 6º, relativamente ao financiamento do SUS pelos estados.

Ficará pendente o aporte de recursos para as necessidades de financiamento estrutural e conjuntural do SUS, que deverá ser objeto de um projeto de lei específico.

Nenhum acréscimo de recurso resolverá ou amenizará significativamente, a situação de financiamento do SUS se não estiver associado a:

- Maior controle interno, externo e principalmente maior controle social, sobre a dotação e execução orçamentária e financeira.
- Mudança nas estratégias de gestão com profissionalização dos gestores, remuneração adequada dos trabalhadores da saúde e uso intensivo do arcabouço teórico/prático de Organização e Métodos (**O&M**), Teoria Geral da Administração (**TGA**), instrumental da **Economia da Saúde**, etc.
- E **condicionado** a mudança no modelo de atenção à saúde privilegiando à promoção e à proteção à saúde.

Observa-se, já há algum tempo, um crescimento exponencial descontrolado, principalmente, com as despesas de **Recuperação da Saúde** (ou seja, com a doença), nos transplantes, nas Terapias Renais Substitutivas (**TRS**), nas cirurgias, nos medicamentos de dispensação excepcional (alto-custo), nos exames de imagem, etc...

Na melhor das hipóteses, o desafio é transformar este crescimento exponencial em um crescimento logarítmico, ou seja, construir pontos de inflexão nas curvas exponenciais, o que requer investir pesadamente em **Promoção e Proteção à Saúde**, vale dizer, na **Atenção Primária**, na **Atenção Básica**.

Continuam atuais os lemas do Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde: "é preciso fazer mais e melhor com o pouco que temos", "é necessário aumentar o pouco que temos".

A proposta de criação de uma Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira – CFMF – é uma alternativa para romper o impasse na regulamentação da EC/29, visa apresentar uma solução emergencial de aporte de recursos adicionais para financiamento do SUS, se baseia nos pressupostos abordados nesta Introdução e pretende ser indutora da mudança no modelo de atenção.

III – DESENVOLVIMENTO e METODOLOGIA

III.1-A PROPOSTA

A. Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira – **CFMF** – nos moldes da CPMF, com alíquota máxima de 0,30%, **como fonte adicional** à Atenção Básica.
B. Condicionantes à União para o aporte direto e automático de recursos, e garantia de condicionalidades de aportes indiretos, pela União, de recursos aos Estados, DF e Municípios.

C. Ampla publicidade da aplicação dos recursos com demonstrativos que assegurem transparência, visibilidade, legibilidade e inteligibilidade.

Como demonstrado na Introdução, não se trata de solução definitiva para o financiamento do SUS, mas solução emergencial que permita desbloquear o impasse na regulamentação da EC/29 e induzir a uma mudança de paradigma no modelo de atenção centrado na doença para o modelo de atenção centrado na saúde.

O que se busca é a ruptura com a gestão refém da demanda das doenças, viabilizando a gestão baseada nas necessidades de saúde da população.

O impasse principal da regulamentação é a resistência da área econômica da União, de vinculação do aporte federal à receita arrecadada, como ocorre com Estados, DF e Municípios, em relação à Receita de Impostos.

A vinculação à variação nominal do PIB congela a participação da União abaixo de 2% do PIB, e a obrigação de empenhar a Dotação Orçamentária até 31 de dezembro tem produzido níveis escandalosos de Restos a Pagar, boa parte dos quais termina sendo cancelado.

A estratégia de construção da CSS (Contribuição Social para Saúde) através de Lei Complementar, no corpo da regulamentação da EC/29, tem o mérito de reconhecer que os recursos de financiamento do SUS são insuficientes.

Entretanto, tem o demérito de inviabilizar a aprovação da regulamentação da EC/29 com um aporte tímido de recursos que praticamente se anula, mantidas as aberrações dos parágrafos 2° e 3° do artigo 6° (4 anos de carência para os Estados e exclusão da parcela do **FUNDEB** do percentual de 12% para a saúde).

Além disso, a CSS aparece como um novo tributo, quando na verdade não passa de uma tentativa simplória de repatriar para os cofres públicos uma parte pequena da CPMF que deixou de ser arrecadada, mas continua embutida nos preços de produtos e serviços, como reconheceu publicamente em reunião no CNS, o relator da reforma tributária, empresário do setor de bolachas.

Para resolver o impasse na regulamentação da EC/29 e até que se articulem forças da sociedade civil e alianças político-partidárias que consigam quebrar a resistência da área econômica federal, à vinculação da parcela da União às receitas arrecadadas, o mais sensato e objetivo é:

- Aprovar o projeto originário da Câmara que se encontra no Senado, proposta Roberto Gouveia na forma do substitutivo Guilherme Menezes, com correções na redação dos artigos 5° e 42 (que se referem à CPMF) e do artigo 24 (atribuição excessiva ao TCU). Seriam emendas de harmonização redacional o que não implicaria em retorno à Câmara.
- Dessa forma se eliminariam as aberrações do artigo 6°.
- Para resolver o aporte adicional de recursos emergenciais para o SUS (solução conjuntural) **a proposta consiste em repatriar para os cofres públicos parte da CPMF que continua a ser arrecadada, mas com apropriação privada através dos preços de mercadorias e serviços**.

- Para tanto, seria criada a **CFMF** – Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira – cujo montante arrecadado seria **ADICIONAL** ao mínimo assegurado pela EC/29 e **destinado INTEGRALMENTE às Ações e Serviços Públicos de Saúde de ATENÇÃO BÁSICA**.

A curto e médio prazos, a pressão das ações de média e alta complexidades, e de médio e alto custos, sobre a despesa seria amenizada vislumbrando-se o ponto de inflexão da tendência exponencial para a tendência logarítmica de crescimento da despesa.

Paralelamente seria assegurado aos Estados, DF e Municípios o aporte pelo Tesouro Nacional com recursos de **outras fontes** o **equivalente** a **1/3** do montante arrecadado pela **CFMF** (**1/6** para estados e **1/6** para municípios).

O objetivo deste aporte seria viabilizar um recurso de **livre aplicação** para Estados, DF e Municípios, que comprovassem haver aplicado no ano anterior os montantes **constitucionalmente previstos da respectiva receita de impostos em saúde e em educação**.

Também de **outras fontes** seria destinado à Previdência Social o **equivalente** a **1/6** do montante arrecadado pela **CFMF**.

Finalmente, ainda de **outras fontes**, seria destinado à Assistência Social o **equivalente** a **1/6** do montante arrecadado pela **CFMF**.

Em resumo, para cada R$ 3,00 que voltariam a ser arrecadados pela União, haveria a aplicação de R$ 3,00 em atenção básica à saúde.

Para cada R$ 3,00 novos que ingressariam (retornariam) nos cofres da União, esta transferiria a Estados, DF e Municípios R$ 1,00 de outras fontes, vale dizer para cada R$ 1,00 que a União transferir para Estados, DF e Municípios, induzindo a rigorosa aplicação destes entes em saúde e em educação, a União teria R$ 2,00 (o dobro da transferência) em recursos novos (**repatriados aos cofres públicos**) ao Tesouro Nacional.

Na prática, a **CFMF** vem socorrer as necessidades emergenciais da saúde, **promover uma mudança de paradigma no modelo de atenção**, reforçar o conceito de pacto federativo, ajudando Estados, DF e Municípios a sanear suas finanças e consequentemente privilegiar todo o sistema de proteção social no Brasil (Saúde, Previdência, Assistência Social, Educação e Trabalho).

Trata-se de tributo de custo arrecadatório praticamente nulo, de caráter progressivo, efeito fiscalizador, com baixo teor de elisão, evasão e sonegação fiscal, com vigência a partir de 90 dias da aprovação e com reais possibilidades de apoiamento por governadores, prefeitos, deputados e senadores, inclusive da oposição, e até mesmo da população, se devidamente esclarecida.

III.2 – MINUTA DE PROJETO DE LEI

Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira (CFMF)

Art. 1º - Fica instituída a Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira (CFMF) nos moldes da contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e de direitos de natureza financeira – CPMF – em vigor até 31 de dezembro de 2007, com alíquota máxima de 0,30% (trinta centésimos por cento).

Parágrafo Único – O produto da arrecadação da contribuição de que trata este artigo será destinado integralmente **à Atenção Básica**, sendo repassado automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde – FNS – para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, **como suplemento ao mínimo previsto na Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**.

Art. 2º - Durante a vigência desta contribuição, o Tesouro Nacional se obriga a entregar mensalmente aos Estados, ao Distrito Federal e Municípios um adicional de outras fontes, **equivalente** a 1/3 (um terço) do montante dos recursos arrecadados pela CFMF no mês imediatamente anterior, **livre de vinculações**, nas seguintes proporções:

I – metade desse recurso adicional, equivalente a 1/6 (um sexto) do montante arrecadado com a CFMF, será entregue aos Estados e o Distrito Federal e obedecerá a seguinte regra de partição: metade desses recursos será dividida igualmente por vinte e sete, sendo que a outra metade será dividida proporcionalmente pelo número da população.

II – metade desse recurso adicional, equivalente a 1/6 (um sexto) do montante arrecadado pela CFMF, será entregue aos municípios e obedecerá à seguinte regra de partição: metade desses recursos será dividida igualmente pelo número total dos municípios brasileiros, sendo a outra metade dividida proporcionalmente pelo número da população.

Parágrafo Único – Os estados, Distrito Federal e os municípios somente receberão sua cota parte desse adicional caso tenham comprovado o rigoroso cumprimento da aplicação de recursos na manutenção e desenvolvimento do ensino e em ações e serviços públicos de saúde, no ano anterior.

Art. 3º - A União destinará ainda ao Fundo de Previdência, com recursos de outras fontes, o **equivalente** a 1/6 (um sexto) do montante arrecadado com a CFMF.

Art. 4º - A União destinará também ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, com recursos de outras fontes, o **equivalente** a 1/6 (um sexto) do montante arrecadado com a CFMF.

Art. 5º - A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão dar ampla publicidade às ações financiadas com recursos decorrentes da CFMF, através de demonstrativos mensais que observem os pressupostos da **transparência, visibilidade, legibilidade e inteligibilidade.**

III.3 – SIMULAÇÕES EMBLEMÁTICAS PARA RECEITA DE 30 BILHÕES DE REAIS COM PARÂMETROS DA MINUTA

Para visualizar o impacto quantitativo da CFMF, realizamos várias simulações dentre as quais destacam-se duas. As planilhas encontram-se nos Anexos I e II.

Em ambos os casos, estimamos uma receita anual de R$ 30 bilhões, com base nos dados arrecadados da CPMF. Utilizamos a população do Censo 2010 do IBGE, e os dados da análise de balanço dos Estados de 2004 a 2008, constantes das notas técnicas aprovadas pela Câmara Técnica do SIOPS – CT/SIOPS.

Portanto, embora simulações, guardam absoluta consistência com os dados reais.

III-3.1-Considerações sobre o Anexo I

No primeiro caso – Planilha do Anexo I – fizemos os parâmetros da distributividade para Estados, Distrito Federal e Municípios assumirem o valor com base em 100% per capita; 50% per capita; e 0% per capita; consequentemente o valor unitário (por Unidade Político-Administrativa – UPA) variou com base em 0% por UPA; 50% por UPA; e 100% por UPA.

As três primeiras colunas referem-se aos Estados, sendo a primeira só por população, a segunda metade pela população e metade igualmente distribuída pelos 27 Estados e na terceira distribuídos igualitariamente pelos 27 Estados.

É evidente que em qualquer hipótese, todos se beneficiariam durante a vigência da CFMF, pois receberiam do Tesouro Nacional recursos livres de vinculação à Saúde e à Educação, pois não são receita de impostos.

Poderiam ainda ser isentados da vinculação à dívida e aos limites da despesa de pessoal, dependendo do acordo político a ser construído. Isso aumentaria a possibilidade desse recurso ter função saneadora das dificuldades dos Tesouros Estaduais e Municipais.

Como se observa, nas três primeiras colunas, Estados com menor população são os maiores beneficiários na distribuição unitária por UPA – Unidades Político-Administrativas (coluna 3) – e os Estados mais populosos são os maiores beneficiários na distribuição per capita (coluna 1).

A coluna 2, com 50% (metade) por cada critério introduz uma mediação dos valores.

A coluna 1 e a coluna 3 estabelecem um intervalo de confiança com 100% de certeza sobre as alternativas a serem utilizadas.

Crescente para Estados pouco populosos, decrescente para Estados muito populosos.

Nas colunas 4, 5 e 6, são reproduzidas as hipóteses para os Municípios de cada Estado e nas colunas 7, 8 e 9, são consolidados os dados para cada Estado e o conjunto de seus Municípios.

III-3.2-Observações relevantes sobre a Planilha do Anexo I

Observação 1: O Estado de Roraima na região Norte, seria o maior beneficiário da distribuição unitária (100% por UPA – coluna 3) e o Estado de São Paulo, na região Sudeste, seria o maior beneficiário na distribuição 100% per capita (coluna 1).

Observação 2: O Estado de Roraima apresenta nas três hipóteses R$ 11,8 milhões,

R$ 98,5 milhões, e R$ 185,2 milhões respectivamente.

Observação 3: O Estado de São Paulo apresenta nas três hipóteses R$ 1.081,4 milhões, R$ 633,3 milhões, e R$ 185,2 milhões respectivamente.

Observação 4: Analogamente, ao analisar as mesmas três hipóteses, aos Municípios de cada Estado temos:

- Roraima praticamente se mantem estável R$ 11,8 milhões (100% per capita dos municípios); R$ 12,7 milhões (50% per capita, 50% dividido por 5.564); e R$ 13,5 milhões (100% pelo número de municípios).
- São Paulo varia de R$ 1.081,4 milhões, para R$ 830,5 milhões; e R$ 579,6 milhões (100% pelo número de municípios: 645 X R$ 898,6 mil).
- Distrito Federal, que só tem um município, vai de R$ 67,2 milhões (100% per capita), para R$ 34 milhões (50% per capita e 50% UPA – número de municípios = 1), e R$ 898,6 mil (100% por unidade municipal = 1).
- Minas Gerais, como tem o maior número de municípios (853), varia de R$ 513,7 milhões para R$ 640,1 milhões e R$ 766,5 milhões (100% por número de municípios 853 X R$ 898,6 mil).

Observação 5: As três últimas colunas consolidam as mesmas três hipóteses agregando ao valor para cada Unidade Político-Administrativa Estadual os valores do conjunto dos Municípios de cada Estado. Isso permite ver sob nova ótica os fatores de equalização. Na prática, representa uma compensação das distorções da hipótese 1 (coluna 1) e da hipótese 3 (coluna 3).

Observação 6: Consideramos que esta simulação do Anexo I contribui para ampliar o leque de análises quantitativas; mas até que se comprove alternativa mais adequada evidencia-se que a hipóteses 2 (50%, 50%), constante da Minuta

de Projeto de Lei, deve ser no mínimo o ponto de partida para a negociação política e a exibição inicial de dados.

Observação 7: Ressalte-se que, independentemente da opção por parâmetros de distributividade para Estados, Distrito Federal e Municípios, todos se beneficiam, sobretudo com o aporte de R$ 30 bilhões em ações e serviços públicos de Atenção Básica à Saúde.

Em primeiro lugar, por que melhora a atenção à saúde da população, em segundo lugar por que melhora consideravelmente as condições de gestão Estadual e Municipal, e em terceiro lugar por que praticamente a totalidade destes recursos será aplicado diretamente pelos Municípios, pelo Distrito Federal e pelos Estados.

III-3.3-Considerações sobre o Anexo II

No segundo caso – Planilha do Anexo II – tomamos como base a execução orçamentária e financeira dos Estados de 2004 a 2008, e simulamos a situação de vigência da **CFMF** neste cinco exercícios, como critério de distributividade dos R$ 5 bilhões anuais, a metade (50%) per capita e a metade pela divisão igualitária por 27 (por Unidade Político-Adminstrativa – UPA).

Usamos como referência, a análise de balanço, objeto das notas técnicas dos SIOPS de 2004 a 2008, e mantivemos o valor oriundo da vigência da **CFMF** constante.

A última coluna (saldo) da Planilha é ilustrativa do efeito da aplicação da **CFMF** sobre o alcance do percentual de 12% pelos Estados.

Os valores a serem transferidos pelo Tesouro Nacional aos Estados e ao Distrito Federal superam com larga margem os valores que deixaram de ser aplicados, exceto para três Estados: Rio Grande do Sul (R$ 3.086,3 milhões), Minas Gerais (R$ 2.109,6 milhões) e Goiás (R$ 41 milhões).

Dos R$ 16 bilhões que deixaram de ser aplicados pelo conjunto dos Estados, apenas R$ 5.236,9 milhões não teriam sido cobertos pelos repasses de outras fontes do Tesouro Nacional aos Tesouros Estaduais.

Embora no período o volume de recursos aportados aos Tesouros Estaduais fossem de R$ 25 bilhões, pouco menos de R$ 11 bilhões, para o SUS, teriam sido cobertos, pois o superávit de um Estado não cobre um déficit de outro Estado.

Ainda assim, teria sido ótimo para o financiamento do SUS; ou ainda, teria sido um fator relevante contra o desfinanciamento crônico do SUS.

Ora, se o repasse do Tesouro está condicionado a demonstração de aplicação dos mínimos constitucionais à Saúde e à Educação, por que razão não se aplicaria da receita de impostos um montante menor do que seria recebido do Tesouro Nacional, de outras fontes, se a fonte **CFMF** estivesse em vigência.

É evidente que oportunamente deverá ser realizado estudo similar ao do SIOPS, com dados do sistema derivado dele referente à Educação – SIOPE.

Lamentavelmente, o SIOPE não teve ainda sua câmara técnica formalizada o que dificulta as análises de balanço dos Estados.

IV- À GUIZA DE CONCLUSÃO

Esperamos que o presente texto técnico ajude os atores sociais a buscar uma saída para o impasse da regulamentação da EC/29.

Esperamos também contribuir para a solução da crise conjuntural de financiamento do SUS.

Tanto a regulamentação da EC/29 quanto a solução emergencial para o financiamento do SUS, não se viabilizarão sem uma mesa de negociação com interlocutores válidos, representantes do Executivo, do Legislativo (Câmara e Senado), da situação e da oposição, e representantes do movimento sanitário brasileiro.

Com a EC/29 foi assim.

Para a solução estrutural do financiamento do SUS será necessário tudo isso e mais, muito mais articulação política entre o Estado e a sociedade civil.

Brasília, agosto de 2011.

V- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Textos e conferências do autor

2. Relatórios do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e da Câmara Técnica do SIOPS

3. Projetos de Lei da Câmara dos Deputados e do Senado Federal

4. Brasil. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional n. 29/2000 de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF 14 set. 2000. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm.

Tabela 1. Resultado estatístico das **eleições municipais 2012** e das eleições suplementares e distribuição dos recursos da União de outras fontes, conforme propositura da CFMF, por partido.

Partido	Quantidade de municípios	População total	Volume de recursos anual	Participação (%)
PMDB	1.022	30.157.435	1.366.309,62	17,08%
PT	639	40.054.909	1.298.807,03	16,24%
PSDB	710	25.504.003	1.044.673,33	13,06%
PSB	440	20.675.865	749.535,18	9,37%
PSD	498	11.867.796	606.488,57	7,58%
PP	468	10.017.670	546.148,89	6,83%
PDT	306	11.624.518	463.505,71	5,79%
DEM	274	8.605.212	377.212,97	4,72%
PTB	297	5.609.362	330.909,39	4,14%
PR	270	6.171.571	323.308,89	4,04%
PPS	125	4.031.003	174.293,59	2,18%
PV	95	3.009.338	131.326,09	1,64%
PRB	80	2.334.002	106.392,83	1,33%
PSC	84	2.135.249	105.097,66	1,31%
PC do B	55	3.126.759	105.063,00	1,31%
PMN	42	736.888	45.613,55	0,57%
PTC	19	1.241.007	39.667,47	0,50%
PRP	24	665.074	31.181,27	0,39%
PSL	23	402.043	24.947,58	0,31%
PT do B	24	337.413	24.310,48	0,30%
PTN	12	676.625	22.807,36	0,29%
PRTB	16	358.209	19.001,49	0,24%
PHS	16	348.827	18.804,76	0,24%
PPL	11	247.227	13.083,62	0,16%
PSOL	2	421.103	10.266,47	0,13%
PSDC	9	159.688	9.811,73	0,12%
N.D.	7	216.586	9.568,57	0,12%
PSB	1	14.305	1.018,10	0,01%
PR	1	6.042	844,83	0,01%
Total	**5.570**	**190.755.799**	**8.000.000,00**	**100,00%**

Fonte: TSE, disponível em http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleicoes-2012, acesso em 29/04/13.

Notas: (1) na oportunidade da consulta, os municípios de Penedo/AL, Amaturá/AM, Marataízes/ES, Bom Jesus de Goiás/GO, Amarante do Maranhão/MA, Chapadão do Sul/MS e Curuça/PA não apresentavam resultados da eleição definidos e, por isto, apontou-se o termo partido "N.D." (não disponível); (2) os recursos referentes ao distrito de Fernando de Noronha foram alocados ao governo de Pernambuco; (3) os recursos referentes à Brasília apresentam um componente municipal e outro estadual.

Tabela 2. Resultado estatístico das **eleições municipais 2012** e das eleições suplementares e distribuição dos recursos da União de outras fontes **pelo critério populacional**, conforme propositura da CFMF, por partido.

Partido	População total	Volume de recursos anual - Critério Populacional	Participação (%)
PT	40.054.909	839.920,13	21,00%
PMDB	30.157.435	632.377,84	15,81%
PSDB	25.504.003	534.799,01	13,37%
PSB	20.675.865	433.556,73	10,84%
PSD	11.867.796	248.858,41	6,22%
PDT	11.624.518	243.757,06	6,09%
PP	10.017.670	210.062,71	5,25%
DEM	8.605.212	180.444,57	4,51%
PR	6.171.571	129.413,02	3,24%
PTB	5.609.362	117.623,94	2,94%
PPS	4.031.003	84.526,98	2,11%
PC do B	3.126.759	65.565,69	1,64%
PV	3.009.338	63.103,47	1,58%
PRB	2.334.002	48.942,20	1,22%
PSC	2.135.249	44.774,50	1,12%
PTC	1.241.007	26.022,95	0,65%
PMN	736.888	15.451,97	0,39%
PTN	676.695	14.189,77	0,35%
PRP	665.074	13.946,08	0,35%
PSOL	421.103	8.830,20	0,22%
PSL	402.043	8.430,53	0,21%
PRTB	358.209	7.511,36	0,19%
PHS	348.827	7.314,63	0,18%
PT do B	337.413	7.075,29	0,18%
PPL	247.227	5.184,16	0,13%
N.D.	216.586	4.541,64	0,11%
PSDC	159.688	3.348,53	0,08%
PSB	14.305	299,96	0,01%
PR	6.042	126,70	0,00%
Total	**190.755.799**	**4.000.000,00**	**100,00%**

Fonte: TSE, disponível em http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleicoes-2012, acesso em 29/04/13.

Notas: (1) na oportunidade da consulta, os municípios de Penedo/AL, Amaturá/AM, Marataízes/ES, Bom Jesus de Goiás/GO, Amarante do Maranhão/MA, Chapadão do Sul/MS e Curuça/PA não apresentavam resultados da eleição definidos e, por isto, apontou-se o termo partido "N.D." (não disponível); (2) os recursos referentes ao distrito de Fernando de Noronha foram alocados ao governo de Pernambuco; (3) os recursos referentes à Brasília apresentam um componente municipal e outro estadual.

Tabela 3. Resultado estatístico das **eleições municipais 2012** e das eleições suplementares e distribuição dos recursos da União de outras fontes **pelo critério quantidade de entes**, conforme propositura da CFMF, por partido.

Partido	Quantidade de municípios	Volume de recursos anual - Critério Nr. Municípios	Participação (%)
PMDB	1.022	733.931,78	18,35%
PSDB	710	509.874,33	12,75%
PT	639	458.886,89	11,47%
PSD	498	357.630,16	8,94%
PP	468	336.086,18	8,40%
PSB	440	315.978,46	7,90%
PDT	306	219.748,65	5,49%
PTB	297	213.285,46	5,33%
DEM	274	196.768,40	4,92%
PR	270	193.895,87	4,85%
PPS	125	89.766,61	2,24%
PV	95	68.222,62	1,71%
PSC	84	60.323,16	1,51%
PRB	80	57.450,63	1,44%
PC do B	55	39.497,31	0,99%
PMN	42	30.161,58	0,75%
PRP	24	17.235,19	0,43%
PT do B	24	17.235,19	0,43%
PSL	23	16.517,06	0,41%
PTC	19	13.644,52	0,34%
PHS	16	11.490,13	0,29%
PRTB	16	11.490,13	0,29%
PTN	12	8.617,59	0,22%
PPL	11	7.899,46	0,20%
PSDC	9	6.463,20	0,16%
N.D.	7	5.026,93	0,13%
PSOL	2	1.436,27	0,04%
PR	1	718,13	0,02%
PSB	1	718,13	0,02%
Total	**5.570**	**4.000.000,00**	**100,00%**

Fonte: TSE, disponível em http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleicoes-2012, acesso em 29/04/13.

Notas: (1) na oportunidade da consulta, os municípios de Penedo/AL, Amaturá/AM, Marataízes/ES, Bom Jesus de Goiás/GO, Amarante do Maranhão/MA, Chapadão do Sul/MS e Curuça/PA não apresentavam resultados da eleição definidos e, por isto, apontou-se o termo partido "N.D." (não disponível); (2) os recursos referentes ao distrito de Fernando de Noronha foram alocados ao governo de Pernambuco; (3) os recursos referentes à Brasília apresentam um componente municipal e outro estadual.

Tabela 4. Resultado estatístico das **eleições estaduais 2010, nova filiação ao PSD** e distribuição dos recursos da União de outras fontes, conforme propositura da CFMF, por partido.

Partido	Estados	População total	Volume de recursos anual	Participação (%)
PSDB	SP, MG, PR, PA, GO, AL, TO, RR	89.843.312	3.069.129,21	38,36%
PSB	PE, CE, PB, ES, PI, AP	28.318.195	1.482.699,30	18,53%
PT	BA, RS, DF, SE, AC	30.082.571	1.371.548,74	17,14%
PMDB	RJ, MA, MT, MS, RO	29.611.273	1.361.665,99	17,02%
PSD	SC, AM	9.732.421	500.377,56	6,25%
DEM	RN	3.168.027	214.579,20	2,68%
Total	**27**	**190.755.799**	**8.000.000,00**	**100,00%**

Fonte: TSE, disponível em http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores/eleicoes-2010/eleicoes-2010, acesso em 16/10/11.

Tabela 5. Resultado estatístico das **eleições estaduais 2010, nova filiação ao PSD** e distribuição dos recursos da União de outras fontes **pelo critério populacional**, conforme propositura da CFMF, por partido.

Partido	População total	Volume de recursos anual – Critério Populacional	Participação (%)
PSDB	89.843.312	1.883.944,03	47,10%
PT	30.082.571	630.808,00	15,77%
PMDB	29.611.273	620.925,25	15,52%
PSB	28.318.195	593.810,41	14,85%
PSD	9.732.421	204.081,26	5,10%
DEM	3.168.027	66.431,05	1,66%
Total	**190.755.799**	**4.000.000,00**	**100,00%**

Fonte: TSE, disponivel em http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores/eleicoes-2010/eleicoes-2010, acesso em 16/10/11.

Tabela 6. Resultado estatístico das **eleições estaduais 2010, nova filiação ao PSD** e distribuição dos recursos da União de outras fontes **pelo critério quantidade de entes**, conforme propositura da CFMF, por partido.

Partido	Estados	Volume de recursos anual – Critério nr. entes	Participação (%)
PSDB	SP, MG, PR, PA, GO, AL, TO, RR	1.185.185,19	29,63%
PSB	PE, CE, PB, ES, PI, AP	888.888,89	22,22%
PMDB	RJ, MA, MT, MS, RO	740.740,74	18,52%
PT	BA, RS, DF, SE, AC	740.740,74	18,52%
PSD	SC, AM	296.296,30	7,41%
DEM	RN	148.148,15	3,70%
Total	**27**	**4.000.000,00**	**100,00%**

Fonte: TSE, disponível em http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-anteriores/eleicoes-2010/eleicoes-2010, acesso em 16/10/11.

WORLD HEALTH STATISTICS 2013

World Health Organization

WORLD HEALTH STATISTICS 2013

World Health Organization

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World health statistics 2013.

1.Health status indicators. 2.World health. 3.Health services - statistics. 4.Mortality. 5.Morbidity. 6.Life expectancy. 7.Demography. 8. Statistics. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 156458 8 (NLM classification: WA 900.1)

© World Health Organization 2013

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site (www.who.int) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int).

Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press through the WHO web site (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Original cover by WHO Graphics
Layout by designisgood.info
Printed in Italy.

Table of Contents

Abbreviations 7

Introduction 8

Part I. Health-related Millennium Development Goals 11

Summary of status and trends 13

Regional and country charts 20

1. AARD (%) in under-five mortality rate, 1990–2011 22
2. Measles immunization coverage among 1-year-olds (%) 23
3. AARD (%) in maternal mortality ratio, 1990–2010 24
4. Births attended by skilled health personnel (%) 25
5. Antenatal care coverage (%): at least one visit and at least four visits 26
6. Unmet need for family planning (%) 27
7. AARD (%) in HIV prevalence, 2001–2011 28
8. Antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection (%) 29
9. Children aged <5 years sleeping under insecticide-treated nets (%) 30
10. Children aged <5 years with fever who received treatment with any antimalarial (%) 31
11. AARD (%) in tuberculosis mortality rate, 1990–2011 32
12. AARD (%) in proportion of population without access to improved drinking-water sources 33
13. AARD (%) in proportion of population without access to improved sanitation 34

Part II. Highlighted topics 35

Are efforts to meet the MDGs reducing health gaps between countries? 37

Official development assistance for health 40

Part III. Global health indicators 45

General notes 47

1. Life expectancy and mortality 49

Life expectancy at birth (years)
Life expectancy at age 60 (years)
Stillbirth rate (per 1000 total births)
Neonatal mortality rate (per 1000 live births)
Infant mortality rate (probability of dying by age 1 per 1000 live births)
Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births)
Adult mortality rate (probability of dying between 15 and 60 years of age per 1000 population)

2. Cause-specific mortality and morbidity 61

Mortality
Age-standardized mortality rates by cause (per 100 000 population)
Number of deaths among children aged < 5 years (000s)
Distribution of causes of death among children aged < 5 years (%)
Age-standardized adult mortality rate by cause (ages 30–70 per 100 000 population)
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)
Cause-specific mortality rate (per 100 000 population)
Morbidity
Incidence rate (per 100 000 population)
Prevalence (per 100 000 population)

3. Selected infectious diseases 83

Cholera
Diphtheria
H5N1 influenza
Japanese encephalitis
Leprosy
Malaria
Measles
Meningitis
Mumps
Pertussis
Plague
Poliomyelitis
Congenital rubella syndrome
Rubella
Neonatal tetanus
Total tetanus
Tuberculosis
Yellow fever

4. Health service coverage 94

Unmet need for family planning (%)
Contraceptive prevalence (%)
Antenatal care coverage (%)
Births attended by skilled health personnel (%)
Births by caesarean section (%)
Postnatal care visit within two days of childbirth (%)
Neonates protected at birth against neonatal tetanus (%)
Immunization coverage among 1-year-olds (%)
Children aged 6–59 months who received vitamin A supplementation (%)
Children aged < 5 years with ARI symptoms taken to a health facility (%)
Children aged < 5 years with ARI symptoms receiving antibiotics (%)
Children aged < 5 years with diarrhoea receiving ORT (ORS and/or RHF) (%)
Children aged < 5 years sleeping under insecticide-treated nets (%)
Children aged < 5 years with fever who received treatment with any antimalarial (%)
Pregnant women with HIV receiving antiretrovirals to prevent MTCT (%)
Antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection (%)
Case-detection rate for all forms of tuberculosis (%)
Treatment-success rate for smear-positive tuberculosis (%)

5. Risk factors 107

Population using improved drinking-water sources (%)
Population using improved sanitation (%)
Population using solid fuels (%)
Preterm birth rate (per 100 live births)
Infants exclusively breastfed for the first 6 months of life (%)
Children aged < 5 years who are wasted (%)
Children aged < 5 years who are stunted (%)
Children aged < 5 years who are underweight (%)
Children aged < 5 years who are overweight (%)
Prevalence of raised fasting blood glucose among adults aged ≥ 25 years (%)
Prevalence of raised blood pressure among adults aged ≥ 25 years (%)
Adults aged ≥ 20 years who are obese (%)
Alcohol consumption among adults aged ≥ 15 years (litres of pure alcohol per person per year)
Prevalence of smoking any tobacco product among adults aged ≥ 15 years (%)
Prevalence of current tobacco use among adolescents aged 13–15 years (%)
Prevalence of condom use by adults aged 15–49 years during higher-risk sex (%)
Population aged 15–24 years with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS (%)

6. Health systems 118

Health workforce
Physicians (per 10 000 population)
Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population)
Dentists (per 10 000 population)
Pharmacists (per 10 000 population)
Environment and public health professionals (per 10 000 population)
Community health workers (per 10 000 population)
Psychiatrists (per 10 000 population)
Infrastructure and technologies
Hospitals (per 100 000 population)
Hospital beds (per 10 000 population)
Psychiatric beds (per 10 000 population)
Computed tomography units (per million population)
Radiotherapy units (per million population)
Essential medicines
Median availability of selected generic medicines in public and private sectors (%)
Median consumer price ratio of selected generic medicines in public and private sectors

7. Health expenditure 131

Health expenditure ratios

Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product
General government expenditure on health as a percentage of total expenditure on health
Private expenditure on health as a percentage of total expenditure on health
General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure
External resources for health as a percentage of total expenditure on health
Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health
Out-of-pocket expenditure as a percentage of private expenditure on health
Private prepaid plans as a percentage of private expenditure on health

Per capita health expenditures

Per capita total expenditure on health at average exchange rate (US$)
Per capita total expenditure on health (PPP int. $)
Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US$)
Per capita government expenditure on health (PPP int. $)

8. Health inequities 143

Contraceptive prevalence: modern methods (%)
Antenatal care coverage: at least four visits (%)
Births attended by skilled health personnel (%)
DTP3 immunization coverage among 1-year-olds (%)
Children aged < 5 years who are stunted (%)
Under-five mortality rate (probability of dying by age 5 per 1000 live births)

9. Demographic and socioeconomic statistics 155

Total population (000s)
Median age of population (years)
Population aged < 15 years (%)
Population aged > 60 years (%)
Annual population growth rate (%)
Population living in urban areas (%)
Civil registration coverage (%) of births and causes of death
Crude birth rate (per 1000 population)
Crude death rate (per 1000 population)
Total fertility rate (per woman)
Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15–19 years)
Literacy rate among adults aged ≥ 15 years (%)
Net primary school enrolment rate (%)
Gross national income per capita (PPP int. $)
Population living on < $1 (PPP int. $) a day (%)
Cellular phone subscribers (per 100 population)

Annex 1. Regional and income groupings 166

WHO regional groupings 166
Income groupings 167

Abbreviations

AARD	average annual rate of decline
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome
AFR	WHO African Region
AMR	WHO Region of the Americas
ARI	acute respiratory infection
CPA	country programmable aid
DAC	Development Assistance Committee, OECD
DAH	Development Assistance for Health
DHS	Demographic and Health Survey
DTP3	3 doses of diphtheria-tetanus-pertussis vaccine
EML	essential medicines list
EMR	WHO Eastern Mediterranean Region
EUR	WHO European Region
GDP	gross domestic product
GHO	Global Health Observatory
HAI	Health Action International
HepB3	3 doses of hepatitis B vaccine
Hib3	3 doses of *Haemophilus influenzae* type B vaccine
HIV	human immunodeficiency virus
ICPD+5	International Conference on Population and Development, five-year follow-up
ITU	United Nations International Telecommunication Union
JMP	WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation
MCV	measles-containing vaccine
MDG	Millennium Development Goal
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MSH	Management Sciences for Health
MTCT	mother-to-child transmission
NGO	nongovernmental organization
NHA	national health account
ODA	official development assistance
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
ORS	oral rehydration salts
ORT	oral rehydration therapy
PPP	Purchasing Power Parity
RHF	recommended home fluid
SEAR	WHO South-East Asia Region
UNDESA	United Nations Department of Economic and Social Affairs
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund
WHA	World Health Assembly
WPR	WHO Western Pacific Region

Introduction

The World Health Statistics series is WHO's annual compilation of health-related data for its 194 Member States, and includes a summary of the progress made towards achieving the health-related Millennium Development Goals (MDGs) and associated targets. This year, it also includes highlight summaries on the topics of reducing the health gaps between the world's most-advantaged and least-advantaged countries, and on current trends in official development assistance (ODA) for health.

The series is produced by the WHO Department of Health Statistics and Information Systems of the Health Systems and Innovation Cluster. As in previous years, World Health Statistics 2013 has been compiled using publications and databases produced and maintained by WHO technical programmes and regional offices. A number of demographic and socioeconomic statistics have also been derived from databases maintained by a range of other organizations. These include the United Nations International Telecommunication Union (ITU), the United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the World Bank.

Indicators have been included on the basis of their relevance to global public health; the availability and quality of the data; and the reliability and comparability of the resulting estimates. Taken together, these indicators provide a comprehensive summary of the current status of national health and health systems in the following nine areas:

- life expectancy and mortality
- cause-specific mortality and morbidity
- selected infectious diseases
- health service coverage
- risk factors
- health systems
- health expenditure
- health inequities
- demographic and socioeconomic statistics

The estimates given in this report are derived from multiple sources, depending on each indicator and on the availability and quality of data. In many countries, statistical and health information systems are weak and the underlying empirical data may not be available or may be of poor quality. Every effort has been made to ensure the best use of country-reported data – adjusted where necessary to deal with missing values, to correct for known biases, and to maximize the comparability of the statistics across countries and over time. In addition, statistical modelling and other techniques have been used to fill data gaps.

Because of the weakness of the underlying empirical data in many countries, a number of the indicators presented here are associated with significant uncertainty. It is WHO policy to ensure statistical transparency, and to make available to users the methods of estimation and the margins of uncertainty for relevant indicators. However, to ensure readability while covering such a comprehensive range of health topics, printed versions of the World Health Statistics series do not include the margins of uncertainty which are instead made available through online WHO databases such as the Global Health Observatory.[1]

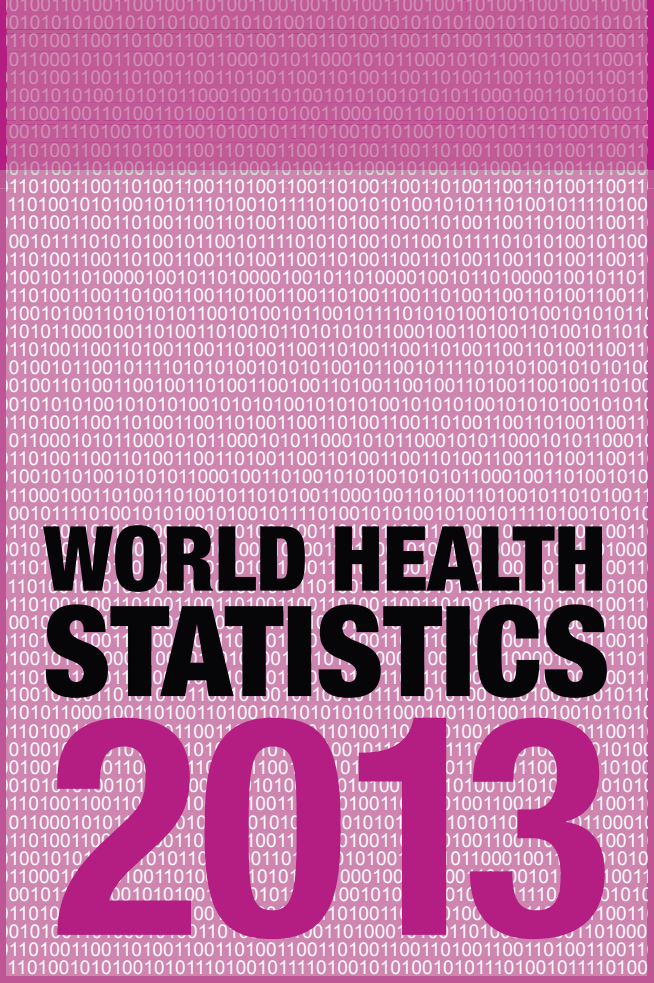
While every effort has been made to maximize the comparability of the statistics across countries and over time, users are advised that country data may differ in terms of the definitions, data-collection methods, population coverage and estimation methods used. More-detailed information on indicator metadata is available in the WHO Indicator and Measurement Registry.[2]

WHO presents World Health Statistics 2013 as an integral part of its ongoing efforts to provide enhanced

---

1. The Global Health Observatory (GHO) is WHO's portal providing access to data and analyses for monitoring the global health situation. See: http://www.who.int/gho, accessed 10 March 2013.
2. See: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/browse_indicators.aspx, accessed 10 March 2013.

access to comparable high-quality statistics on core measures of population health and national health systems. Unless otherwise stated, all estimates have been cleared following consultation with Member States and are published here as official WHO figures. However, these best estimates have been derived using standard categories and methods to enhance their cross-national comparability. As a result, they should not be regarded as the nationally endorsed statistics of Member States which may have been derived using alternative methodologies.



Part I

Health-related Millennium Development Goals

Summary of status and trends

More than a decade after world leaders adopted the Millennium Development Goals (MDGs) and associated targets substantial progress has been made in reducing child and maternal mortality, improving nutrition, and reducing morbidity and mortality due to HIV infection, tuberculosis and malaria. Although progress has accelerated in recent years in many countries with the highest rates of mortality, large gaps persist both among and within countries. Nevertheless, current trends continue to provide a sound basis for intensified collective action and the expansion of successful approaches to overcome the challenges posed by multiple crises and large inequalities.

Globally, significant progress has been made in reducing levels of mortality among children under five years of age. Between 1990 and 2011, under-five mortality declined by 41% from an estimated rate of 87 to 51 deaths per 1000 live births. The global rate of decline has also accelerated in the past decade, from 1.8% per annum between 1990 and 2000 to 3.2% per annum between 2000 and 2011. The WHO Western Pacific Region has experienced the largest reduction as well as the fastest acceleration of the decline in under-five mortality rates between 1990 and 2011 (Figure 1). Despite these successes, it is also clear that the current rates of decline remain insufficient to reach the global target of a two thirds reduction in 1990 levels of mortality by the year 2015.

At national level, 27 diverse countries have reached the MDG target ahead of 2015, including five countries that had very high child-mortality levels in 1990.[3] This suggests that rapid improvements are possible in a range of settings that vary in terms of their geographical characteristics, level of economic and social development, population size and epidemiological patterns. Of the 10 countries that experienced the fastest acceleration in the reduction of child mortality, seven had reversed the trend of an increasing under-five mortality rate in the 1990s to a rapid decline in the past decade.

[3] Countries with less than 500 000 population in 2011 were excluded from the analysis.

Figure 1. Relative rates of decline in under-five mortality rates, globally and by WHO region

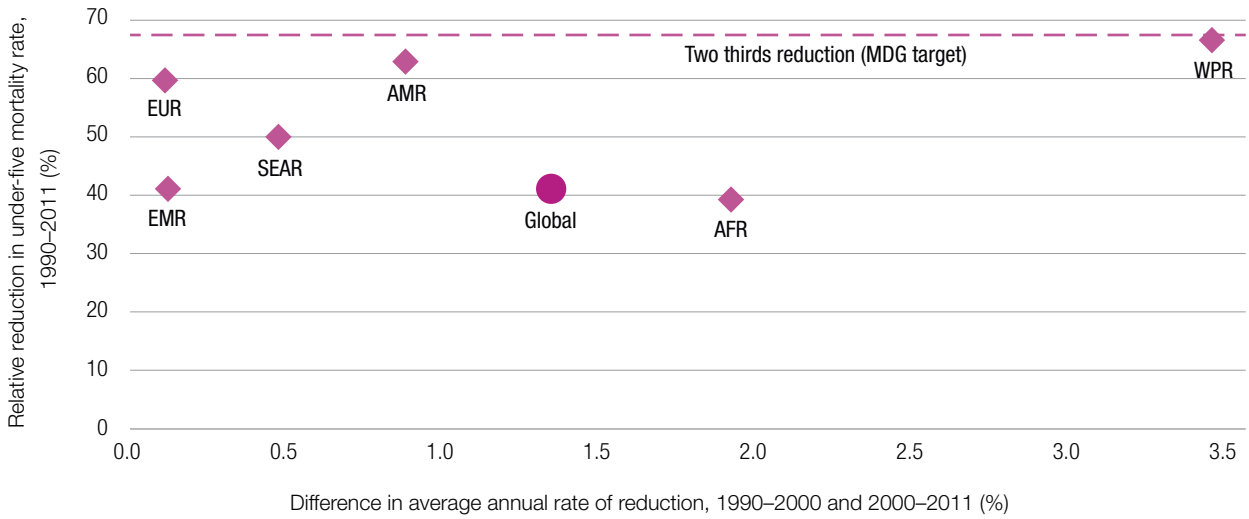
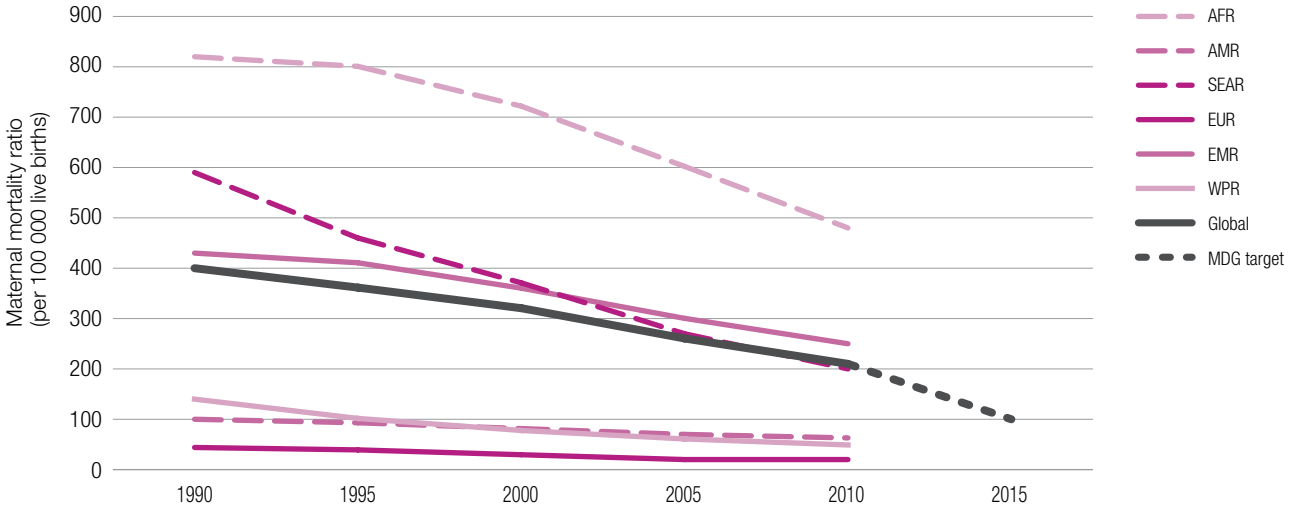


Figure 2. Regional and global trends in maternal mortality ratio, 1990–2010



In an estimated 35% of all deaths of children under five years of age, under-nutrition[4] is the underlying cause of death. The proportion of underweight children in developing countries declined from 28% to 17% between 1990 and 2011. Although this rate of progress is close to the rate required to meet the relevant target, significant variations persist between and within regions.

The total number of neonatal deaths decreased from 4.4 million in 1990 to 3.0 million in 2011. Neonatal mortality rates declined from 32 per 1000 live births to 22 per 1000 live births over the same period – a reduction of over 30%. This is a slower decline than for child mortality overall, and the proportion of deaths in children under five years of age that occur in the neonatal period increased from 36% in 1990 to 43% in 2011. Prematurity is the leading cause of neonatal deaths and is now the second leading cause of death in children under five years.

In 2011, global measles immunization coverage was 84% among children aged 12–23 months with 64% of WHO Member States reaching at least 90% coverage. Between 2000 and 2011, the estimated number of measles deaths decreased by 71% as more countries achieved high levels of immunization coverage.

A substantial reduction in maternal deaths has previously been noted – from 543 000 deaths in 1990 to an estimated 287 000 by 2010, with a global rate of decline in the maternal mortality ratio of 3.1% per annum over the same period. Nevertheless, this rate of decline would now need to double in order to achieve the MDG target of reducing the maternal mortality ratio by three quarters between 1990 and 2015. All six WHO regions have seen a decline in the maternal mortality ratio, but at different rates (Figure 2). The WHO African Region remains the region with the highest maternal mortality ratio. Approximately one quarter of countries with the highest maternal mortality ratio in 1990 (100 or more maternal deaths per 100 000 live births) have made insufficient progress or none.

In order to reduce maternal deaths, women need access to good-quality reproductive health services. In 2010, 63% of women aged 15–49 years who were married or in a consensual union were using some form of contraception. Although the proportion of women receiving antenatal care at least once during pregnancy was about 81% over the period 2005–2012, the figure dropped to around 55% for the recommended minimum of four visits or more. The proportion of births attended by skilled personnel – crucial for reducing perinatal,

4. Including underweight, suboptimal breastfeeding, and vitamin and mineral deficiencies.

neonatal and maternal deaths – was above 90% in three of the six WHO regions for the period 2005–2012. However, in the WHO African Region coverage remains at under 50%.

About 16 million adolescent girls between 15 years and 19 years of age give birth each year. Babies born to adolescent mothers account for approximately 11% of all births worldwide – with 95% of such births occurring in developing countries. In low- and middle-income countries, complications from pregnancy and childbirth are a leading cause of death among adolescent girls in this age group, and in 2008 there were an estimated three million unsafe abortions carried out on such girls. The adverse effects of adolescent childbearing also extend to the health of the infants. Perinatal deaths are 50% higher among babies born to mothers under 20 years of age than among those born to mothers aged 20–29 years. The neonates of adolescent mothers are also more likely to have a low birth weight, which may result in a higher rate of long-term health risks.

About half the world's population is at risk of contracting malaria, and an estimated 219 million cases of malaria led to 660 000 deaths in 2010. Country-level malaria estimates available for 2010 show that approximately 80% of estimated cases occur in 17 countries with 80% of estimated malaria deaths occurring in just 14 countries. The coverage of interventions such as the distribution of insecticide-treated nets and indoor residual spraying has greatly increased, and needs to be sustained in order to prevent the resurgence of disease and deaths.

The annual global number of new cases of tuberculosis has been slowly declining since 2006, and between 2010 and 2011 the number of such cases fell by 2.2%. Of the estimated 8.7 million new cases in 2011, about 13% involved people living with HIV. In all six WHO regions the incidence of tuberculosis is falling (Figure 3).[5] For the four years up to and including 2010, the global treatment-success rate has met or exceeded the target of 85% first set by the World Health Assem-

5. From: *Global Tuberculosis Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012. See: http://www.who.int/tb/publications/global_report/. Shaded areas indicate uncertainty bands.

Figure 3. Estimated tuberculosis incidence rates by WHO region, 1990–2011

bly in 1991. Mortality due to tuberculosis has also fallen by 41% since 1990 and the world is on track to reach a 50% reduction by 2015.

The 2011 global estimate of 34 million people living with HIV represents an increase on previous years. As access to antiretroviral therapy in low- and middle-income countries improves (8 million people in such countries received treatment in 2011) it is expected that the population living with HIV will continue to grow as fewer people die from AIDS-related causes. In 2011, an estimated 2.5 million people worldwide were newly infected with HIV – over 20% less than the 3.2 million people newly infected in 2001. During the same year, an estimated 1.7 million people died from AIDS-related causes worldwide – 24% less than in 2005. Approximately 69% of all those living with HIV are in sub-Saharan Africa with the same region accounting for 70% of all deaths from AIDS-related causes in 2011 (Figure 4).

The term "neglected tropical diseases" refers to a group of 17 diseases that affect more than one billion people worldwide.[6] Although these diseases rarely cause outbreaks (with the exception of dengue and leishmaniasis), they thrive in the poorest and most marginalized communities, causing severe pain, permanent disability and death to millions of people. Some of these diseases are in decline. Dracunculiasis, for example, is on the verge of eradication, and the reported number of new cases of the chronic form of human African trypanosomiasis (caused by *Trypanosoma brucei gambiense*) fell by 76% between 1999 and 2011. However, the incidence of dengue has grown dramatically around the world in recent decades. Current estimates suggest there may be 50–100 million dengue infections worldwide every year.

MDG target 7.C calls for the proportion of the global population without sustainable access to safe drinking-water and basic sanitation to be halved by 2015 using 1990 as the baseline year. Since 2000, the progress made in achieving this target has been monitored biennially by the WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation[7] using two indicators disaggregated for urban and rural settings: (i) the proportion of the population that uses an improved source of drinking-water; and (ii) the proportion of the population that uses an improved sanitation facility. On the basis of these indicators, the JMP announced in its 2012 progress report that the drinking-water target had been met in 2010 when an estimated 89% of the world's population used an improved source of drinking-water compared with 76% in 1990. Despite this impressive progress, significant disparities remain between regions (Figure 5). The coverage levels of at least 90% recorded in four of the six WHO regions have not yet been achieved in the WHO African Region and the WHO Eastern Mediterranean Region. Based on the current rate of progress, these two regions will fall short of the 2015 target.

Beyond the regional and national averages, an even starker story unfolds when comparing the richest wealth quintiles to the poorest wealth quintiles of households in both urban and rural settings in unserved regions. Analysis of data from 35 countries in sub-Saharan Africa has shown that over 90% of the richest quintile in urban areas uses improved drinking-water sources compared with just over 60% of the poorest household quintile. In rural areas, the situation is even worse with such improved sources only available to one third of the poorest households (Figure 6).[8]

With regard to basic sanitation, Figure 5 highlights the ongoing slow rate of progress, with the present rate of improvement unlikely to result in the MDG target being met by 2015 globally. Even though almost 1.9 billion people have gained access to improved sanitation facilities since 1990, global coverage is currently estimated at just 64%. In 2011, more than one third of the global population (2.5 billion people) still lacked access to improved sanitation facilities.

---

6. The diseases concerned are: Buruli ulcer; Chagas disease; cysticercosis; dengue; dracunculiasis; echinococcosis; endemic treponematoses; foodborne trematode infections; human African trypanosomiasis; leishmaniasis; leprosy; lymphatic filariasis, onchocerciasis; rabies; schistosomiasis; soil-transmitted helminthiases; and trachoma. The term "billion" is used here and throughout this document to mean a thousand million (10^9).

7. See: http://www.wssinfo.org/about-the-jmp/introduction/

8. *The Millennium Development Goals Report 2012*. New York, United Nations, 2012. See: http://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html.

Figure 4. Number of people living with HIV and number of deaths due to AIDS by WHO region, 2011

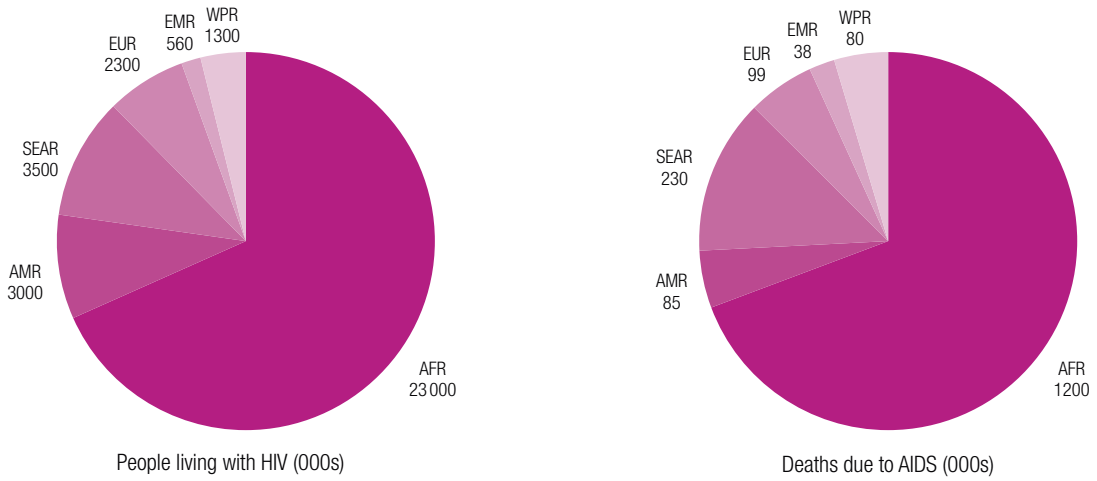


Figure 5. Proportion of population with access to improved drinking-water sources and improved sanitation, 1990–2011

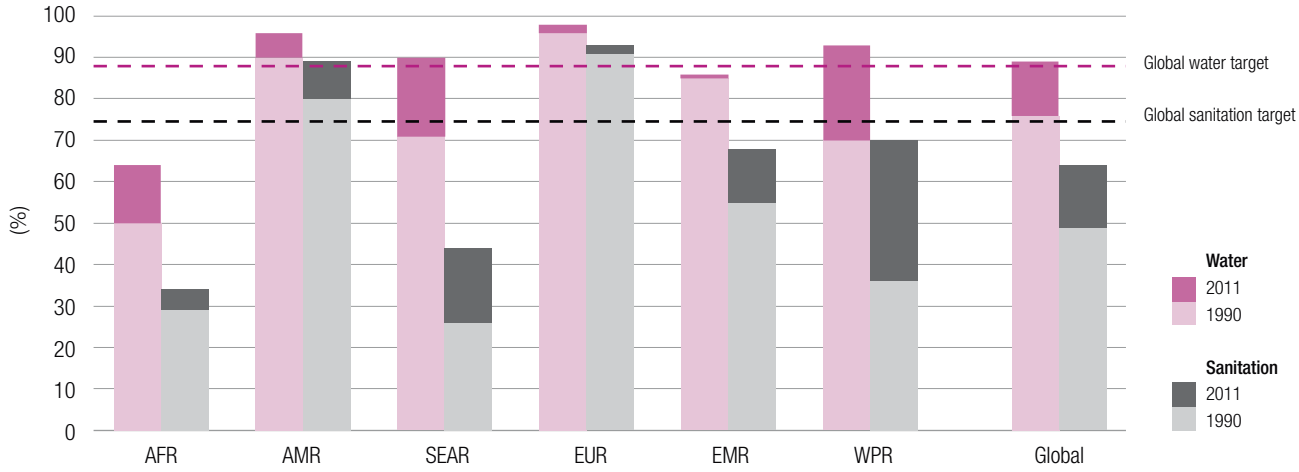
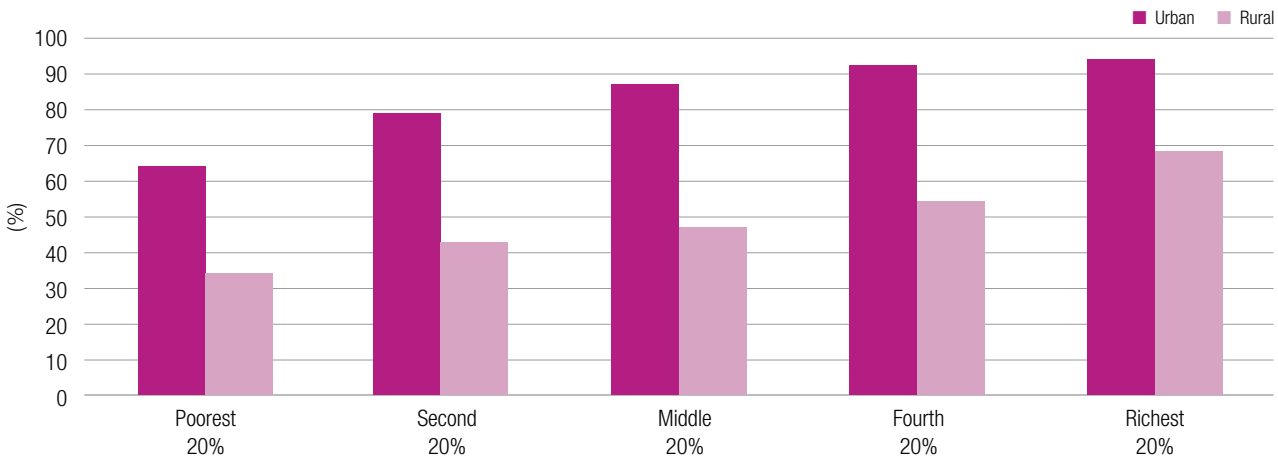


Figure 6. Proportion of population using improved drinking-water sources by wealth quintile – urban and rural residence, sub-Saharan Africa



Many people continue to face a scarcity of medicines in the public sector, forcing them to the private sector where prices can be substantially higher. Surveys undertaken from 2007 to 2012 indicated that the average availability of selected generic medicines in the public sector in low- and middle-income countries was only 57%. The price to patients of the lowest-priced generics in the private sector averaged five times the international reference prices, ranging up to about 16 times higher in some countries. Even the cost of the lowest-priced generics can put common treatments beyond the reach of low-income households in developing countries. The greatest price is paid by patients suffering chronic diseases. Even though effective treatments exist for the majority of conditions contributing to the global burden of chronic disease, universal access remains out of reach.

Given the very short time which now remains before the end of 2015, it is becoming ever more apparent that, despite the significant progress made, much will need to be done if the health-related MDGs are to be achieved. At the same time, great efforts will also be needed well beyond 2015 as the world faces up to the new challenges to be faced in sustaining and measuring meaningful progress, for example in the areas of ensuring access to safe drinking-water and basic sanitation (Box 1).

Box 1: Gearing up for the post-2015 challenges – drinking-water and basic sanitation

The original indicator for drinking-water quality used by the JMP on the recommendation of the United Nations General Assembly was the only globally viable proxy indicator available when MDG monitoring started. It was assumed that the application of the technology-based definition of "improved sources" of drinking-water directly implied a high probability of good drinking-water quality. Testing drinking-water quality more directly in a way that was in line with JMP methods and procedures for collecting data through nationally representative household surveys was not a feasible option. Even today, the option of measuring drinking-water quality in the context of household surveys is only beginning to emerge.

The resulting lack of correlation between the target ("safe" drinking-water) and the indicator (improved sources) was investigated through JMP pilot studies in five countries in 2004–2006.[9] Rapid assessments of drinking-water quality showed that the improved sources studied varied in the degree to which they accorded with WHO guidance in relation to microbial and chemical contamination,[10] and seldom achieved 100% accordance. As a result, improved sources cannot be equated with safe and clean drinking-water.

The unrelenting lack of sufficient progress in relation to access to basic sanitation has stimulated a renewed focus on this issue. Recent initiatives include the "Sustainable Sanitation: five-year drive to 2015" officially launched by the Secretary-General of the United Nations in June 2011. A vitally important aspect of global sanitation monitoring remains the assessment of "shared" sanitation – defined as improved sanitation that is shared between households. In many countries, a trend towards shared sanitation has accelerated rapidly, especially in urban areas. However, while shared sanitation offers governments an efficient way of expanding basic sanitation coverage levels, there are no clear criteria to distinguish between shared and public sanitation; with the latter considered to be unimproved. This issue is high on the JMP agenda and is currently the subject of a research programme. This programme will directly address the question of whether shared sanitation is indeed equivalent to improved sanitation facilities for individual households in terms of limiting the level of health risk, and will identify the health-risk criteria needed to effectively distinguish it from public sanitation.

In view of these realities, WHO and UNICEF have provided a platform, through the JMP, to develop evidence-based drinking-water, sanitation and hygiene targets and indicators as a contribution towards work on the post-2015 development agenda.[11] Through consultative efforts, a post-2015 global monitoring framework is being developed. Building on existing monitoring systems, this framework will bring on board human-rights considerations, extend monitoring beyond households (for example, to schools and health-care centres), and will consider not only basic access but also the attainment of higher service levels – all with a view to realize the vision of universal coverage.

---

9. See: http://www.wssinfo.org/water-quality/introduction/

10. *Guidelines for drinking-water quality*. Fourth edition. Geneva, World Health Organization, 2011. See: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2011/dwq_guidelines/en/

11. See: http://www.wssinfo.org/post-2015-monitoring/overview

Regional and country charts

Following the global and WHO regional summary shown in Figure 7, charts 1–13 provide country-by-country summaries[12] of national trends in MDG indicators for which data are available.

Depending on the availability of data for each indicator, there are two types of chart:

Chart type I

For six indicators – under-five mortality rate; maternal mortality ratio; HIV prevalence; tuberculosis mortality rate; population without access to improved drinking-water sources; and population without access to improved sanitation – the charts show the average annual rate of decline (AARD) since 1990 up to the latest available year (or for the year range indicated), and the overall AARD required for the country to achieve the relevant MDG by 2015. The country figures show data for the latest available year.

Chart type II

For seven indicators – measles immunization coverage among 1-year-olds; births attended by skilled health personnel; antenatal care coverage; unmet need for family planning; antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection; children aged < 5 years sleeping under insecticide-treated nets; and children aged < 5 years with fever who received treatment with any antimalarial – the charts show only data for the latest available year, along with an indication of a WHO or partner agency target.

... indicates data not available or not applicable.

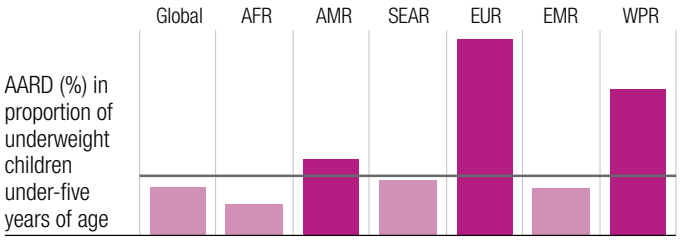
Further details can be found in the country tables shown in **Part III** as indicated below each chart.

---

12. South Sudan became an independent state in July 2011 and a WHO Member State in September 2011. As the reported data shown here concern time periods before and after 2011, the term “Sudan (former)” refers to the state as it existed prior to July 2011 and is listed among the Member States.

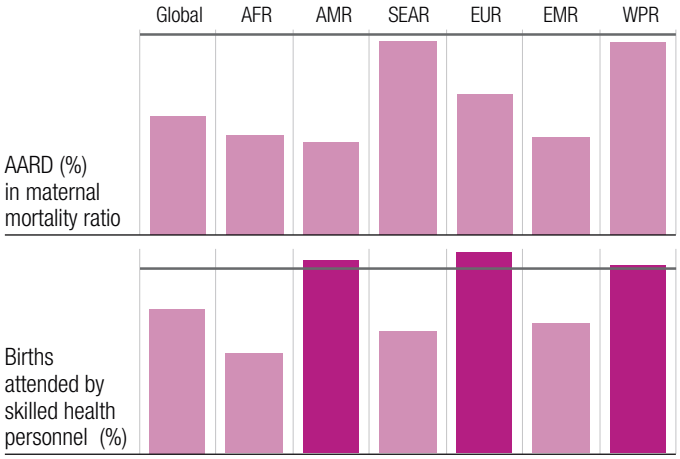
Figure 7. Global and WHO Regional progress toward the achievement of health-related MDGs

Target 1.C Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger

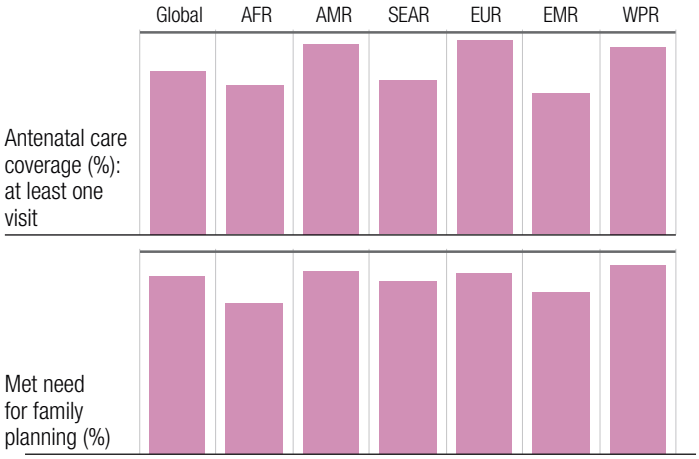


Target 4.A Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate

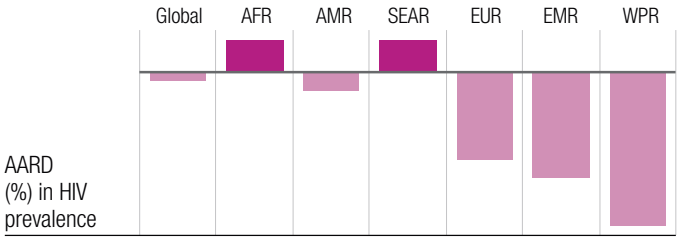
Target 5.A Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio



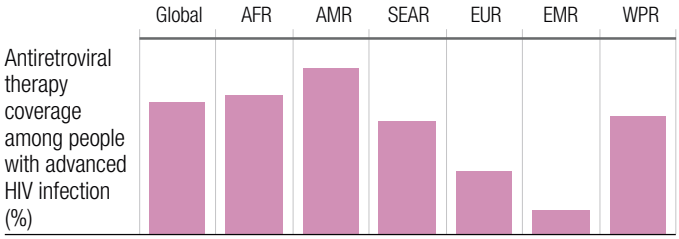
Target 5.B Achieve, by 2015, universal access to reproductive health



Target 6.A Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS

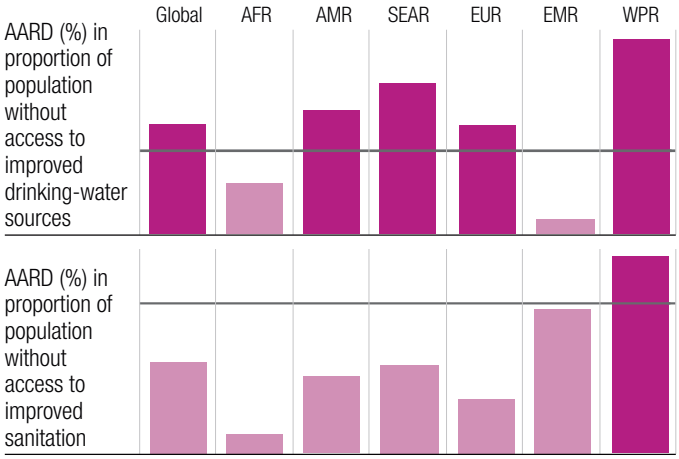


Target 6.B Achieve, by 2010, universal access to treatment for HIV/AIDS for all those who need it



Target 6.C Have halted by 2015 and begun to reverse the incidence of malaria and other major diseases

Target 7.C Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking-water

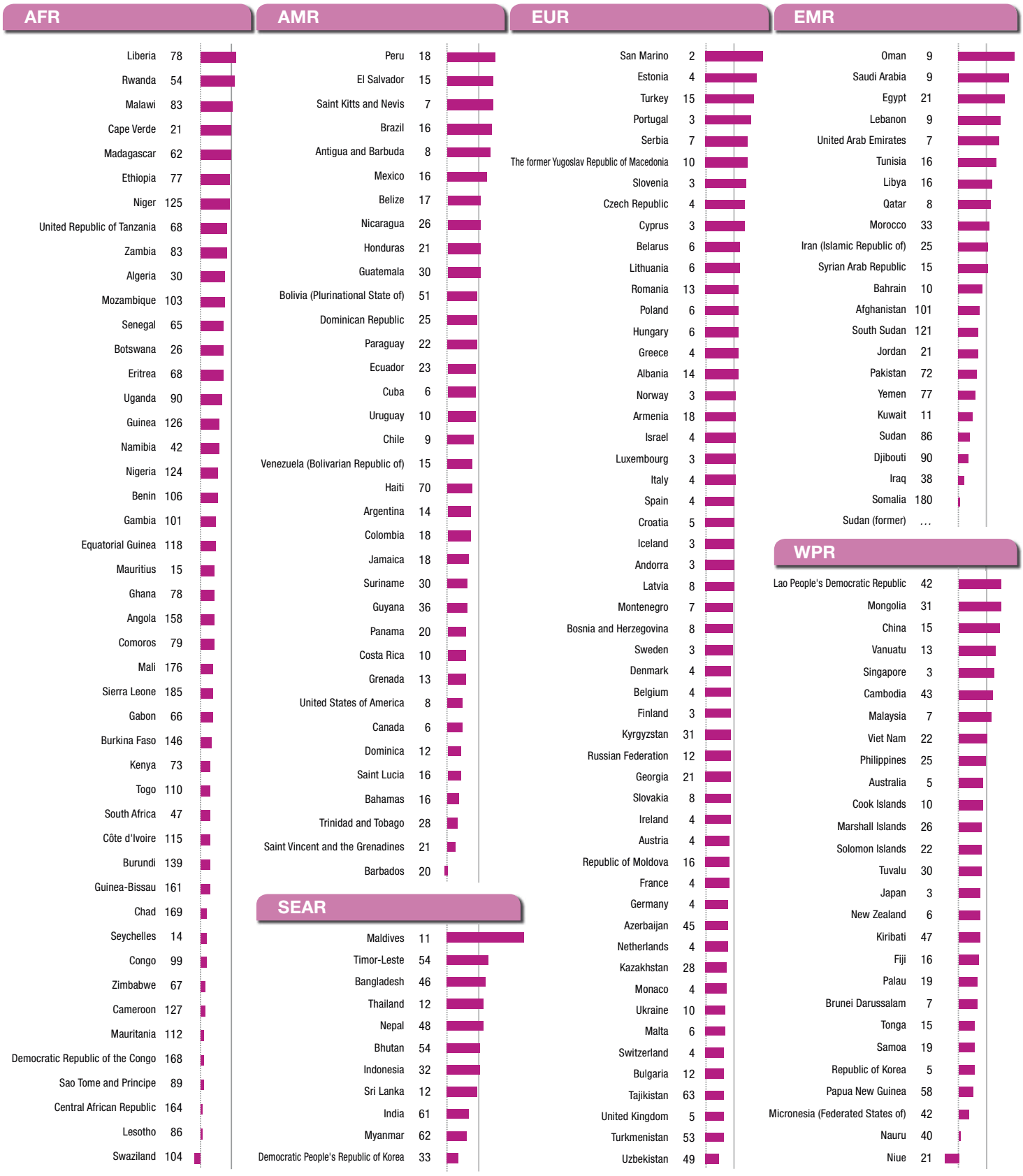


Key

On track Insufficient progress

Grey horizontal lines indicate either the MDG (where available) or relevant WHO or partner agency target. For more details, see the relevant country charts. For the AARD (%) in proportion of underweight children under five years of age (1990–2011) and the AARD (%) in the incidence of malaria (2000–2010), see **Part III**, **Table 5** and the *World Malaria Report 2011* respectively for more details.

1 AARD (%) in under-five mortality rate, 1990–2011

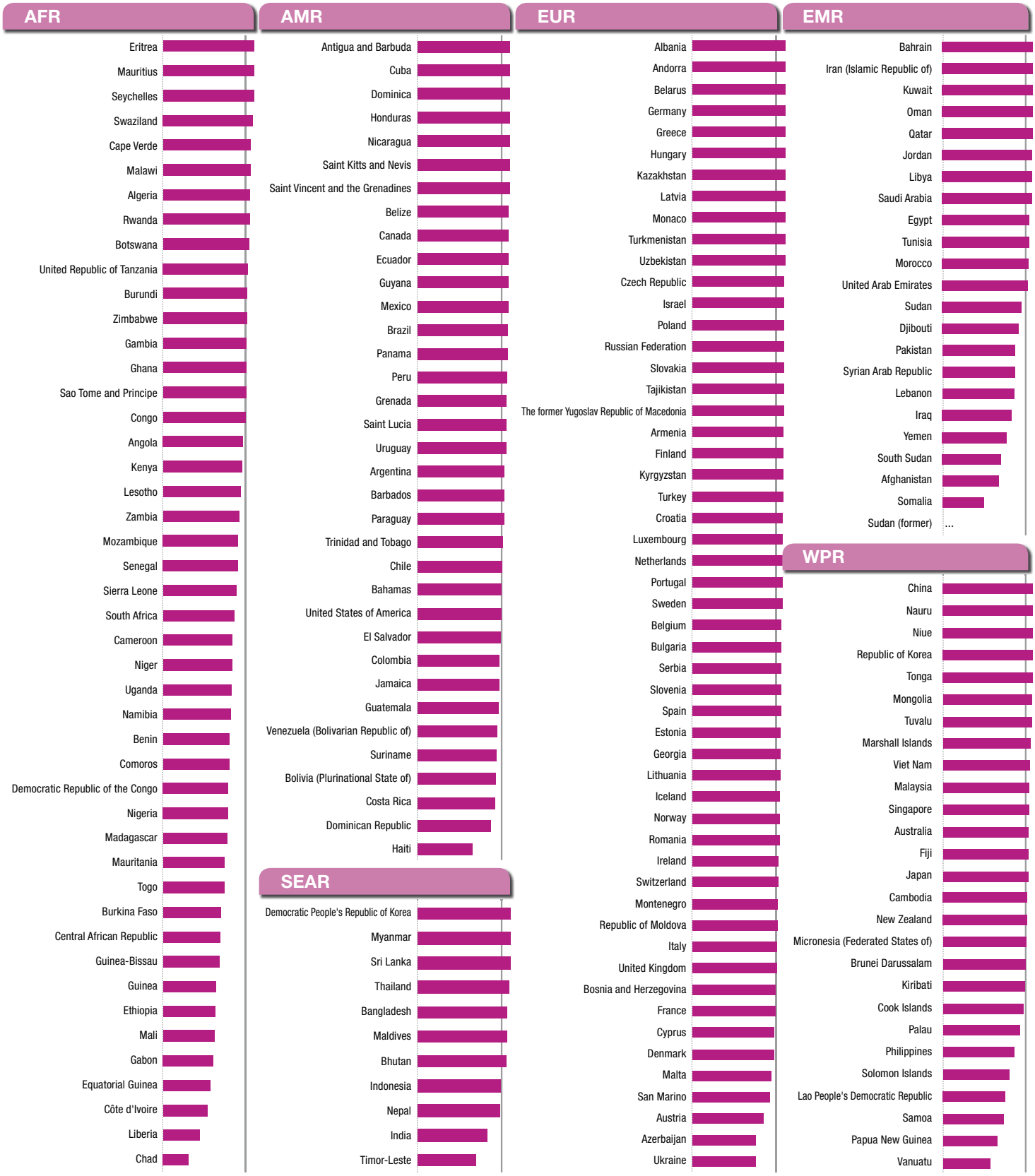


The under-five mortality rate is defined as the probability of dying by age 5 expressed as the total number of such deaths per 1000 live births. Within each WHO region, countries are sorted in descending order based on the AARD in this rate.

In order to reach the MDG target of reducing by two thirds the under-five mortality rate between 1990 and 2015, an AARD of 4.3% is needed and this is denoted by the vertical line. The numerical values show the estimated under-five mortality rate in each country in 2011. For countries with low levels of under-five mortality, the target AARD may not be applicable.

Further details may be found in **Part III**, **Table 1**.

2 Measles immunization coverage among 1-year-olds (%)

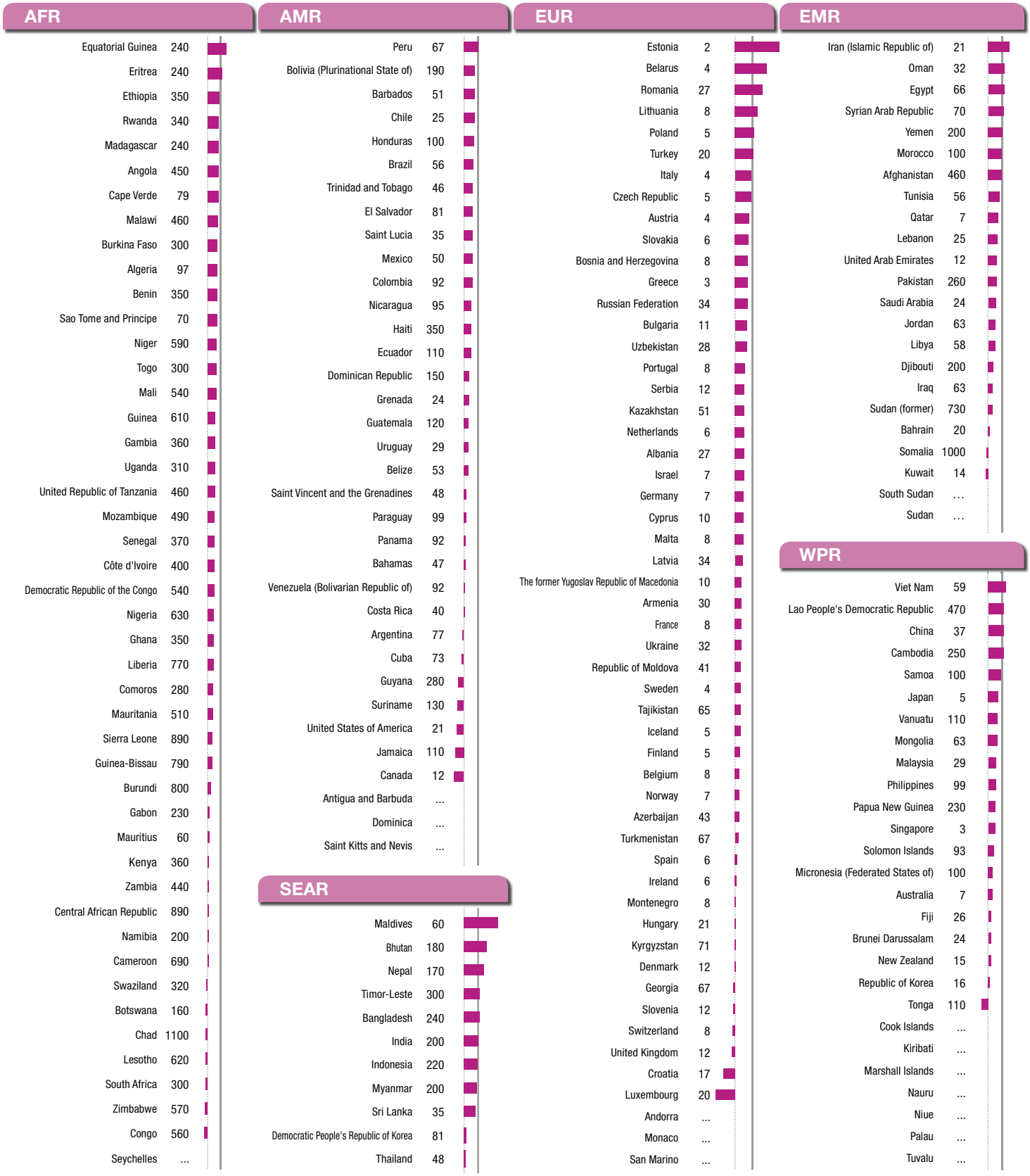


This chart shows the percentage of 1-year-olds fully immunized against measles. Within each WHO region, countries are sorted by the 2011 level.

The vertical line denotes the target of 90% coverage by 2015 set at the 2010 World Health Assembly.

Further details may be found in **Part III**, **Table 4**.

3 AARD (%) in maternal mortality ratio, 1990–2010

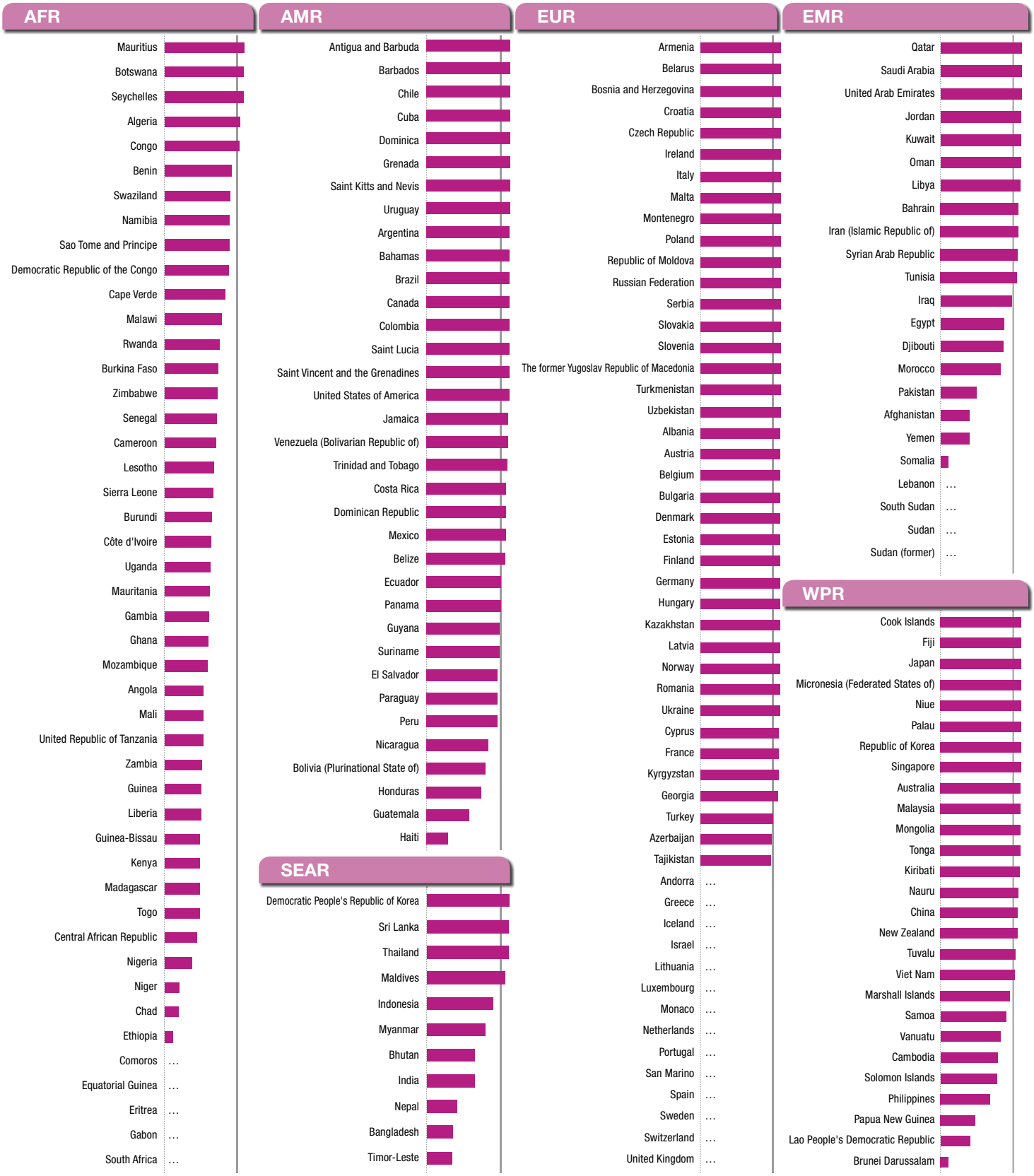


The maternal mortality ratio is defined as the number of maternal deaths per 100 000 live births. Within each WHO region, countries are sorted in descending order based on the AARD in this ratio. Unrounded values have been used to calculate the AARD.

In order to reach the MDG target of reducing the maternal mortality ratio by three quarters between 1990 and 2015, an AARD of 5.5% is needed and this is denoted by the vertical line. The numerical values show the estimated maternal mortality ratio for 2010. For countries with low levels of maternal mortality, the target AARD may not be applicable.

Further details may be found in **Part III**, **Table 2**.

4 Births attended by skilled health personnel (%)

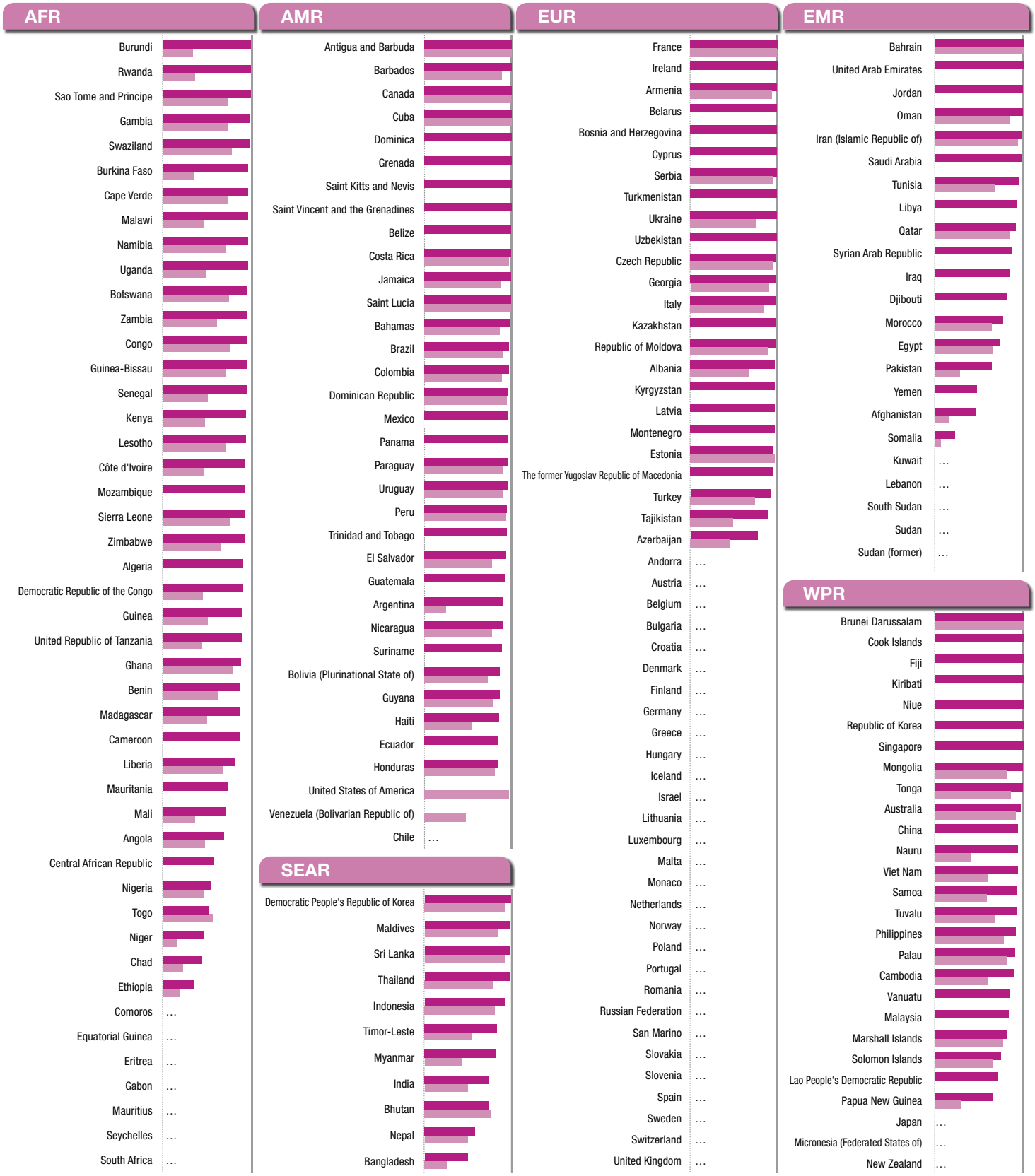


This chart shows the percentage of births attended by skilled health personnel. Within each WHO region, countries are sorted by the latest available data since 2005.

The vertical line denotes the global target of 90% coverage by 2015 set by the International Conference on Population and Development (ICPD+5).

Further details may be found in **Part III**, **Table 4**.

5 Antenatal care coverage (%): at least one visit and at least four visits

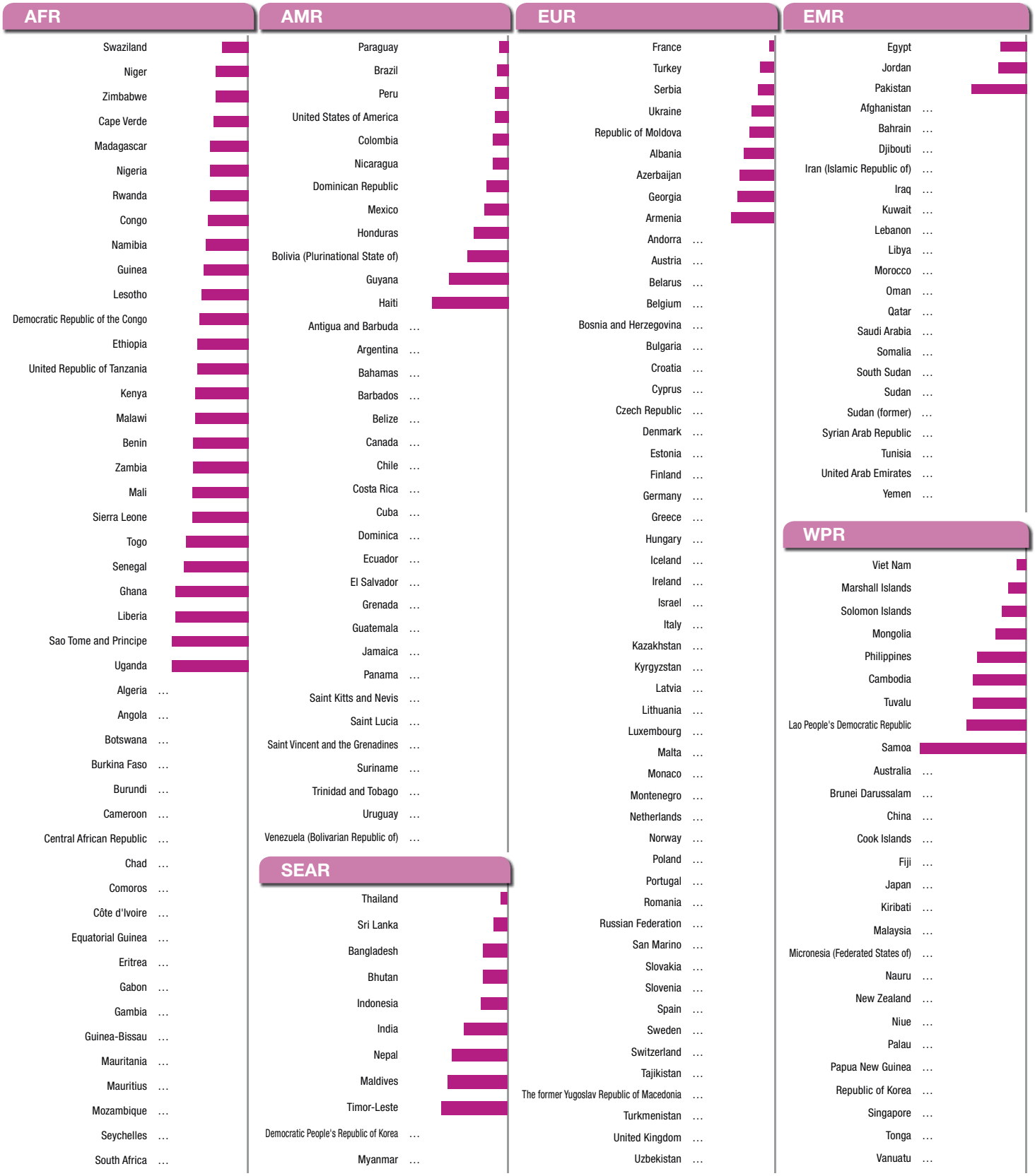


This chart shows the percentage of women who received antenatal care from skilled health personnel at least once and at least four times during pregnancy. Within each WHO region, countries are sorted by the latest available data since 2005 for at least one visit.

The vertical line denotes the global target of 100% coverage by 2015 set by the International Conference on Population and Development (ICPD+5).

Further details may be found in **Part III**, **Table 4**.

6 Unmet need for family planning (%)

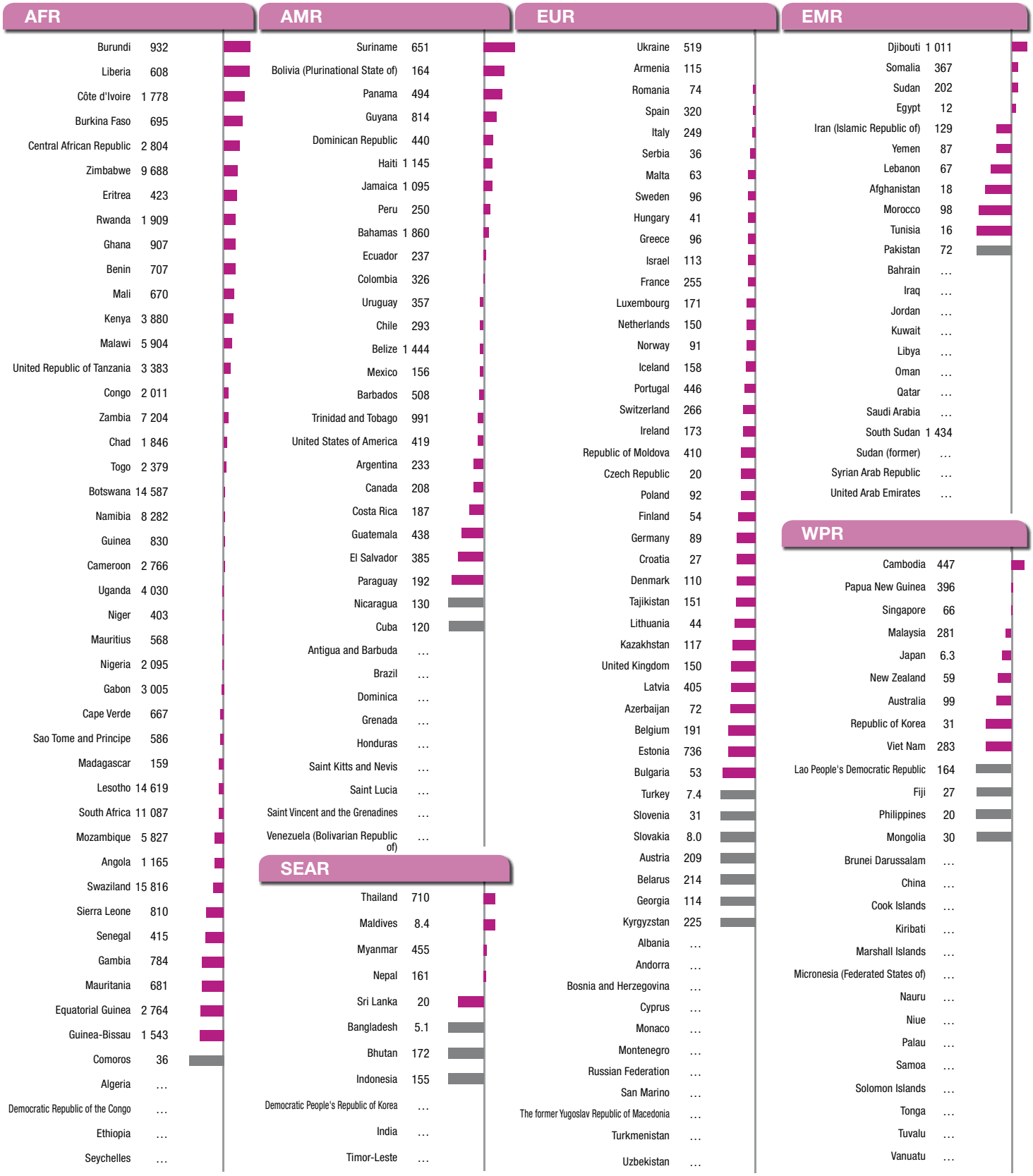


This chart shows the percentage of women who are fecund and sexually active but want to stop or delay childbearing and are not using any method of contraception. Within each WHO region, countries are sorted by the latest available data since 2005.

Achieving the MDG target of universal access to reproductive health by 2015 can be interpreted as 0% unmet need. The vertical line corresponds to 0% with the percentage of unmet need shown to the left of this line with a range of 50%.

Further details may be found in **Part III**, **Table 4**.

7 AARD (%) in HIV prevalence, 2001–2011

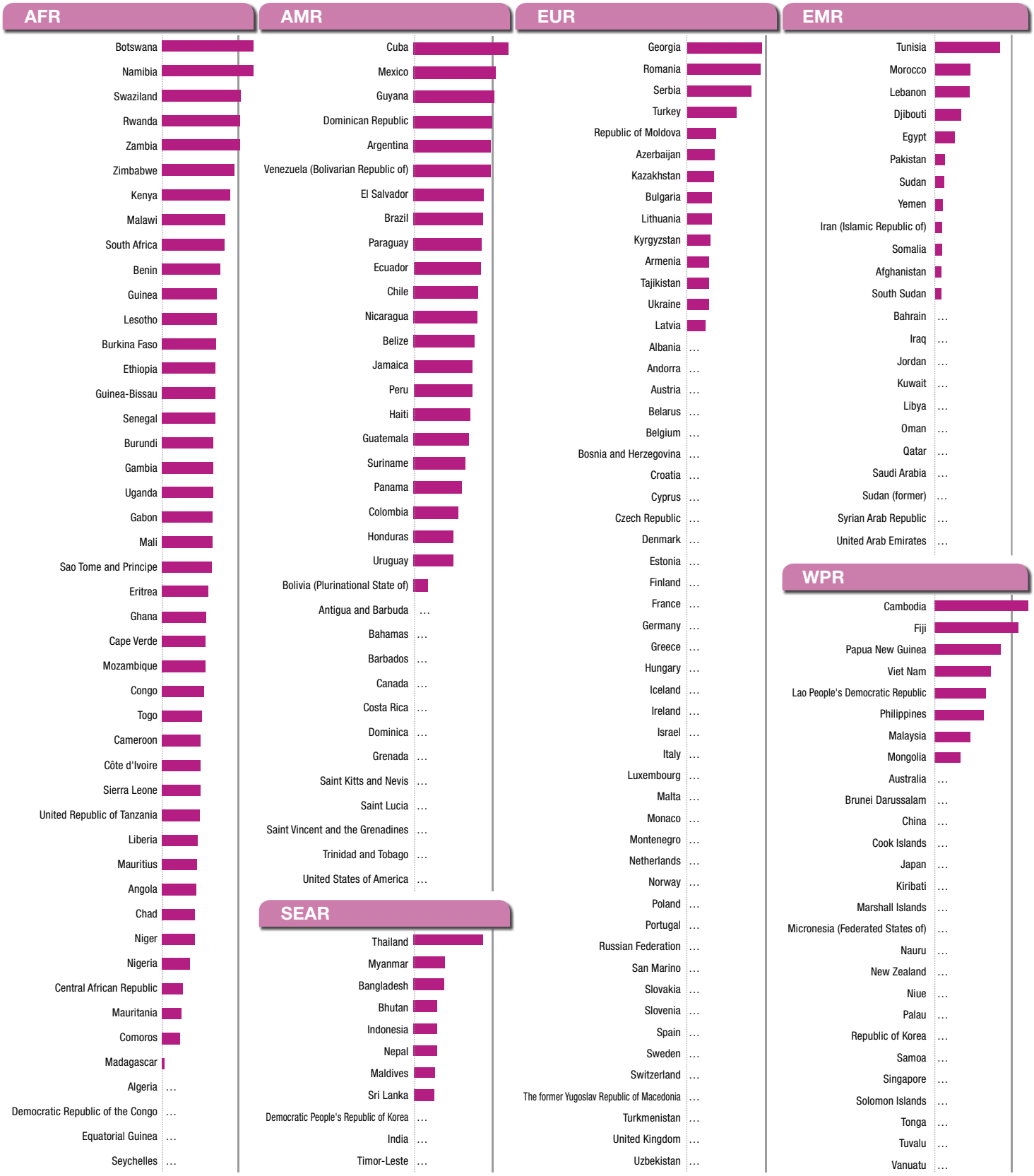


This chart shows the AARD in the estimated prevalence of HIV infections per 100 000 population per year for the period 2001–2011. Within each WHO region, countries are sorted in descending order based on the AARD in this rate.

The MDG target to halt by 2015 and begin to reverse the spread of HIV/AIDS can be interpreted as any AARD greater than 0%. The vertical line corresponds to an AARD of 0% with cut-off points of ±10% on either side. Grey bars indicate countries in which the AARD was less than -10%. The numerical values show estimated HIV prevalence per 100 000 population for 2011.

Further details may be found in **Part III**, **Table 2**.

8 Antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection (%)

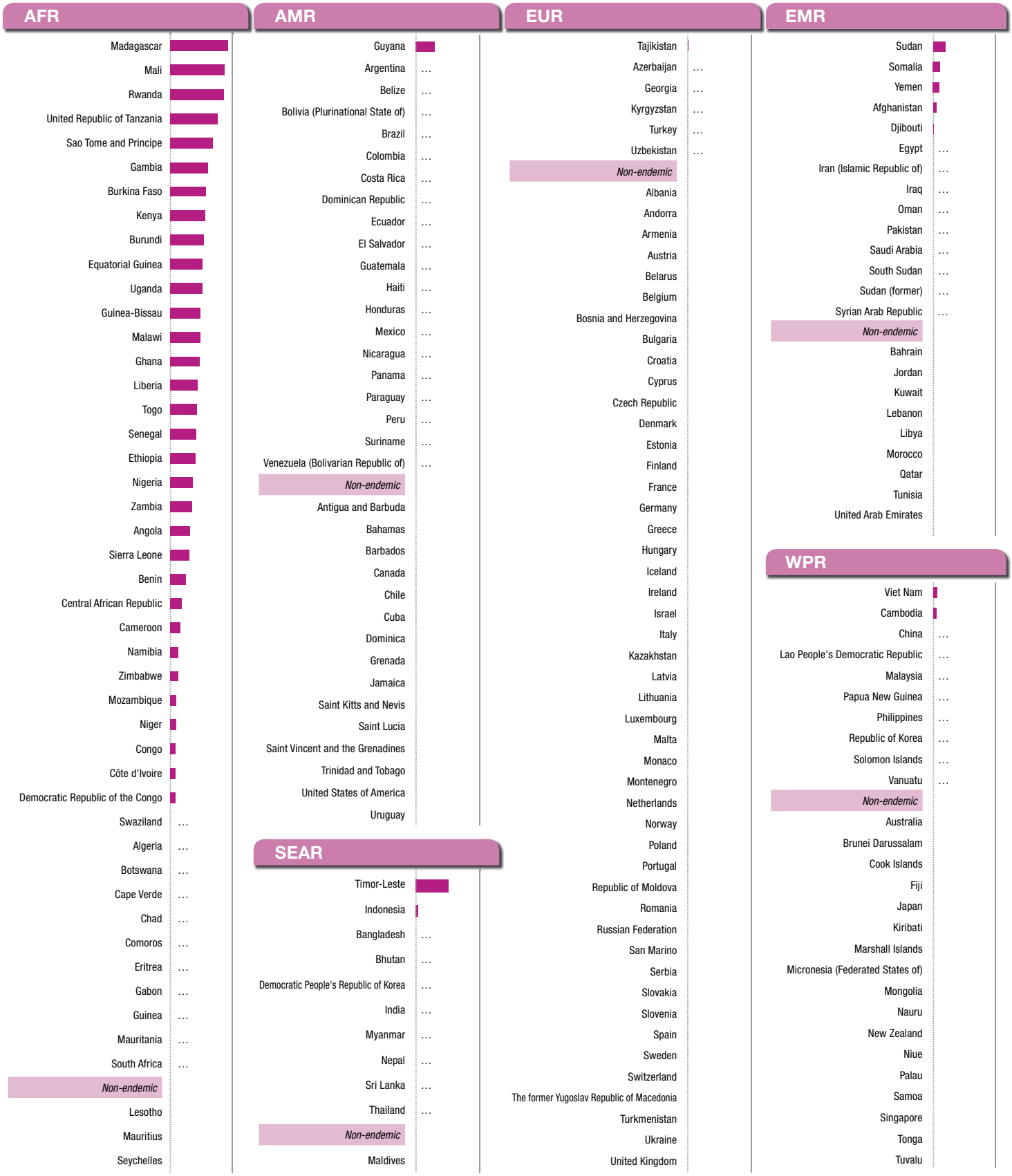


This chart shows estimated antiretroviral therapy coverage in 2011 based on the standards for treatment set out in the 2010 guidelines of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Within each WHO region, countries are sorted in descending order by the level of coverage achieved.

The vertical line denotes the target of universal access to antiretroviral therapy, defined as providing antiretroviral therapy to at least 80% of patients in need.

Further details may be found in **Part III**, **Table 4**.

9 Children aged <5 years sleeping under insecticide-treated nets (%)

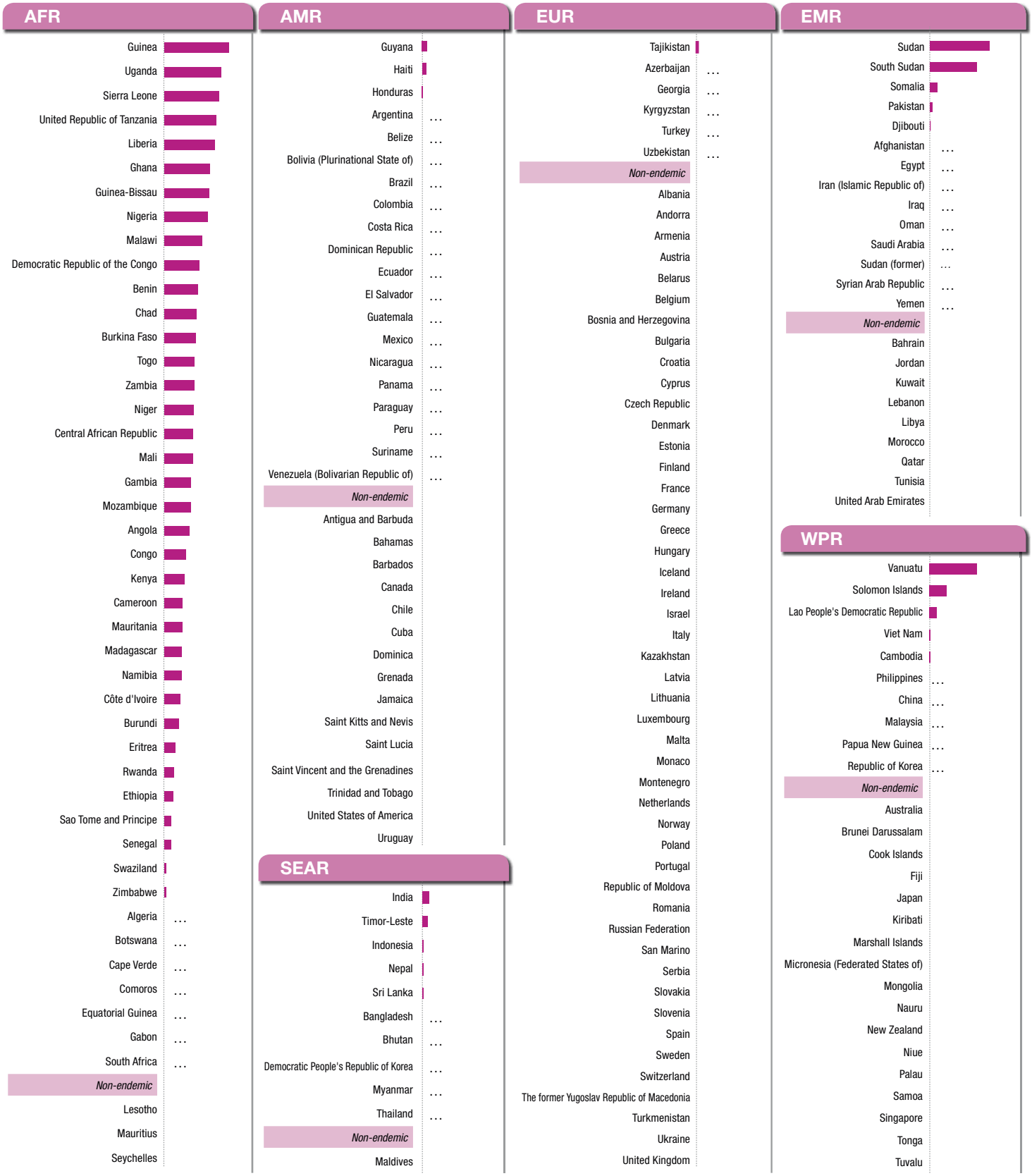


This chart shows the percentage of children under 5 years old that slept under an insecticide-treated net the night prior to the survey. Within each WHO region, countries are sorted by the latest available data since 2005.

The vertical line denotes the target of 80% coverage set by WHO and the Roll Back Malaria Partnership.

Further details may be found in **Part III**, **Table 4**.

10 Children aged <5 years with fever who received treatment with any antimalarial (%)

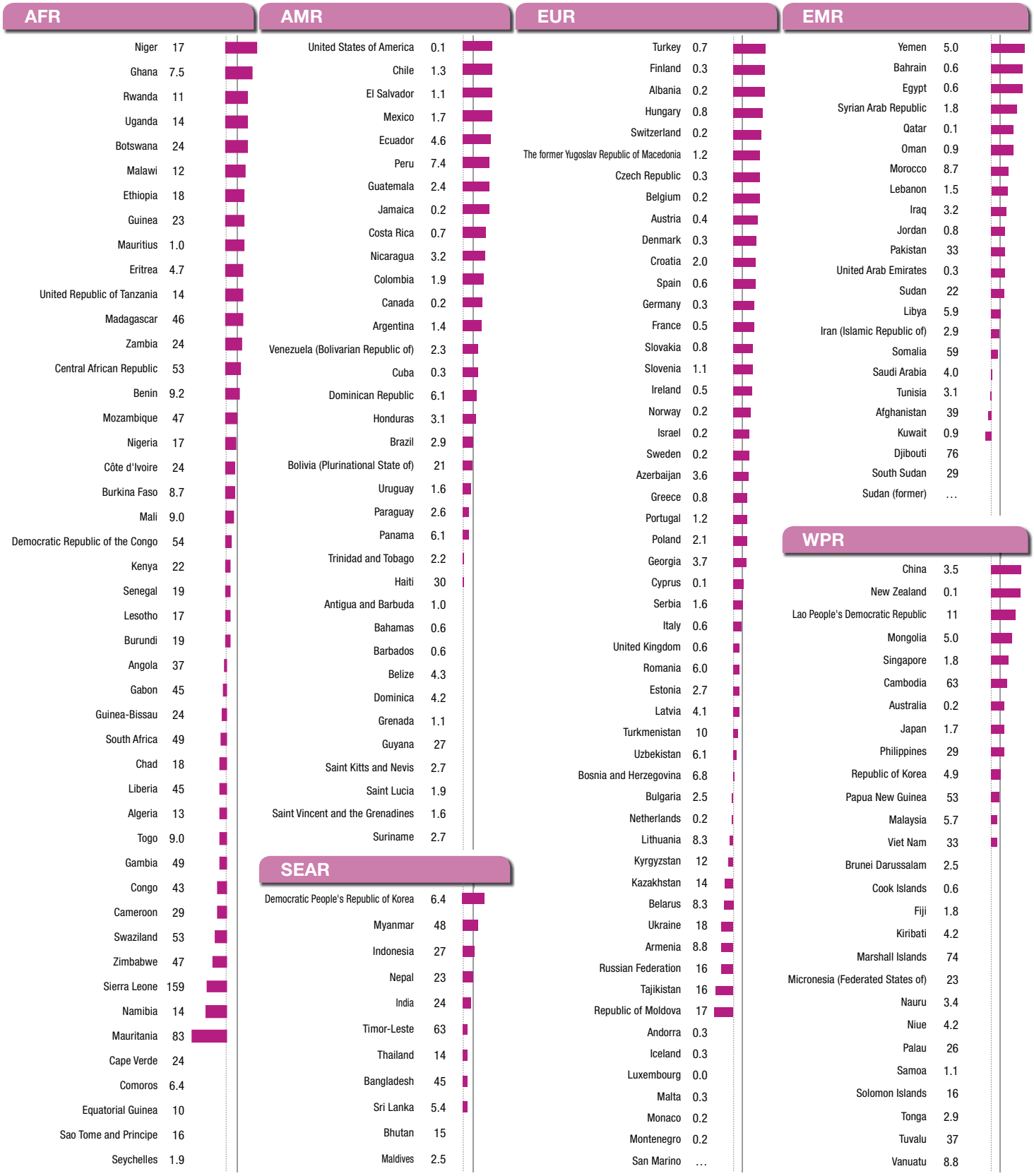


This chart shows the percentage of children under 5 years old with fever in the two weeks prior to the survey who received any antimalarial medicine. Within each WHO region, countries are sorted by the latest available data since 2005.

The vertical line denotes the target of 100% coverage set by WHO and the Roll Back Malaria Partnership.

Further details may be found in **Part III**, **Table 4**.

11 AARD (%) in tuberculosis mortality rate, 1990–2011

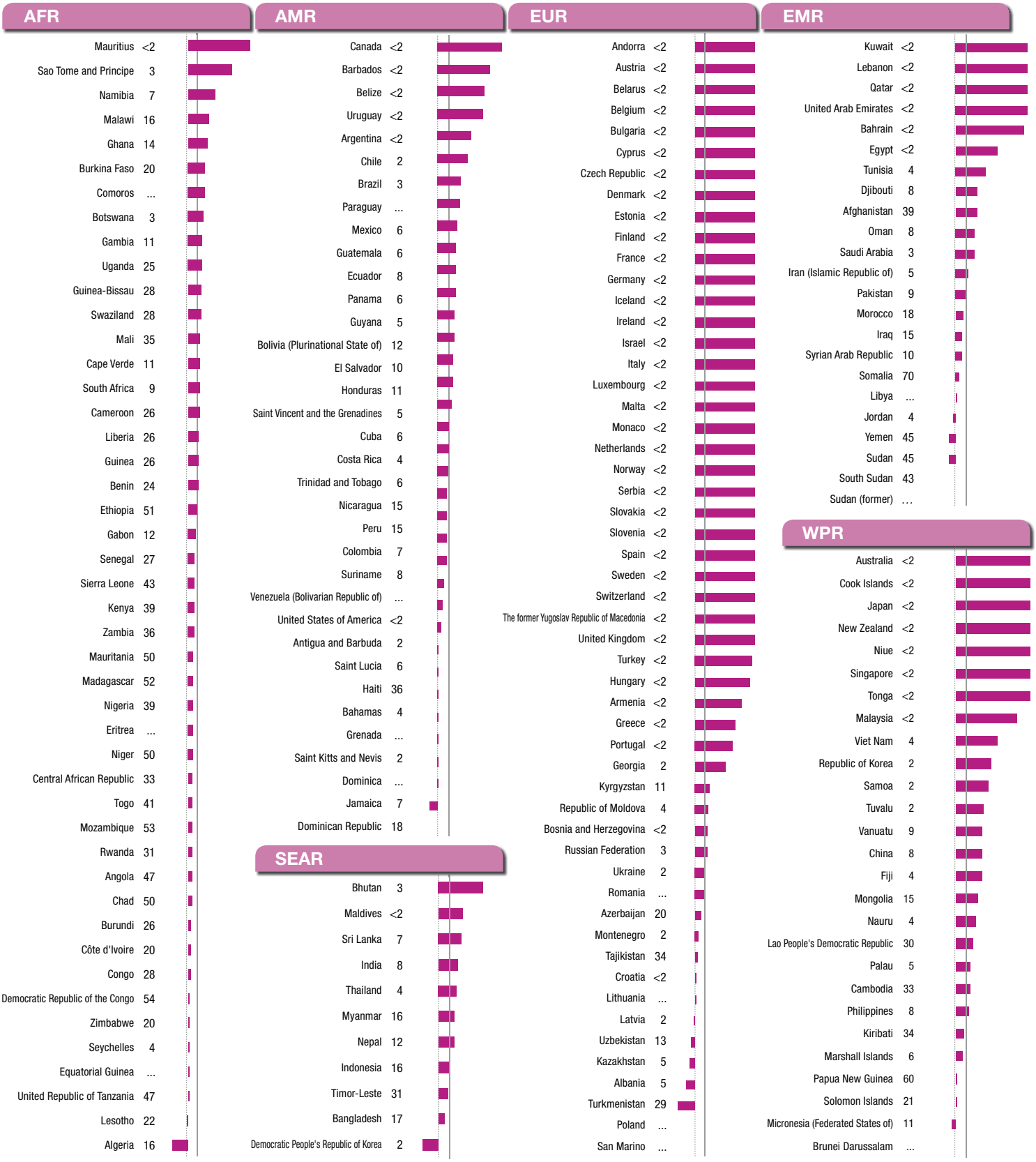


This chart shows the AARD in the estimated tuberculosis mortality rate per 100 000 population (excluding deaths among HIV-positive people) for the period 1990–2011. Within each WHO region, countries are sorted in descending order based on the AARD in estimated tuberculosis mortality rates.

In order to reach the target of a 50% reduction between 1990 and 2015 set by the Stop TB Partnership, an AARD of 2.7% is needed and this is denoted by the vertical line. The numerical values shown are estimated tuberculosis mortality rates per 100 000 population in 2011. For countries with small populations, the AARD may not be applicable and only the 2011 estimated mortality rate is shown.

Further details may be found in **Part III**, **Table 2**.

12 AARD (%) in proportion of population without access to improved drinking-water sources

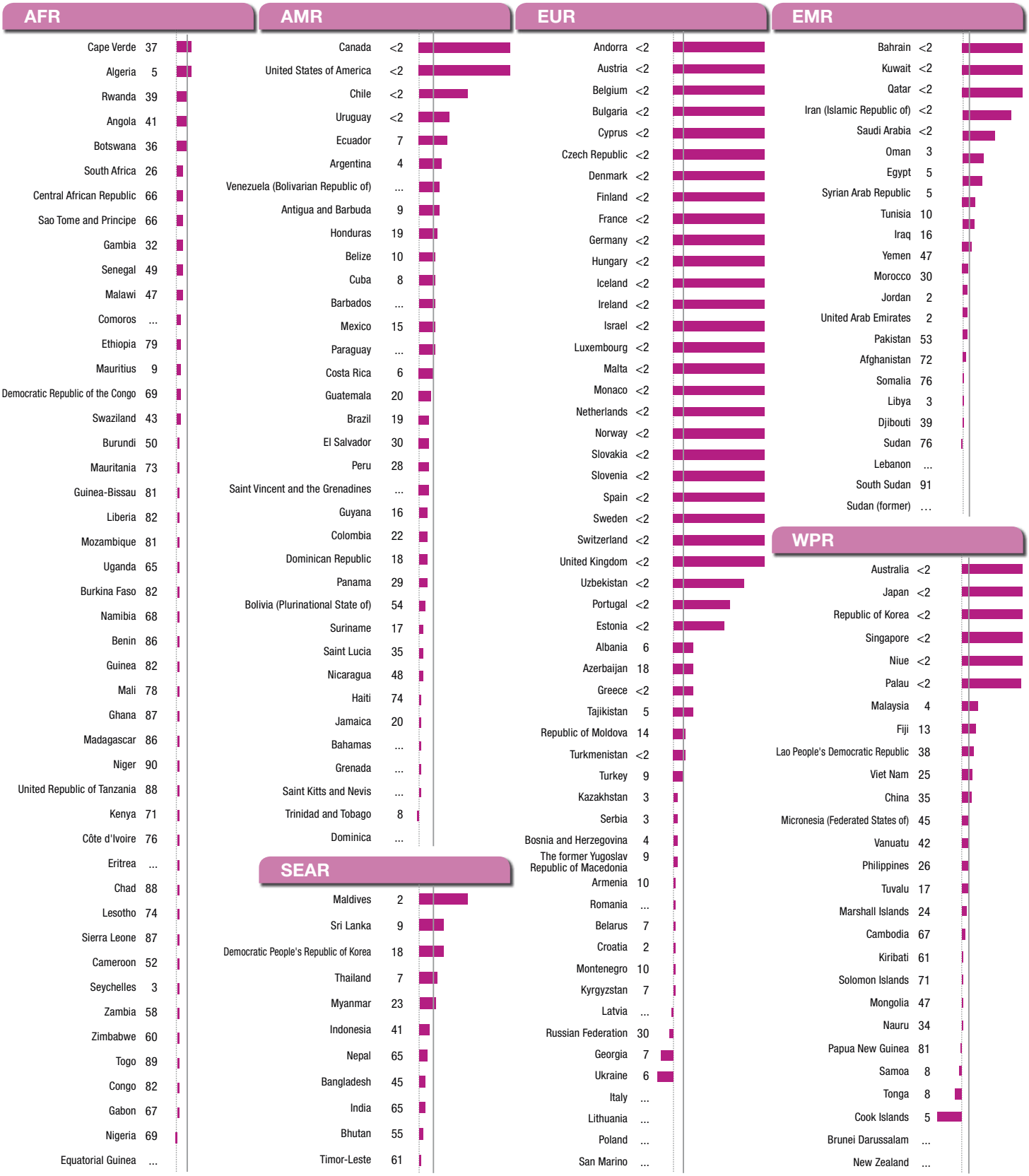


The AARD in the proportion of the population without access to improved drinking-water sources was calculated using the complement of the estimated proportion using an improved drinking-water source, for the period 1990–2011 (or any minimum period of five years since 1990). Within each WHO region, countries are sorted in descending order based on this rate of decline.

In order to reach the MDG target of halving, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking-water, an AARD of 2.7% will be required and is denoted by the vertical line. Countries with sustained low levels of proportion of population without improved drinking-water sources (< 2%) can be considered to have met the target and are shown with the maximum AARD at the beginning of their respective regional listing. The numerical values show the estimated percentage of the population not using improved drinking-water sources in 2011.

Further details may be found in **Part III**, **Table 5**.

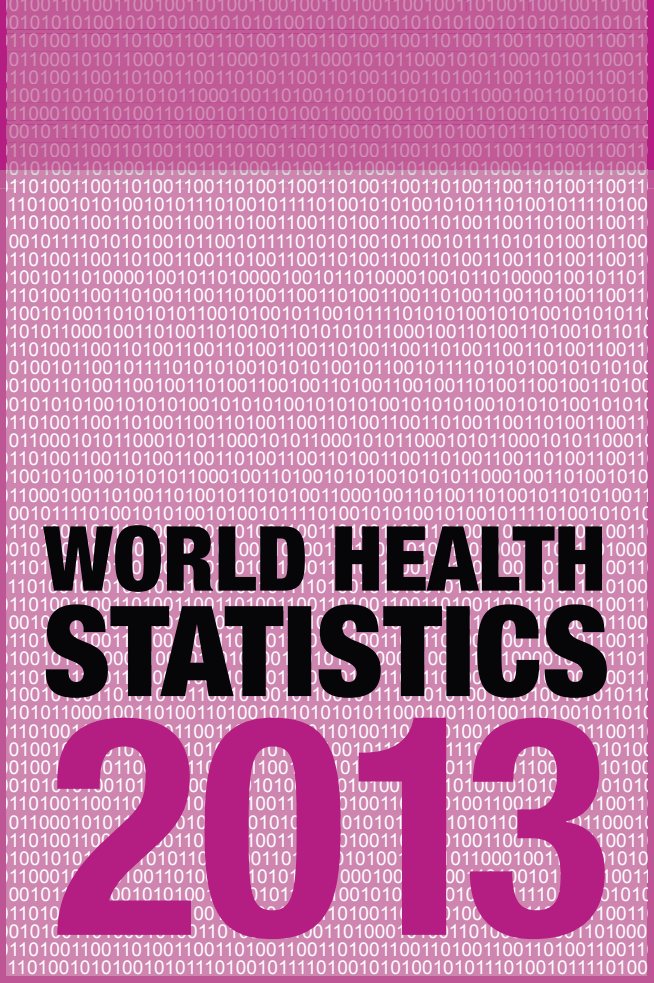
13 AARD (%) in proportion of population without access to improved sanitation



The AARD in the proportion of the population without access to improved sanitation was calculated using the complement of the estimated proportion using improved sanitation, for the period 1990–2011 (or any minimum period of five years since 1990). Within each WHO region, countries are sorted in descending order based on this rate of decline.

In order to reach the MDG target of halving, by 2015, the proportion of people without sustainable access to basic sanitation, an AARD of 2.7% will be required and is denoted by the vertical line. Countries with sustained low levels of proportion of population without improved sanitation (< 2%) can be considered to have met the target and are shown with the maximum AARD at the beginning of their respective regional listing. The numerical values show the estimated percentage of the population not using improved sanitation in 2011.

Further details may be found in **Part III**, **Table 5**.



Part II

Highlighted topics

Are efforts to meet the MDGs reducing health gaps between countries?

The Millennium Declaration agreed on by world leaders in September 2000[13] upholds equity as one of the fundamental principles of progress. With their focus on improving the situation in the world's poorest countries and reducing unacceptable global health disparities, it is timely to ask if efforts to meet the MDGs have resulted in a significant reduction in health gaps between countries.

One way to assess convergence is to compare the gaps that existed between those countries with the best health status and those with least-favourable health status at the MDG baseline year of 1990 and again two decades later. Figure 8 shows the average values for the "top" 25% of countries with the corresponding values for the "bottom" 25% of countries for selected indicators.[14] In absolute terms, the dramatic progress made in the bottom 25% of countries over two decades is clear, as is the narrowing of the gaps between the top and bottom categories.

For example, the absolute gap in the under-five mortality rate between the top and bottom countries fell from 171 deaths per 1000 live births in 1990 to 107 per 1000 live births in 2011. Some countries who were in the bottom category in 1990 – including Bangladesh, Bhutan, Lao People's Democratic Republic, Madagascar, Nepal, Rwanda, Senegal and Timor-Leste – reduced their under-five mortality rates to such an extent that by 2011 they no longer belonged to that group. However, when considering relative reduction over time, it is also clear that while the average under-five mortality rate in the top countries declined by 60% between 1990 and 2011, the bottom countries only experienced a 39% decline over the same period. In other words, the relative rate of decline was larger in countries that already had the lowest levels of under-five mortality.

In 1990, countries in the bottom category had on average 915 more maternal deaths per 100 000 live births compared to countries in the top category. In 2010, this had narrowed to 512 per 100 000 live births. However, the relative decline in the average maternal mortality ratio between 1990 and 2010 in the bottom 25% of countries was 44% – only marginally higher than the 34% decline observed in the top 25% of countries.

The difference in HIV incidence rate (the number of people newly infected with HIV per 100 000 population) between the 25% of countries with the highest rate and the 25% of countries with the lowest rate was 360 in 1990. In 2011, this gap fell to 261 (Figure 8). In the group of countries with the lowest rates, the average incidence of HIV cases increased six-fold between 1990 and 2011 (from 0.5 to 3 per 100 000 population). Over the same period, the average HIV incidence rate in the group of countries with the highest rates declined by 27% (from 361 to 264 per 100 000 population).

Globally, the tuberculosis mortality rate has decreased by 41% since 1990 and the trend indicates that it will reach a 50% reduction by 2015. The absolute gap between the average tuberculosis mortality rates in the top and bottom 25% of countries has narrowed, from 62 per 100 000 population in 1990 to 41 per 100 000 population in 2011 (Figure 8). However, over this same period the 34% relative decline in the bottom 25% of countries was under half of the relative decline of 70% observed in the top 25% of countries.

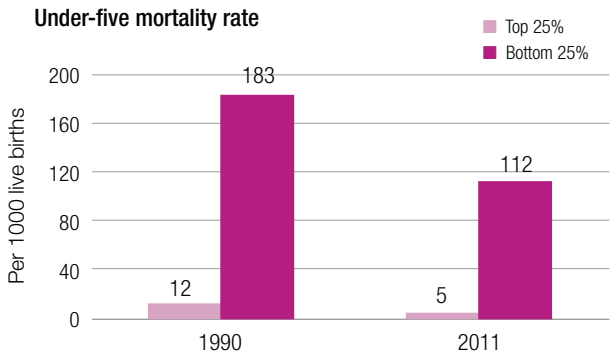
The prevalence of underweight children was virtually negligible in richer countries in 1990, and this has re-

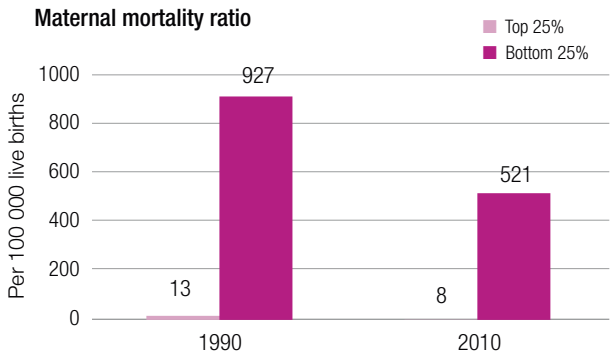
---

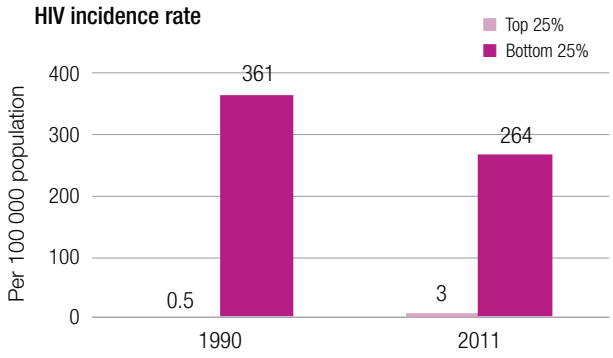
13. See: http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm

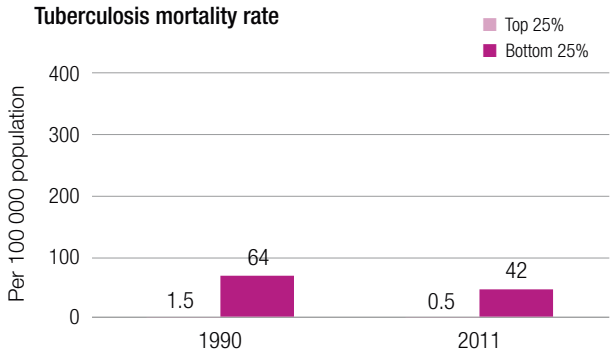
14. For each indicator, the top and bottom 25% of all available countries were selected based on performance. Countries with less than 500 000 population in 2011 were excluded from the analysis, with each remaining country assigned equal "weight" regardless of population. Depending on data availability, there were between 31 and 41 countries in each group. The countries in the top and bottom categories may not be the same for the two years shown.

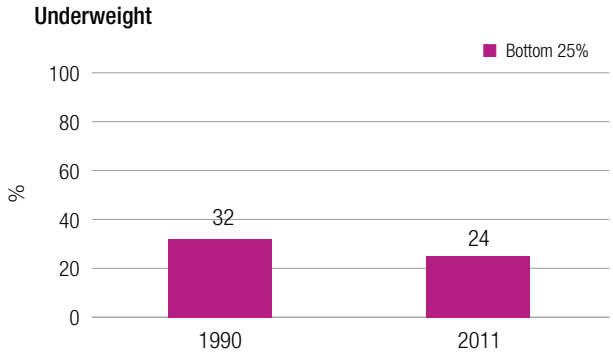
Figure 8. Measuring convergence between the world's most-advantaged and least-advantaged countries using selected MDG indicators

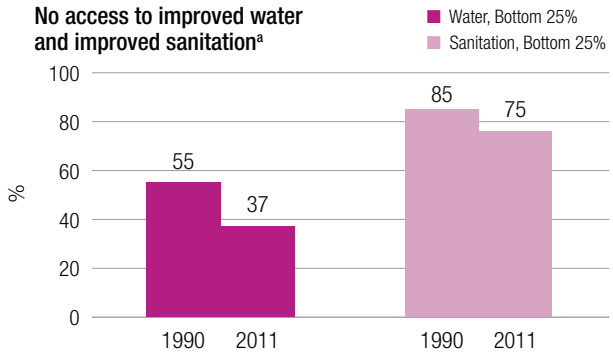












[a] Chart denotes average proportion of population who are not using improved sources of drinking-water or improved sanitation facilities.

mained the case in the last two decades. By contrast, in 1990 the 25% of countries with the highest prevalence averaged 32 underweight children in every 100 children under five years of age (Figure 8). In 2011, this declined to 24 for every 1000 children under five years of age, representing a 24% decline.[15]

Almost everyone in the top 25% of countries has access to improved drinking-water sources and improved sanitation facilities, and has done so since 1990. As a result, the average proportion of the population in such countries not using improved drinking-water sources or improved sanitation is 0% for both of these indicators. Between 1990 and 2011, the absolute gap between the average proportion of the population not using improved drinking-water sources in the top 25% and bottom 25% of countries declined from 55% to 37% (Figure 8). The absolute gap between the average proportion of the population not using improved sanitation facilities in the top 25% and bottom 25% of countries also declined – from 85% in 1990 to 75% in 2011. Over this same period, the relative decline in the bottom 25% of countries was 33% and 12% for the average proportion of population not using improved drinking-water sources and the average proportion of the population not using improved sanitation facilities, respectively.

Concerted actions to achieve the MDGs have clearly brought about improvements across a range of global health indicators and associated health outcomes, with evidence of convergence – at least in absolute terms – between the most-advantaged and least-advantaged countries of the world. The situation, however, remains far from satisfactory as large gaps persist between countries. In addition, there exist gaps within countries that are concealed when only national averages are considered (see **Part III**, **Table 8** on health inequities). With only two years remaining before the MDG deadline of 2015, convergence between the world's most-advantaged and least-advantaged populations needs to be accelerated.

---

15. Analysis using data from: Stevens GA et al. Nutrition Impact Model Study Group (Child Growth). Trends in mild, moderate, and severe stunting and underweight, and progress towards MDG 1 in 141 developing countries: a systematic analysis of population representative data. *Lancet*, 2012 Sep 1, 380(9844):824–834. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60647-3. Epub 2012 Jul 5.

Official development assistance for health

The United Nations Millennium Declaration in 2000 embodies an international commitment to create an environment conducive to development and to the elimination of poverty. MDG 8 addresses the issue of global partnerships for development, with target 8.B specifically calling for more-generous contributions of official development assistance (ODA) for countries committed to poverty reduction.

ODA for health is, however, only one aspect of the broader concept of Development Assistance for Health (DAH). Specifically, ODA involves the flow of financing from donor governmental sources to promote economic development and welfare in recipient countries, with a grant component of at least 25%. In addition to the bilateral ODA reported by countries to the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) each year, the OECD Development Assistance Committee (DAC)[16] also collates information on budget flows originating from bilateral donors but channelled through multilateral organizations such as the World Bank, the GAVI Alliance and the Global Fund as ODA. The remaining and growing share of DAH then comes from the private sector, including nongovernmental organizations (NGOs) and foundations such as the Bill and Melinda Gates Foundation.

The Millennium Declaration heralded a substantial increase in ODA for health. Of the several data series of ODA flows made available by OECD, the most relevant for health are:

- donor commitments[17] or formal promises recorded in the year they are made;
- disbursements[18] as reported by donors each year though not necessarily intended to be spent in that year (a more or less complete series since 2002);
- country programmable aid (CPA) – a subset of ODA disbursements that donors report that recipient countries can plan on and spend at country level (starting in 2004).

Between 2002 and 2011, disbursements of ODA for health reported to OECD rose from US$ 6.2 billion to US$ 18.4 billion (Figure 9).[19] The proportion donors reported as intended for low-income countries also increased from 31% to 43% – a four-fold increase in absolute terms. The value of disbursements for use by countries in the WHO African Region is estimated to have increased 4.5 times, from US$ 1.85 billion in 2002 to US$ 8.3 billion in 2011. This substantial increase is also probably an underestimate because:

- a proportion of the ODA that donors did not show as being linked to a particular country (for example, for global or cross-national activities) would nevertheless have benefited the African region;
- some countries – including Brazil, China, India, Russia and South Africa – do not report their aid spending to OECD;

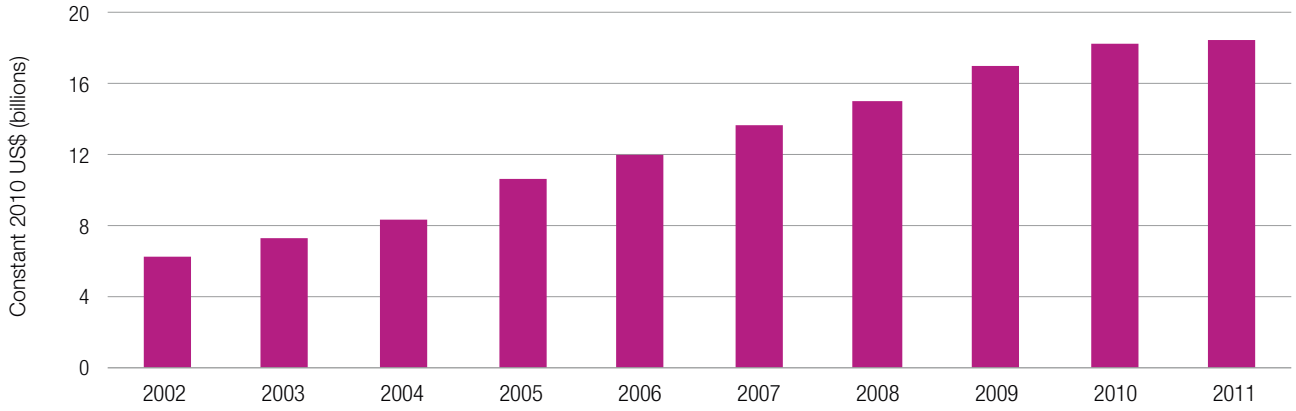
16. For further information on the OECD DAC, see: http://www.oecd.org/dac/

17. A "commitment" can be defined as a firm obligation, expressed in writing and backed by the necessary funds. For more details see: http://www.oecd.org/dac/dacglossaryofkeytermsandconcepts.htm

18. "Disbursement" refers to the release of funds to, or the purchase of goods or services for, a recipient. They record the actual international transfer of resources or of goods or services valued at the cost to the donor. For more details see: http://www.oecd.org/dac/dacglossaryofkeytermsandconcepts.htm

19. To ensure comparability between different years and currencies, the volume of flows is presented in constant prices and exchange rates, with 2010 used as the reference year. This means that adjustments have been made to cover: (a) inflation in the donor's currency between the year in question and the reference year; and (b) changes in the exchange rate between that currency and the United States dollar over the same period. See: http://www.oecd.org/dac/dacglossaryofkeytermsandconcepts.htm#Constant_Dollars

Figure 9. ODA disbursements for health as reported to OECD, 2002–2011



- in several countries, donors also provided general budget support, part of which would typically have been allocated by recipient countries to health.

In addition, these ODA figures underestimate the overall increases in external assistance for health because they do not include funding originating from foundations such as the Bill and Melinda Gates Foundation; funding that has increased substantially in recent years.[20]

ODA disbursements and health spending in recipient countries

The OECD Creditor Reporting System (CRS) database[21] lists all the reported aid activities to recipients of ODA funds. Table 1 shows the top 10 recipients in 2011 in terms of aid per capita disbursed by donors to the implementing agents (such as governments, national or international NGOs and international organizations) for countries with a population of over one million. Funds disbursed to the implementing institution are often spent in the country beyond the year in which they were disbursed by the donor.

As these disbursements also include donor-country funding to cover the cost of aspects such as their own administration activities in relation to a recipient country, they do not necessarily equate with the money available for countries to spend in the year in which they are recorded. The only way to track how much funding from

Table 1. The top 10 recipient countries in terms of ODA for health per capita, 2011

Country	Disbursements per capita (constant 2010 US$)
Swaziland	59.2
Lesotho	42.0
Namibia	40.8
Botswana	37.9
Zambia	30.7
Rwanda	28.0
Haiti	23.5
Timor-Leste	21.5
Malawi	20.5
Liberia	20.4

20. The proportion of DAH captured by OECD is not known exactly, but a recent report by the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) suggests that it is now around 70% having been lower in previous years. For more details see: http://www.healthmetricsandevaluation.org/publications/policy-report/financing-global-health-2012-end-golden-age

21. See: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=CRS1

Figure 10. Health expenditures and ODA disbursements per capita for health in low-income countries, 2000–2010

external sources such as ODA is spent in the recipient country to improve health is through national health accounts.

The WHO Global Health Expenditure Database[22] reports total health spending in all WHO Member States from all sources, domestic and external and is summarized in the World Health Statistics series (see **Part III**, **Table 7**). External sources include all forms of DAH including ODA. In low-income countries taken as a group, total health expenditure increased from US$ 13.0 per capita in 2000 to US$ 33.7 per capita in 2010 (Figure 10).[23] Just over one-third of this increase came from external funds or DAH, which more than quadrupled over the same period, from US$ 2.1 per capita to US$ 9.5 per capita. The amount of external funding that countries spend in a year is, in most cases, lower than the ODA disbursements reported by OECD, even taking into account delays in spending. The difference between the two figures can be partly explained by high overheads and transaction costs in delivering ODA. Nevertheless, the rate of increase in this funding has also been impressive, exceeding the rate of increase in funding from domestic sources. Despite this, external funding in absolute terms accounted for only US$ 7.4 per capita of the additional US$ 20.7 per capita spent on health in low-income countries as a group – the remaining US$ 13.3 deriving from domestic funds.

The average level of spending in low-income countries in 2010 – US$ 33.7 per capita – is still well below the minimum amount of US$ 44 per capita required to ensure that everyone can have access to a set of essential health services as suggested by the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems.[24] In addition, many other low- and middle-income countries are facing severe financial constraints, and their capacity to increase the availability and quality of health services over time will depend on their ability to increase both domestic and external funding, and to use them efficiently and equitably.

Is ODA falling?

There is increasing concern that the global financial crisis and subsequent economic recessions in high-income

[22] For more information see: http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx

[23] Values are unweighted averages and expressed in current United States dollars.

[24] *Constraints to Scaling Up and Costs*. Report of Working Group 1 of the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. See: http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Results___Evidence/HAE__results___lessons/WORKING%20GROUP%201%20REPORT%20-%20Constraints%20to%20Scaling%20Up%20and%20Costs.pdf

Figure 11. ODA commitments and disbursements for health reported to OECD, 2002–2011

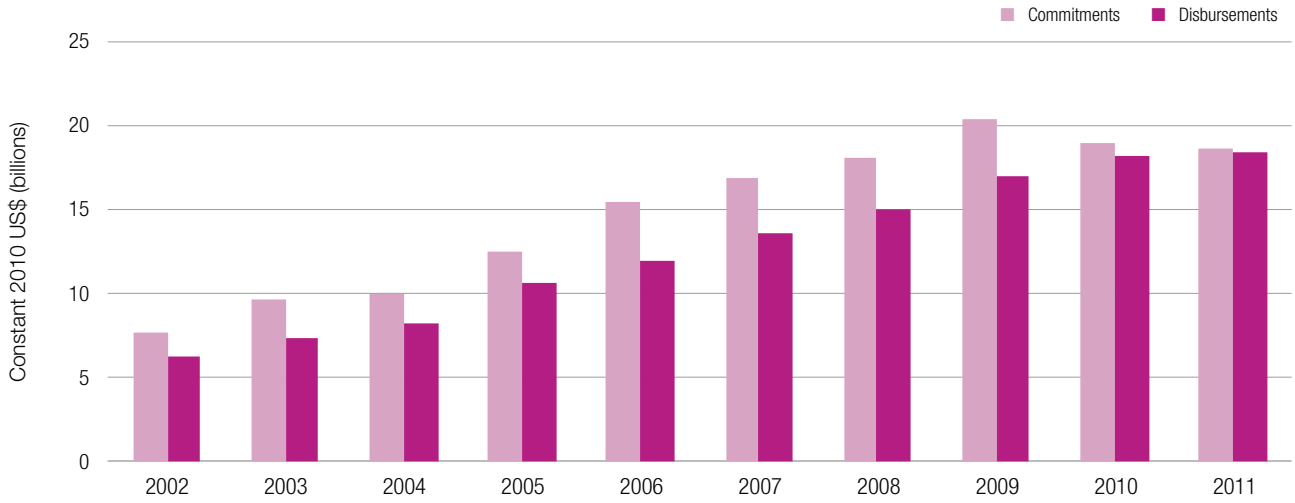
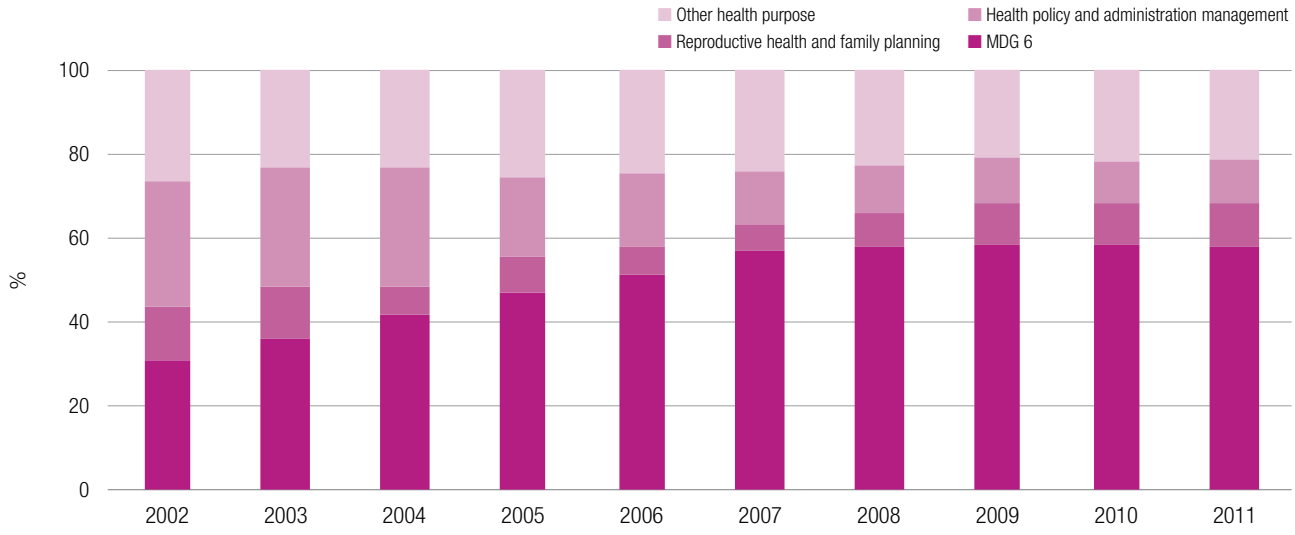


Figure 12. ODA disaggregated by health purpose



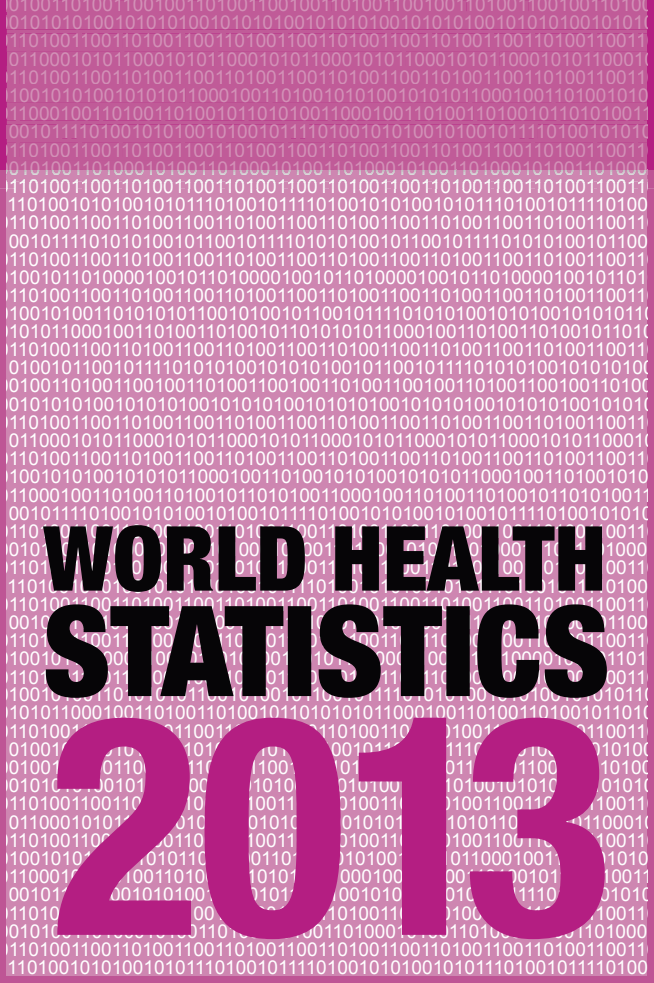
countries that are the traditional bilateral donors will lead to reduced levels of ODA. Following annual increases up to 2009, ODA commitments for health have decreased despite a continued increase in disbursements (Figure 11). Although disturbing, it is not yet clear whether this will mean a decline in the funding available to recipient countries to spend on improving health. It is hoped that the level of such funding arriving in low-income countries will not falter, with increasing flows from foundations and from non-traditional bilateral donors such as Brazil, China, India and the Gulf States potentially offsetting any falls observed in traditional funding flows.

Most ODA goes to MDG 6

OECD encourages donors reporting their aid flows to identify which area of health ("health purpose") they target. However, this is done using only one "tag". These OECD tags have been aggregated into the four categories shown in Figure 12. From 2002 to 2011, ODA disbursements for MDG 6 increased more than five-fold, from US$ 1.9 billion in 2002 to US$ 10.6 billion in 2011. During the period 2009–2011, MDG 6 accounted for 58% of all ODA for health disbursed globally (excluding budget support) with only 10% of

ODA for health allocated for reproductive health and family planning aspects of MDG 5 funding; 11% to health policy, administration and management; and 21% to other health purposes (which includes all other health problems). Once again, this does not mean that the money countries received to spend on MDG 6 activities increased by the same amounts, as this can only be tracked at the country level. Although many countries are now working to disaggregate their health spending by targeted health problem – particularly for women's and children's health – the results of this and the links between increased spending and improved health will be available only over the next few years. Such efforts have been boosted by activities such as the Global Strategy for Women's and Children's Health developed following the United Nations summit on the MDGs in 2010, the Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, and by the growing emphasis on making development cooperation more effective by engaging in country health-planning processes and supporting efforts such as the International Health Partnership.[25]

[25] For more information on the International Health Partnership and related initiatives (IHP+) see: http://www.internationalhealthpartnership.net



Part III

Global health indicators

General notes

The following summary tables represent the best estimates of WHO for a broad range of key public health indicators – based on evidence available in 2012. These best estimates have wherever possible been computed by WHO using standardized categories and methods in order to enhance cross-national comparability. This approach may result in some cases in differences between the estimates presented here and the official national statistics prepared and endorsed by individual Member States.[26]

It is also important to stress that these estimates are subject to considerable uncertainty, especially for countries with weak statistical and health information systems where the quality of underlying empirical data is limited.

For indicators with a reference period expressed as a range in Tables 4, 5, 6 and 9, figures refer to the latest available year in the range unless otherwise noted. For survey data, the year of the report is used to determine the latest available year to be consistent across indicators. For more information on specific years, indicator definitions and metadata, please refer to: http://www.who.int/gho

... indicates data not available or not applicable.

The WHO regional, income-group and global aggregates for rates and ratios are weighted averages when relevant, while for absolute numbers they are the sums. Aggregates are calculated only if data are available for at least 50% of the population within an indicated group. Income-group aggregates are calculated using the 2012 World Bank list of economies[27] unless otherwise noted.

---

[26] South Sudan became an independent state in July 2011 and a WHO Member State in September 2011. As the reported data shown here concern time periods before and after 2011, the term "Sudan (former)" refers to the state as it existed prior to July 2011 and is listed among the Member States.

[27] *World Bank list of economies* (July 2012). Washington, DC, World Bank, 2012. See: http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS.

1. Life expectancy and mortality

The indicators of life expectancy and mortality presented in Table 1 are: life expectancy at birth; life expectancy at age 60; stillbirth (fetal death) rate; neonatal mortality rate (the probability of death occurring during the first 28 days of life); infant and under-five mortality rates (the probability of dying between birth and 1 and 5 years of age, respectively); and adult mortality rate (the probability of dying between 15 and 60 years of age). Monitoring levels in child mortality has largely focused on liveborn infants with stillbirths often overlooked and underestimated. However, one third of all stillbirths occur during delivery from complications that can be avoided with appropriate care. Levels and trends for child mortality are also particularly relevant in understanding public health trends, with almost 20% of all deaths occurring among children less than 5 years old. The estimates of mortality presented here have been derived wherever possible from death-registration data reported annually to WHO. For countries where such data are not available or are of poor quality, household surveys and censuses are used to prepare estimates of mortality rates and life expectancy.

In the case of child mortality, WHO is part of the Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME) which carries out annual updates of estimates for infant and child mortality for UNICEF, WHO and other international agencies. As well as harmonizing the child mortality estimates used by its members, the IGME monitors progress towards the achievement of the relevant MDG target.[28]

[28] MDG 4; Target 4.A: Reduce by two thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate.

1. Life expectancy and mortality

Member State	Life expectancy at birth[a] (years)						Life expectancy at age 60[a] (years)					
	Both sexes		Male		Female		Both sexes		Male		Female	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011
Afghanistan	49	60	48	59	49	61	14	16	13	15	15	16
Albania	69	74	67	73	71	75	16	19	15	18	18	20
Algeria	67	73	66	71	68	74	18	19	17	18	19	20
Andorra	77	82	74	79	81	85	22	25	19	23	24	27
Angola	41	51	39	50	43	53	14	16	13	15	14	16
Antigua and Barbuda	70	75	69	73	71	76	17	22	17	21	17	23
Argentina	73	76	69	72	76	79	20	21	17	19	22	23
Armenia	67	71	63	67	71	75	16	17	14	15	18	19
Australia	77	82	74	80	80	84	21	25	19	23	23	26
Austria	76	81	73	78	79	84	21	24	18	22	22	26
Azerbaijan	63	71	60	69	66	74	17	19	15	17	18	20
Bahamas	71	75	68	72	74	78	20	22	18	21	21	24
Bahrain	73	79	73	78	74	80	18	22	18	21	18	23
Bangladesh	60	70	60	69	59	70	17	18	17	18	17	18
Barbados	74	78	71	75	77	80	20	23	18	21	22	25
Belarus	71	71	66	66	76	77	19	18	16	14	21	21
Belgium	76	80	73	78	80	83	21	24	18	22	23	25
Belize	73	74	71	71	75	76	21	21	20	20	22	22
Benin	48	57	45	56	50	59	15	16	14	16	16	17
Bhutan	55	67	53	66	56	69	16	18	15	18	16	19
Bolivia (Plurinational State of)	59	67	57	65	60	69	16	18	15	17	17	19
Bosnia and Herzegovina	73	76	70	74	76	78	18	20	17	19	19	21
Botswana	65	66	63	64	66	67	16	17	15	16	17	18
Brazil	67	74	64	71	70	78	18	21	17	19	19	23
Brunei Darussalam	74	77	71	76	76	78	19	21	17	20	21	21
Bulgaria	71	74	68	71	75	78	18	20	16	17	20	22
Burkina Faso	47	56	45	54	49	57	13	15	12	14	13	15
Burundi	48	53	47	52	50	54	15	16	14	15	15	16
Cambodia	56	65	54	64	58	66	15	16	14	15	16	17
Cameroon	54	53	52	51	55	54	16	16	15	15	16	17
Canada	77	82	74	80	80	84	22	25	19	23	24	26
Cape Verde	69	72	67	68	70	76	20	19	20	18	20	21
Central African Republic	47	48	45	47	49	50	15	16	14	15	16	16
Chad	48	51	46	50	51	53	15	15	14	14	16	16
Chile	73	79	69	76	76	82	19	23	17	21	21	25
China	69	76	67	74	71	77	18	20	16	19	19	21
Colombia	71	78	68	74	75	81	21	24	20	23	22	25
Comoros	56	62	54	60	58	63	15	16	14	15	16	17
Congo	56	58	55	57	58	59	17	17	16	16	17	18
Cook Islands	70	77	67	73	73	82	17	23	17	19	19	26
Costa Rica	77	79	75	77	79	81	22	23	21	22	23	25
Côte d'Ivoire	51	56	49	55	53	58	16	17	15	16	16	17
Croatia	73	77	69	74	76	80	18	21	16	19	20	23
Cuba	74	78	73	76	76	80	20	22	19	21	21	23
Cyprus	76	81	74	79	79	84	20	24	19	23	22	25
Czech Republic	72	78	68	75	76	81	17	22	15	19	20	23
Democratic People's Republic of Korea	70	69	66	65	73	72	17	17	15	14	19	19
Democratic Republic of the Congo	48	49	46	48	49	51	15	15	14	15	15	16
Denmark	75	79	72	77	78	82	20	23	18	21	22	24

Stillbirth rate[b] (per 1000 total births)	Neonatal mortality rate[c] (per 1000 live births)		MDG 4 Infant mortality rate[c] (probability of dying by age 1 per 1000 live births)			MDG 4 Under-five mortality rate[c] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)			Adult mortality rate[a] (probability of dying between 15 and 60 years of age per 1000 population)				Member State
	Both sexes		Both sexes			Both sexes			Male		Female		
2009	1990	2011	1990	2000	2011	1990	2000	2011	1990	2011	1990	2011	
29	50	36	129	95	73	192	136	101	398	289	366	245	Afghanistan
5	17	7	36	23	13	41	26	14	158	123	104	87	Albania
11	29	17	54	39	26	66	46	30	182	123	160	100	Algeria
3	2	1	7	4	3	8	5	3	143	93	60	44	Andorra
25	53	43	144	119	96	243	199	158	509	383	418	331	Angola
7	13	4	23	13	6	27	15	8	204	203	145	164	Antigua and Barbuda
5	16	7	24	18	13	28	20	14	196	154	102	85	Argentina
15	23	11	40	26	16	47	30	18	279	228	135	94	Armenia
3	5	3	8	5	4	9	6	5	124	80	66	46	Australia
4	4	2	8	5	4	9	6	4	153	94	74	49	Austria
12	31	19	75	57	39	95	69	45	288	175	161	85	Azerbaijan
9	9	7	18	14	14	22	17	16	262	190	147	116	Bahamas
9	7	4	18	11	9	21	12	10	105	69	107	51	Bahrain
36	52	26	97	62	37	139	84	46	196	163	211	136	Bangladesh
9	9	10	16	15	18	18	17	20	188	122	109	70	Barbados
4	8	3	14	11	4	17	14	6	282	307	107	103	Belarus
3	4	2	9	5	4	10	6	4	139	102	75	59	Belgium
12	18	8	35	22	15	44	26	17	165	210	101	139	Belize
24	40	31	107	87	68	177	140	106	478	326	375	270	Benin
22	44	25	96	65	42	138	89	54	335	210	284	157	Bhutan
17	37	22	83	59	39	120	81	51	283	222	228	165	Bolivia (Plurinational State of)
4	12	5	17	8	7	19	10	8	181	141	86	66	Bosnia and Herzegovina
16	21	11	41	51	20	53	81	26	274	301	212	238	Botswana
10	27	10	49	31	14	58	36	16	270	202	149	100	Brazil
6	7	4	9	7	6	12	10	7	147	105	110	71	Brunei Darussalam
7	12	7	19	18	11	22	21	12	216	194	97	86	Bulgaria
26	41	34	105	95	82	208	182	146	459	298	355	236	Burkina Faso
28	49	43	110	100	86	183	165	139	418	370	356	321	Burundi
18	37	19	85	76	36	117	102	43	360	260	292	220	Cambodia
26	36	33	90	86	79	145	140	127	351	415	296	372	Cameroon
3	4	4	7	5	5	8	6	6	132	84	71	53	Canada
16	21	10	45	32	18	58	39	21	248	269	150	103	Cape Verde
24	46	46	112	112	108	169	172	164	530	466	424	420	Central African Republic
29	47	42	113	105	97	208	189	169	417	373	301	311	Chad
9	9	5	16	9	8	19	11	9	196	113	98	58	Chile
10	23	9	39	29	13	49	35	15	171	112	125	81	China
6	19	11	28	21	15	34	25	18	230	154	115	76	Colombia
27	40	32	86	72	59	122	100	79	347	275	284	229	Comoros
26	35	32	75	70	64	119	109	99	364	332	291	287	Congo
9	9	5	16	15	8	19	17	10	252	168	154	77	Cook Islands
5	10	6	15	11	9	17	13	10	129	114	86	66	Costa Rica
27	47	41	104	95	81	151	139	115	411	348	346	310	Côte d'Ivoire
3	8	3	11	7	4	13	8	5	224	140	89	60	Croatia
8	7	3	11	7	5	13	9	6	155	119	111	75	Cuba
3	5	1	10	5	3	11	7	3	110	79	61	38	Cyprus
3	10	2	13	6	3	14	7	4	230	132	95	60	Czech Republic
13	22	17	23	42	26	45	58	33	176	203	91	131	Democratic People's Republic of Korea
29	49	47	117	117	111	181	181	168	425	411	365	358	Democratic Republic of the Congo
2	4	2	7	5	3	9	6	4	152	103	99	62	Denmark

1. Life expectancy and mortality

Member State	Life expectancy at birth[a] (years)						Life expectancy at age 60[a] (years)					
	Both sexes		Male		Female		Both sexes		Male		Female	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011
Djibouti	55	58	53	57	56	60	15	15	14	15	16	16
Dominica	73	74	71	72	75	77	20	21	19	21	21	22
Dominican Republic	69	73	68	72	70	73	19	20	19	20	19	20
Ecuador	70	76	67	73	72	79	20	23	19	22	21	24
Egypt	63	73	62	71	64	75	15	18	15	17	16	20
El Salvador	66	72	61	68	70	76	19	21	19	20	20	22
Equatorial Guinea	47	54	46	53	49	55	15	15	14	15	15	16
Eritrea	49	61	47	59	51	64	12	15	11	13	13	16
Estonia	70	76	65	71	75	81	18	22	15	18	20	24
Ethiopia	46	60	43	59	48	62	15	17	14	16	15	18
Fiji	66	70	64	67	68	72	15	17	14	15	16	18
Finland	75	81	71	78	79	84	20	24	17	22	22	26
France	78	82	73	78	82	85	22	25	20	23	25	27
Gabon	61	62	59	61	63	64	17	18	16	17	18	19
Gambia	52	58	51	57	54	60	13	13	13	13	13	14
Georgia	69	72	66	68	73	76	18	18	17	16	19	20
Germany	76	81	72	78	79	83	20	24	18	22	22	25
Ghana	57	64	55	62	58	65	16	18	16	17	17	19
Greece	77	81	75	78	80	84	21	24	20	22	23	26
Grenada	71	74	69	71	74	77	19	21	17	19	20	22
Guatemala	63	69	61	66	66	73	18	20	17	20	19	21
Guinea	44	55	43	54	45	56	14	16	13	15	14	17
Guinea-Bissau	45	50	43	48	46	52	14	15	13	14	15	16
Guyana	63	63	59	60	66	67	16	15	14	13	18	17
Haiti	54	63	53	61	56	64	15	16	14	16	15	17
Honduras	67	74	65	72	69	76	18	21	17	20	19	22
Hungary	69	75	65	71	74	79	17	20	15	17	19	22
Iceland	78	82	75	81	81	84	22	24	20	23	24	26
India	58	65	58	64	59	67	15	17	14	16	16	18
Indonesia	62	69	60	68	63	71	16	18	15	17	17	19
Iran (Islamic Republic of)	60	73	56	72	64	75	16	20	16	19	16	20
Iraq	67	69	62	65	72	72	19	18	17	15	21	20
Ireland	75	81	72	79	78	83	19	24	17	22	21	25
Israel	77	82	75	80	79	84	21	25	20	23	22	26
Italy	77	82	74	80	80	85	21	25	19	23	23	27
Jamaica	70	75	66	71	74	78	19	22	18	20	21	23
Japan	79	83	76	79	82	86	23	26	20	23	25	28
Jordan	70	74	69	72	72	75	19	19	18	19	19	20
Kazakhstan	66	67	61	62	70	72	17	16	15	14	19	18
Kenya	60	60	58	58	62	61	17	17	16	16	18	18
Kiribati	64	67	63	65	65	71	19	21	18	22	20	20
Kuwait	73	80	71	80	75	80	18	23	17	23	19	23
Kyrgyzstan	65	69	62	65	69	72	18	17	16	16	19	19
Lao People's Democratic Republic	54	68	53	66	55	69	15	17	14	16	16	18
Latvia	70	74	64	69	75	78	18	20	15	16	20	22
Lebanon	66	74	62	72	70	76	17	18	15	17	18	20
Lesotho	60	50	58	49	62	50	16	16	15	15	16	17
Liberia	40	59	37	58	43	60	13	16	12	15	14	16
Libya	67	65	65	58	70	74	16	19	15	17	18	21

Stillbirth rate[b] (per 1000 total births)	Neonatal mortality rate[c] (per 1000 live births)		MDG 4 Infant mortality rate[c] (probability of dying by age 1 per 1000 live births)			MDG 4 Under-five mortality rate[c] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)			Adult mortality rate[a] (probability of dying between 15 and 60 years of age per 1000 population)				Member State
	Both sexes		Both sexes			Both sexes			Male		Female		
2009	1990	2011	1990	2000	2011	1990	2000	2011	1990	2011	1990	2011	
34	39	33	94	83	72	122	106	90	375	352	315	308	Djibouti
11	12	8	14	13	11	17	15	12	194	222	145	118	Dominica
12	26	14	45	31	21	58	39	25	183	165	155	148	Dominican Republic
12	19	10	41	28	20	52	34	23	219	162	141	89	Ecuador
13	20	7	63	36	18	86	44	21	232	141	178	85	Egypt
14	18	6	47	28	13	60	34	15	327	294	162	138	El Salvador
17	47	37	118	98	80	190	152	118	427	369	369	331	Equatorial Guinea
21	32	21	86	64	46	138	98	68	528	347	441	259	Eritrea
4	12	2	16	8	3	20	11	4	301	207	107	69	Estonia
26	52	31	118	86	52	198	139	77	475	306	377	265	Ethiopia
13	12	8	25	19	14	30	22	16	268	244	195	153	Fiji
2	4	2	6	4	2	7	4	3	183	116	70	51	Finland
4	3	2	7	4	3	9	5	4	162	113	67	53	France
17	32	24	69	60	49	94	82	66	281	300	228	266	Gabon
26	44	34	78	67	58	165	130	101	348	295	297	237	Gambia
17	27	15	40	29	18	47	33	21	240	227	109	88	Georgia
2	4	2	7	4	3	9	5	4	157	96	77	51	Germany
22	38	29	76	64	52	121	99	78	318	252	275	217	Ghana
3	9	3	12	7	4	13	8	4	117	102	56	43	Greece
11	10	7	17	13	10	21	16	13	215	196	150	122	Grenada
10	28	15	56	37	24	78	48	30	288	282	198	155	Guatemala
24	52	39	135	105	79	228	175	126	451	348	396	294	Guinea
30	50	44	125	111	98	210	186	161	455	405	396	352	Guinea-Bissau
17	29	20	48	39	29	63	49	36	371	379	231	258	Guyana
15	37	25	99	73	53	143	102	70	341	258	286	223	Haiti
18	22	11	43	29	18	55	35	21	222	163	163	114	Honduras
4	13	4	17	10	5	19	11	6	304	208	133	93	Hungary
2	3	1	5	3	2	6	4	3	112	64	69	38	Iceland
22	47	32	81	64	47	114	88	61	302	247	243	159	India
15	29	15	54	38	25	82	53	32	286	200	243	166	Indonesia
13	27	14	47	35	21	61	44	25	380	154	213	85	Iran (Islamic Republic of)
9	23	20	37	34	31	46	43	38	270	207	120	116	Iraq
3	5	2	8	6	3	9	7	4	133	85	81	51	Ireland
3	6	2	10	6	4	12	7	4	107	75	71	44	Israel
3	6	2	8	5	3	10	6	4	129	73	60	40	Italy
13	19	11	28	22	16	35	26	18	252	188	135	103	Jamaica
3	3	1	5	3	2	6	5	3	109	84	53	46	Japan
13	19	12	31	24	18	37	28	21	189	146	142	99	Jordan
5	24	14	48	37	25	57	42	28	318	337	150	152	Kazakhstan
22	32	27	64	70	48	98	113	73	295	346	233	294	Kenya
13	28	19	64	50	38	88	65	47	246	340	226	164	Kiribati
5	10	5	14	11	9	17	13	11	141	61	89	44	Kuwait
10	28	16	58	41	27	70	47	31	290	279	156	135	Kyrgyzstan
14	38	17	102	60	34	148	81	42	351	204	303	164	Lao People's Democratic Republic
4	13	5	17	15	7	21	17	8	311	237	118	89	Latvia
9	16	5	27	16	8	33	19	9	309	148	163	99	Lebanon
25	45	39	71	83	63	88	117	86	303	583	247	541	Lesotho
27	49	27	161	112	58	241	164	78	602	331	461	292	Liberia
10	21	10	33	22	13	44	27	16	233	411	164	134	Libya

1. Life expectancy and mortality

Member State	Life expectancy at birth[a] (years)						Life expectancy at age 60[a] (years)					
	Both sexes		Male		Female		Both sexes		Male		Female	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011
Lithuania	71	74	66	68	76	79	19	20	17	17	21	23
Luxembourg	76	82	72	79	79	84	20	24	18	22	23	26
Madagascar	52	66	50	65	53	68	15	18	15	18	16	19
Malawi	47	58	45	57	48	58	15	17	14	16	15	18
Malaysia	71	74	69	72	74	76	18	19	16	18	19	20
Maldives	58	77	60	76	57	78	14	20	15	20	13	20
Mali	43	51	41	50	44	53	12	14	12	13	13	14
Malta	76	80	74	79	78	82	19	23	18	22	21	24
Marshall Islands	62	60	59	59	65	60	15	12	13	13	18	12
Mauritania	56	59	54	57	58	60	14	14	13	14	14	15
Mauritius	70	74	66	70	73	78	17	20	15	18	19	22
Mexico	71	75	68	72	74	78	21	21	20	20	22	22
Micronesia (Federated States of)	66	69	65	67	67	70	17	17	16	16	17	18
Monaco	77	82	74	79	81	85	22	25	20	23	25	27
Mongolia	63	68	59	64	66	73	17	17	15	15	19	19
Montenegro	76	76	73	73	79	78	22	20	19	18	23	21
Morocco	65	72	63	70	66	74	17	18	16	17	17	20
Mozambique	43	53	42	52	45	53	14	16	13	16	15	17
Myanmar	58	65	56	63	60	67	15	17	15	16	16	17
Namibia	62	65	60	64	64	66	16	18	15	17	17	19
Nauru	70	71	66	68	74	76	17	17	15	14	19	19
Nepal	55	68	54	67	55	69	15	17	14	16	15	18
Netherlands	77	81	74	79	80	83	21	24	18	22	23	25
New Zealand	75	81	73	79	78	83	20	25	18	23	22	26
Nicaragua	71	73	69	70	74	76	22	21	21	19	24	22
Niger	40	56	40	55	41	57	13	14	13	14	13	14
Nigeria	46	53	45	52	47	54	15	16	14	15	15	16
Niue	75	72	71	65	79	82	21	20	19	16	22	25
Norway	77	81	74	79	80	83	21	24	18	22	23	26
Oman	70	72	69	70	72	76	20	17	19	15	20	19
Pakistan	61	67	60	66	62	68	17	18	17	17	18	18
Palau	68	72	63	68	75	77	18	19	15	16	21	22
Panama	73	77	72	74	75	80	21	23	20	22	22	24
Papua New Guinea	56	63	54	61	59	65	13	15	12	13	15	17
Paraguay	73	75	70	72	75	78	21	21	19	20	22	23
Peru	70	77	68	75	72	78	21	22	20	21	22	23
Philippines	66	69	63	66	70	73	18	18	17	16	19	19
Poland	71	76	67	72	76	81	18	21	15	18	20	23
Portugal	74	80	71	77	78	83	20	23	18	21	22	25
Qatar	75	82	75	83	75	81	19	25	20	27	19	24
Republic of Korea	72	81	68	77	76	84	18	24	15	21	20	26
Republic of Moldova	68	71	64	67	71	75	17	18	16	15	18	19
Romania	70	74	66	70	73	78	18	20	17	17	19	22
Russian Federation	69	69	63	63	74	75	18	18	15	14	20	20
Rwanda	43	60	41	58	46	61	15	16	14	16	16	17
Saint Kitts and Nevis	68	74	65	71	71	77	17	19	16	17	19	21
Saint Lucia	72	75	70	71	74	79	20	21	19	19	20	23
Saint Vincent and the Grenadines	71	74	68	71	74	76	19	21	18	19	21	22
Samoa	66	73	64	70	69	76	16	19	14	16	17	21

Stillbirth rate[b] (per 1000 total births)	Neonatal mortality rate[c] (per 1000 live births)		MDG 4 Infant mortality rate[c] (probability of dying by age 1 per 1000 live births)			MDG 4 Under-five mortality rate[c] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)			Adult mortality rate[a] (probability of dying between 15 and 60 years of age per 1000 population)				Member State
	Both sexes		Both sexes			Both sexes			Male		Female		
2009	1990	2011	1990	2000	2011	1990	2000	2011	1990	2011	1990	2011	
4	10	3	14	9	5	17	12	6	287	267	107	92	Lithuania
3	4	1	7	4	2	8	5	3	160	84	79	52	Luxembourg
21	40	23	98	67	43	161	104	62	365	213	315	167	Madagascar
24	48	27	134	98	53	227	164	83	407	384	332	347	Malawi
6	9	3	15	9	6	17	11	7	209	174	128	90	Malaysia
13	36	6	76	41	9	105	53	11	256	91	322	61	Maldives
23	58	49	132	114	98	257	214	176	476	369	395	304	Mali
3	7	4	10	7	5	11	8	6	107	77	62	42	Malta
15	19	12	41	31	22	52	38	26	385	433	329	392	Marshall Islands
27	43	40	81	78	76	125	118	112	320	287	250	218	Mauritania
9	16	9	21	16	13	24	19	15	263	208	121	94	Mauritius
5	17	7	38	24	13	49	29	16	215	177	120	95	Mexico
14	21	17	44	39	34	56	49	42	212	177	188	152	Micronesia (Federated States of)
3	4	2	6	4	3	8	5	4	155	110	67	51	Monaco
11	27	12	76	49	26	107	63	31	245	309	187	147	Mongolia
3	11	5	16	11	7	18	13	7	164	154	73	81	Montenegro
20	35	19	64	44	28	81	53	33	215	141	158	89	Morocco
28	53	34	151	116	72	226	172	103	480	457	398	421	Mozambique
20	42	30	77	62	48	107	84	62	320	231	270	181	Myanmar
15	29	18	49	48	30	73	74	42	288	282	228	242	Namibia
17	22	22	32	32	32	40	40	40	181	105	106	57	Nauru
23	51	27	94	62	39	135	83	48	338	183	322	157	Nepal
3	5	3	7	5	3	8	6	4	116	72	67	55	Netherlands
4	4	3	9	6	5	11	7	6	143	85	93	55	New Zealand
14	25	12	50	34	22	66	42	26	170	204	122	119	Nicaragua
23	49	32	133	97	66	314	216	125	428	312	377	272	Niger
42	51	39	127	113	78	214	188	124	411	393	360	360	Nigeria
12	7	10	12	25	18	14	29	21	156	292	62	33	Niue
2	4	2	7	4	3	8	5	3	128	77	65	49	Norway
7	21	5	36	18	7	48	22	9	181	157	136	78	Oman
47	48	36	95	76	59	122	95	72	218	186	195	152	Pakistan
12	14	9	27	20	14	32	25	19	289	231	112	109	Palau
10	14	9	26	21	17	33	26	20	146	148	101	82	Panama
15	29	23	64	54	45	88	72	58	433	312	329	235	Papua New Guinea
19	24	13	41	29	19	53	35	22	137	176	99	97	Paraguay
10	26	9	54	30	14	75	39	18	162	119	122	93	Peru
16	22	12	40	29	20	57	39	25	271	256	153	137	Philippines
3	11	3	15	8	5	17	10	6	263	191	102	72	Poland
3	7	2	11	6	3	15	7	3	176	117	80	50	Portugal
8	10	4	17	11	6	20	13	8	94	74	82	52	Qatar
3	3	2	6	5	4	8	6	5	236	102	102	42	Republic of Korea
9	15	8	29	20	14	35	24	16	285	269	155	109	Republic of Moldova
4	17	8	31	23	11	37	27	13	239	209	114	84	Romania
10	13	6	23	18	10	27	21	12	318	351	117	131	Russian Federation
23	39	21	95	109	38	156	183	54	581	344	479	291	Rwanda
10	17	5	22	13	6	28	16	7	272	170	193	83	Saint Kitts and Nevis
15	13	9	18	15	14	23	18	16	208	180	148	88	Saint Lucia
10	16	13	21	19	20	27	22	21	217	176	140	115	Saint Vincent and the Grenadines
10	11	8	25	19	16	30	23	19	295	177	188	105	Samoa

1. Life expectancy and mortality

Member State	Life expectancy at birth[a] (years)						Life expectancy at age 60[a] (years)					
	Both sexes		Male		Female		Both sexes		Male		Female	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011
San Marino	79	83	76	82	83	83	23	25	20	24	25	25
Sao Tome and Principe	61	63	60	62	62	65	17	18	17	17	17	18
Saudi Arabia	69	75	67	74	71	77	17	19	16	18	18	21
Senegal	54	61	53	60	55	62	13	13	13	13	13	14
Serbia	72	74	69	72	75	77	19	19	17	17	20	20
Seychelles	69	74	64	69	75	78	17	20	14	17	21	23
Sierra Leone	39	47	39	46	40	47	11	11	11	11	10	10
Singapore	75	82	73	80	78	85	20	25	18	23	21	26
Slovakia	71	76	67	72	75	80	18	20	15	18	20	23
Slovenia	74	80	70	77	78	83	20	23	17	21	22	25
Solomon Islands	62	70	62	68	62	71	15	17	15	16	16	18
Somalia	46	50	44	48	48	52	14	15	14	15	15	16
South Africa	63	58	59	57	67	60	16	17	14	15	18	18
South Sudan	45	54	44	53	46	55	14	16	14	16	15	17
Spain	77	82	73	79	80	85	21	25	19	22	23	27
Sri Lanka	69	75	64	71	74	78	20	20	18	18	21	22
Sudan	55	62	53	60	57	64	16	17	16	17	17	18
Sudan (former)	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Suriname	67	72	64	69	70	76	17	20	16	18	19	22
Swaziland	61	50	59	49	62	51	16	16	15	15	17	17
Sweden	78	82	75	80	80	84	21	24	19	23	23	25
Switzerland	78	83	74	80	81	85	22	25	19	23	24	27
Syrian Arab Republic	71	75	70	73	72	77	19	20	18	19	19	21
Tajikistan	63	68	62	67	64	69	18	17	17	17	18	17
Thailand	67	74	64	71	71	77	17	21	15	19	18	22
The former Yugoslav Republic of Macedonia	72	75	70	73	75	77	19	19	18	18	20	20
Timor-Leste	48	64	47	63	49	65	13	16	13	15	14	17
Togo	53	56	51	55	55	58	16	17	15	16	16	17
Tonga	68	72	64	73	73	70	16	19	14	18	19	19
Trinidad and Tobago	69	71	66	66	71	75	18	18	16	16	19	21
Tunisia	70	76	69	74	72	78	19	20	18	19	19	21
Turkey	66	76	64	73	68	78	17	20	16	18	18	22
Turkmenistan	62	63	59	60	65	67	16	16	14	15	17	17
Tuvalu	62	64	60	65	63	64	14	15	13	14	16	15
Uganda	43	56	40	54	46	57	15	17	14	16	16	17
Ukraine	70	71	66	65	75	76	18	18	16	15	20	20
United Arab Emirates	71	76	70	75	73	77	18	19	17	18	18	19
United Kingdom	76	80	73	79	79	82	20	24	18	22	22	25
United Republic of Tanzania	51	59	50	58	53	61	16	17	15	17	16	18
United States of America	75	79	72	76	79	81	21	23	19	21	23	24
Uruguay	73	77	69	73	76	80	19	21	17	19	21	24
Uzbekistan	66	68	63	66	70	71	18	17	16	16	20	18
Vanuatu	66	72	64	71	67	74	16	18	16	17	17	19
Venezuela (Bolivarian Republic of)	72	75	70	72	74	79	20	23	19	21	21	24
Viet Nam	67	75	65	73	69	77	18	21	17	20	19	22
Yemen	55	64	54	63	57	66	14	17	13	16	15	17
Zambia	45	55	43	54	46	56	15	16	15	16	16	17
Zimbabwe	60	54	57	53	62	55	18	18	17	17	18	19

Stillbirth rate[b] (per 1000 total births)	Neonatal mortality rate[c] (per 1000 live births)		MDG 4 Infant mortality rate[c] (probability of dying by age 1 per 1000 live births)			MDG 4 Under-five mortality rate[c] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)			Adult mortality rate[a] (probability of dying between 15 and 60 years of age per 1000 population)				Member State
	Both sexes		Both sexes			Both sexes			Male		Female		
2009	1990	2011	1990	2000	2011	1990	2000	2011	1990	2011	1990	2011	
3	5	1	11	5	2	12	5	2	80	56	40	46	San Marino
22	31	29	62	60	58	96	93	89	267	234	231	189	Sao Tome and Principe
8	20	5	34	18	8	43	21	9	178	92	131	70	Saudi Arabia
34	40	26	69	67	47	136	130	65	346	293	295	239	Senegal
5	15	4	25	11	6	29	13	7	184	175	94	86	Serbia
9	10	9	14	12	12	17	14	14	317	220	127	101	Seychelles
30	58	49	158	146	119	267	241	185	526	459	506	438	Sierra Leone
2	4	1	6	3	2	8	4	3	152	72	93	41	Singapore
4	12	4	16	10	7	18	12	8	269	170	103	70	Slovakia
3	5	2	9	5	2	10	5	3	207	118	81	51	Slovenia
15	17	10	34	25	18	42	31	22	309	201	281	159	Solomon Islands
30	50	50	108	108	108	180	180	180	489	399	384	316	Somalia
20	26	19	48	52	35	62	74	47	334	474	190	407	South Africa
…	50	38	129	100	76	217	165	121	447	378	390	344	South Sudan
3	7	3	9	6	4	11	7	4	146	91	60	41	Spain
17	16	8	24	16	11	29	19	12	318	191	128	77	Sri Lanka
…	38	31	77	67	57	123	104	86	360	279	279	216	Sudan
24	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sudan (former)
15	24	16	44	35	26	52	40	30	265	194	175	111	Suriname
18	32	35	61	77	69	83	114	104	306	558	248	504	Swaziland
3	3	1	6	3	2	7	4	3	114	71	66	44	Sweden
3	4	3	7	5	4	8	6	4	126	69	62	41	Switzerland
12	18	9	30	19	13	36	23	15	175	132	128	75	Syrian Arab Republic
12	35	25	89	76	53	114	95	63	217	180	180	156	Tajikistan
4	18	8	29	16	11	35	19	12	285	207	158	102	Thailand
6	17	6	34	14	9	38	16	10	153	137	87	74	The former Yugoslav Republic of Macedonia
14	48	24	135	86	46	180	109	54	442	259	399	224	Timor-Leste
25	42	36	85	79	73	147	128	110	373	359	307	313	Togo
9	12	8	21	17	13	25	20	15	314	123	128	242	Tonga
9	23	18	32	28	25	37	32	28	241	222	157	104	Trinidad and Tobago
10	23	9	40	25	14	51	30	16	146	134	102	72	Tunisia
11	29	9	60	28	12	72	35	15	209	123	144	68	Turkey
13	31	22	75	59	45	94	71	53	301	375	192	201	Turkmenistan
12	22	14	45	35	25	58	43	30	273	251	280	283	Tuvalu
25	39	28	106	86	58	178	141	90	644	410	516	363	Uganda
8	8	5	17	16	9	19	19	10	287	310	112	120	Ukraine
4	12	4	19	11	6	22	12	7	158	85	114	64	United Arab Emirates
4	5	3	8	6	4	9	7	5	129	91	78	57	United Kingdom
26	41	25	97	78	45	158	126	68	405	363	338	322	United Republic of Tanzania
3	6	4	9	7	6	11	9	8	172	131	91	77	United States of America
9	11	5	20	15	9	23	17	10	196	152	98	80	Uruguay
6	20	15	62	51	42	75	61	49	250	213	144	132	Uzbekistan
13	16	7	31	20	11	39	23	13	258	166	210	117	Vanuatu
11	15	8	26	19	13	31	22	15	178	198	117	90	Venezuela (Bolivarian Republic of)
13	22	12	36	26	17	50	34	22	227	128	176	87	Viet Nam
23	43	32	89	71	57	126	99	77	358	234	295	185	Yemen
26	43	27	114	91	53	193	154	83	534	426	470	377	Zambia
20	32	30	53	63	43	79	106	67	395	501	287	473	Zimbabwe

1. Life expectancy and mortality

	Life expectancy at birth[a] (years)						Life expectancy at age 60[a] (years)					
	Both sexes		Male		Female		Both sexes		Male		Female	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011	1990	2011
Ranges of country values												
Minimum	39	47	37	46	40	47	11	11	11	11	10	10
Median	68	73	64	70	71	76	18	19	16	17	19	20
Maximum	79	83	76	83	83	86	23	26	21	27	25	28
WHO region												
African Region	50	56	48	55	51	58	15	16	14	16	16	17
Region of the Americas	71	76	68	73	75	79	20	22	18	21	22	24
South-East Asia Region	59	67	58	65	60	69	15	17	15	16	16	18
European Region	72	76	68	72	76	79	19	21	17	19	21	23
Eastern Mediterranean Region	61	68	59	67	63	70	17	18	16	17	17	19
Western Pacific Region	70	76	68	74	72	78	18	21	17	20	20	22
Income group												
Low income	52	60	51	59	54	61	16	17	15	16	16	17
Lower middle income	59	66	58	64	61	68	16	17	15	16	17	18
Upper middle income	68	74	66	72	71	76	18	20	16	19	19	21
High income	76	80	72	78	79	83	21	24	18	22	23	26
Global	64	70	62	68	67	72	18	20	17	19	20	21

[a] *Mortality Data*. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/index.html).

[b] Cousens S et al. (2011). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*, Apr 16, 377(9774):1319–1330. Income-group aggregates are based on the 2010 World Bank list of economies.

[c] *Levels & Trends in Child Mortality*. Report 2012. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York, UNICEF, 2012 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2012.pdf).

Stillbirth rate[b] (per 1000 total births)	Neonatal mortality rate[c] (per 1000 live births)		MDG 4 Infant mortality rate[c] (probability of dying by age 1 per 1000 live births)			MDG 4 Under-five mortality rate[c] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)			Adult mortality rate[a] (probability of dying between 15 and 60 years of age per 1000 population)				
	Both sexes		Both sexes			Both sexes			Male		Female		
2009	1990	2011	1990	2000	2011	1990	2000	2011	1990	2011	1990	2011	
2	2	1	5	3	2	6	4	2	80	56	40	33	Minimum
12	20	10	36	27	17	47	32	20	257	201	149	104	Median
47	58	50	161	146	119	314	241	185	644	583	516	541	Maximum
28	45	34	106	93	68	175	153	107	414	362	339	317	African Region
7	18	8	33	23	13	42	27	16	204	160	114	89	Region of the Americas
22	44	29	77	59	42	109	81	55	291	230	234	155	South-East Asia Region
6	14	6	27	17	11	32	21	13	215	183	96	81	European Region
27	36	25	73	58	44	99	77	58	267	180	202	130	Eastern Mediterranean Region
10	21	9	37	27	13	48	34	16	173	118	120	81	Western Pacific Region
26	46	32	103	85	63	164	133	95	364	288	308	245	Low income
21	41	28	76	62	46	110	88	62	297	242	231	167	Lower middle income
9	22	10	40	30	16	51	37	20	213	161	131	97	Upper middle income
3	6	3	10	7	5	12	8	6	159	109	78	59	High income
19	32	22	61	51	37	87	73	51	240	190	166	129	Global

2. Cause-specific mortality and morbidity

Table 2 brings together indicators on the levels and distribution of the broad categories and more-specific causes of deaths. The three broad categories shown are communicable and noncommunicable conditions, and deaths caused by injury. Estimates are also provided of the number of deaths among children under 5 years old, and the percentage distributions of the major causes of such deaths. These causes include: HIV/AIDS, diarrhoea; other major communicable diseases such as measles, malaria and pneumonia; conditions arising in the perinatal period such as prematurity, birth asphyxia, neonatal sepsis and congenital anomalies; and deaths caused by other diseases and by injury. Estimates are also given of age-standardized all-cause mortality rates among adults aged 30–70 years and of the numbers of such deaths caused by cancer, cardiovascular disease and diabetes, and chronic respiratory conditions. Table 2 also includes point estimates for key MDG-related indicators, including maternal mortality, and mortality and morbidity caused by HIV/AIDS, malaria and tuberculosis.

The cause-specific indicators presented in Table 2 have been derived from a range of sources of mortality, incidence and prevalence data. These include: death-registration records; health-facility reports; household surveys; censuses; and special studies on deaths due to HIV and to conflict. Estimating cause-specific mortality is particularly difficult in developing countries where systems for counting deaths and accurately recording their causes are weak or non-existent. Due to resulting limitations in data availability, quality and timeliness, many of the indicators shown are associated with significant uncertainty, the margins of which are available on the Global Health Observatory web site (http://www.who.int/gho).

2. Cause-specific mortality and morbidity

Mortality

Member State	Age-standardized mortality rates by cause[a] (per 100 000 population)			Number of deaths among children aged <5 years[b] (000s)		Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)											
	Communicable	Non-communicable	Injuries			HIV		Diarrhoea		Measles		Malaria		Pneumonia		Prematurity	
	2008			2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Afghanistan	713	1117	149	161	191	0	0	17	16	9	2	0	0	25	25	15	14
Albania	46	716	46	2	1	0	0	3	1	0	0	0	0	17	11	14	19
Algeria	202	523	47	28	26	0	0	7	5	9	11	0	0	15	12	24	24
Andorra	16	338	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	18	17
Angola	819	842	112	131	121	2	2	20	15	1	0	10	10	20	17	11	13
Antigua and Barbuda	86	548	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
Argentina	87	501	48	14	10	0	0	2	2	0	0	0	0	7	10	26	24
Armenia	74	902	50	1	1	0	0	3	1	0	0	0	0	15	11	24	25
Australia	18	330	30	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	16	20
Austria	14	373	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	24	25
Azerbaijan	102	935	36	9	9	0	0	11	8	0	0	0	0	18	17	21	22
Bahamas	91	457	54	0	0	3	1	2	0	0	0	0	0	15	27	13	9
Bahrain	63	590	33	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	18	19
Bangladesh	344	702	91	300	140	0	0	11	6	5	1	0	1	19	14	19	29
Barbados	86	488	31	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	7	35	21
Belarus	30	749	125	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	14	9	16	19
Belgium	33	367	42	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	20	14
Belize	119	497	92	0	0	2	0	5	10	0	0	0	0	14	7	24	0
Benin	618	804	87	38	39	1	1	10	10	10	0	25	23	15	17	10	12
Bhutan	359	735	105	1	1	0	0	12	7	2	1	1	0	20	20	18	23
Bolivia (Plurinational State of)	253	644	64	21	14	0	0	14	9	0	0	0	0	17	15	17	21
Bosnia and Herzegovina	22	584	29	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	10	9	19	23
Botswana	739	606	107	5	2	48	15	4	6	1	0	1	0	8	13	13	19
Brazil	97	534	76	134	55	0	0	9	3	0	0	0	0	12	7	22	22
Brunei Darussalam	55	520	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	5	24	25
Bulgaria	31	693	42	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	22	24	13	21
Burkina Faso	801	810	108	101	120	2	1	13	12	10	3	25	24	17	18	8	9
Burundi	943	839	124	39	38	7	6	17	15	2	0	4	4	21	19	11	13
Cambodia	478	748	65	33	16	3	1	13	8	8	0	2	2	19	16	15	22
Cameroon	861	879	111	82	93	6	5	13	13	6	0	16	16	16	15	10	11
Canada	23	346	32	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	23	26
Cape Verde	213	538	71	1	0	0	0	15	8	4	0	0	0	21	19	16	15
Central African Republic	1060	870	151	25	23	9	3	11	11	8	0	22	26	15	16	9	11
Chad	1009	866	119	68	80	3	3	14	14	7	0	18	20	19	19	10	11
Chile	43	419	45	3	2	0	0	1	1	0	0	0	0	12	7	23	22
China	58	604	70	674	315	0	0	5	3	0	0	0	0	25	17	14	15
Colombia	64	404	97	24	18	0	0	5	4	0	0	0	0	11	10	25	21
Comoros	472	789	76	2	2	0	0	12	9	0	0	13	14	20	18	14	15
Congo	692	811	140	12	13	6	5	8	7	11	0	22	26	14	14	11	13
Cook Islands	109	455	31	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	5	15	18
Costa Rica	32	409	56	1	1	0	0	4	1	0	0	0	0	7	3	21	20
Côte d'Ivoire	904	942	172	88	80	9	3	10	9	6	0	21	25	15	15	11	13
Croatia	20	560	48	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	3	20	13
Cuba	47	468	48	1	1	0	0	2	2	0	0	0	0	11	11	10	10
Cyprus	17	371	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	24	25
Czech Republic	25	496	43	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	5	16	17
Democratic People's Republic of Korea	264	548	46	24	12	0	0	10	5	0	0	0	0	17	15	21	25
Democratic Republic of the Congo	932	837	155	415	465	1	1	15	13	4	0	20	18	18	19	11	10
Denmark	27	440	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	29	34

Mortality

Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)										Age-standardized adult mortality rate by cause[a] (ages 30-70 per 100 000 population)				Member State
Birth asphyxia		Neonatal sepsis		Congenital anomalies		Other diseases		Injuries		All causes	Cancer	Cardiovascular dieases and diabetes	Chronic respiratory conditions	
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2008				
8	9	4	5	3	3	16	20	4	5	1663	131	634	69	Afghanistan
9	7	5	5	21	24	19	20	12	11	518	168	215	10	Albania
12	11	3	3	10	13	15	15	4	5	591	127	200	48	Algeria
6	6	1	1	32	33	26	27	11	11	310	126	80	16	Andorra
7	8	5	6	4	7	16	19	3	4	1685	130	459	110	Angola
40	32	0	0	23	9	37	31	0	12	682	164	306	19	Antigua and Barbuda
6	4	5	5	24	27	21	21	9	7	553	165	165	39	Argentina
10	8	8	6	17	22	16	18	8	9	864	239	378	34	Armenia
10	9	2	1	28	24	31	35	11	8	278	125	65	11	Australia
7	6	1	1	38	32	19	29	9	6	335	140	80	10	Austria
9	9	4	3	8	10	25	24	5	6	918	188	489	29	Azerbaijan
16	6	5	5	20	12	15	32	12	8	629	126	228	15	Bahamas
7	9	2	5	37	32	19	26	14	6	408	73	207	20	Bahrain
13	14	10	9	4	7	15	14	4	6	1210	183	421	97	Bangladesh
22	12	1	2	15	31	21	27	3	0	487	140	166	19	Barbados
8	8	4	3	28	34	19	18	10	7	1017	198	446	26	Belarus
10	8	2	3	27	27	30	37	8	8	369	151	85	19	Belgium
10	48	2	0	16	7	13	15	14	12	747	125	268	29	Belize
7	9	2	2	4	4	12	18	2	3	1528	161	413	102	Benin
11	12	7	4	4	7	17	20	8	7	1027	171	366	87	Bhutan
12	12	7	7	8	10	19	19	5	6	791	105	208	37	Bolivia (Plurinational State of)
9	10	5	5	31	31	17	16	7	5	498	137	266	13	Bosnia and Herzegovina
8	10	4	4	4	9	8	17	1	4	1633	66	293	70	Botswana
8	11	7	10	13	19	24	23	4	4	667	139	248	32	Brazil
5	4	6	4	26	29	19	22	13	11	480	107	219	26	Brunei Darussalam
8	10	3	2	27	18	19	19	6	5	687	196	339	16	Bulgaria
6	6	2	2	3	4	12	18	2	3	1497	143	377	94	Burkina Faso
8	9	7	8	2	3	17	20	4	5	1893	161	391	91	Burundi
10	11	7	6	3	6	16	20	4	7	1189	156	384	63	Cambodia
7	8	4	5	4	5	14	18	3	3	1846	122	473	115	Cameroon
10	11	4	2	25	23	29	31	7	6	320	138	82	11	Canada
6	6	8	6	13	16	8	24	8	5	772	144	235	55	Cape Verde
7	8	3	5	3	3	11	14	2	3	2275	121	483	116	Central African Republic
7	7	4	4	4	4	12	14	3	3	1841	130	461	111	Chad
4	3	3	3	34	36	15	20	8	8	414	125	114	17	Chile
18	16	2	1	7	11	19	25	9	10	568	179	199	49	China
9	8	6	7	15	21	21	23	6	6	493	112	152	21	Colombia
11	11	5	4	4	5	17	20	4	4	1194	140	393	92	Comoros
9	9	1	2	4	6	11	14	2	3	1468	113	391	95	Congo
16	13	4	4	26	29	16	18	16	13	559	63	275	38	Cook Islands
7	8	3	1	33	37	19	25	5	4	400	107	118	12	Costa Rica
9	10	5	5	4	4	10	13	2	3	2567	104	651	166	Côte d'Ivoire
6	3	4	6	35	29	23	37	6	8	531	203	179	8	Croatia
12	10	6	7	28	23	21	30	10	8	476	159	172	19	Cuba
7	6	1	1	32	34	23	23	7	6	243	75	99	7	Cyprus
13	14	3	6	22	22	32	28	8	7	501	191	164	13	Czech Republic
10	10	6	5	8	11	24	23	5	7	779	120	273	49	Democratic People's Republic of Korea
7	8	4	4	3	4	15	20	2	3	1765	138	399	95	Democratic Republic of the Congo
11	9	2	0	29	28	18	19	7	7	411	170	92	18	Denmark

2. Cause-specific mortality and morbidity (contd.)

Member State	Mortality							
	MDG 5			MDG 6				
	Maternal mortality ratio[c] (per 100 000 live births)			Cause-specific mortality rate (per 100 000 population)				
				HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis among HIV-negative people[f]	
	1990	2000	2010	2001	2011	2010	2000	2011
Afghanistan	1 300	1 000	460	0.7	1.2	0.5	53	39
Albania	48	39	27	…	…	…	0.8	0.2
Algeria	220	140	97	…	…	0.0	13	13
Andorra	…	…	…	…	…	…	0.8	0.3
Angola	1 200	890	450	57	59	64	37	37
Antigua and Barbuda	…	…	…	…	…	…	1.6	1.0
Argentina	71	63	77	…	…	0.0	2.4	1.4
Armenia	46	38	30	5.5	9.4	0.0	6.7	8.8
Australia	10	9	7	0.8	0.8	…	0.2	0.2
Austria	10	5	4	0.3	0.9	…	0.9	0.4
Azerbaijan	56	65	43	1.7	5.1	0.0	22	3.6
Bahamas	52	56	47	230	107	…	2.0	0.6
Bahrain	23	22	20	…	…	…	1.8	0.6
Bangladesh	800	400	240	0.1	0.2	0.9	57	45
Barbados	120	49	51	35	9.5	…	0.6	0.6
Belarus	37	31	4	0.7	11	…	9.1	8.3
Belgium	10	9	8	0.4	0.9	…	0.7	0.2
Belize	71	100	53	88	76	0.0	6.6	4.3
Benin	770	530	350	95	30	104	13	9.2
Bhutan	1 000	430	180	0.5	5.3	0.1	73	15
Bolivia (Plurinational State of)	450	280	190	26	16	0.0	27	21
Bosnia and Herzegovina	18	10	8	…	…	…	6.7	6.8
Botswana	140	350	160	1015	207	0.9	54	24
Brazil	120	81	56	…	…	0.1	4.5	2.9
Brunei Darussalam	29	24	24	…	…	…	3.2	2.5
Bulgaria	24	28	11	0.9	3.1	…	4.2	2.5
Burkina Faso	700	450	300	121	40	191	13	8.7
Burundi	1 100	1 000	800	201	67	12	39	19
Cambodia	830	510	250	58	10	2.7	128	63
Cameroon	670	730	690	176	172	79	50	29
Canada	6	7	12	1.0	1.1	…	0.3	0.2
Cape Verde	200	170	79	46	32	0.1	33	24
Central African Republic	930	1 000	890	413	229	169	142	53
Chad	920	1 100	1 100	158	104	172	24	18
Chile	56	29	25	…	…	…	2.3	1.3
China	120	61	37	…	…	0.0	8.7	3.5
Colombia	170	130	92	23	21	0.4	3.4	1.9
Comoros	440	340	280	0.5	1.7	36	6.8	6.4
Congo	420	540	560	215	112	93	35	43
Cook Islands	…	…	…	…	…	…	0.9	0.6
Costa Rica	38	47	40	2.8	8.7	0.0	2.1	0.7
Côte d'Ivoire	710	590	400	299	113	116	55	24
Croatia	8	11	17	0.3	0.3	…	4.2	2.0
Cuba	63	63	73	2.0	1.4	…	0.5	0.3
Cyprus	17	15	10	…	…	…	0.2	0.1
Czech Republic	15	7	5	0.1	0.1	…	1.0	0.3
Democratic People's Republic of Korea	97	120	81	…	…	0.0	17	6.4
Democratic Republic of the Congo	930	770	540	…	…	119	60	54
Denmark	13	8	12	0.3	0.4	…	0.5	0.3

Morbidity									Member State
MDG 6									
Incidence rate (per 100 000 population)					Prevalence (per 100 000 population)				
HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis[g]		HIV/AIDS[d]		Tuberculosis[g]		
2001	2011	2010	2000	2011	2001	2011	2000	2011	
1.4	3.3	1 934	189	189	8.6	18	433	351	Afghanistan
…	…	…	23	13	…	…	28	14	Albania
…	…	0.1	87	90	…	…	136	139	Algeria
…	…	…	17	5.9	…	…	22	7.5	Andorra
142	119	20 353	250	310	909	1 165	366	413	Angola
…	…	…	4.6	6.9	…	…	5.8	5.3	Antigua and Barbuda
14	14	0.2	40	26	177	233	55	36	Argentina
17	12	…	61	55	114	115	89	78	Armenia
…	…	…	6.1	6.0	67	99	7.7	7.6	Australia
…	…	…	16	3.7	68	209	21	4.6	Austria
…	…	0.6	682	113	36	72	1 609	177	Azerbaijan
…	…	…	26	13	2 150	1 860	23	14	Bahamas
…	…	…	30	18	…	…	38	22	Bahrain
0.3	0.9	397	225	225	1.7	5.1	481	411	Bangladesh
…	…	…	2.3	…	452	508	2.7	…	Barbados
21	20	…	84	70	49	214	123	100	Belarus
…	…	…	14	8.1	91	191	17	10	Belgium
166	85	206	40	40	1 306	1 444	47	41	Belize
78	54	29 026	86	70	977	707	128	96	Benin
…	…	104	402	192	15	172	718	230	Bhutan
…	…	200	184	131	306	164	276	205	Bolivia (Plurinational State of)
…	…	…	63	49	…	…	76	66	Bosnia and Herzegovina
1 539	445	195	918	455	15 084	14 587	724	360	Botswana
…	…	221	60	42	…	…	72	46	Brazil
…	…	…	85	70	…	…	109	89	Brunei Darussalam
…	…	…	58	35	21	53	83	45	Bulgaria
102	42	32 892	71	57	1 223	695	109	85	Burkina Faso
…	…	9 911	289	139	2 038	932	368	192	Burundi
49	7.8	1 353	577	424	672	447	1 619	817	Cambodia
357	212	24 735	310	243	2 791	2 766	433	299	Cameroon
…	…	…	6.4	4.5	156	208	8.0	5.6	Canada
75	51	28	160	145	613	667	291	230	Cape Verde
399	182	34 521	1 074	400	4 538	2 804	1 225	510	Central African Republic
…	…	37 244	151	151	2 054	1 846	216	191	Chad
…	…	…	26	18	270	293	36	24	Chile
…	…	0.9	109	75	…	…	170	104	China
…	…	411	43	34	326	326	64	43	Colombia
…	…	22 701	39	34	13	36	66	60	Comoros
223	191	33 941	353	387	2 305	2 011	403	473	Congo
…	…	…	8.1	6.0	…	…	10	7.7	Cook Islands
…	…	2.8	35	12	124	187	59	15	Costa Rica
258	87	35 153	370	191	3 337	1 778	493	250	Côte d'Ivoire
…	…	…	43	17	16	27	54	22	Croatia
…	…	…	13	9.3	32	120	19	12	Cuba
…	…	…	4.4	4.0	…	…	5.7	5.1	Cyprus
…	…	…	16	6.0	13	20	21	7.7	Czech Republic
…	…	129	344	345	…	…	669	422	Democratic People's Republic of Korea
…	…	27 349	327	327	…	…	543	512	Democratic Republic of the Congo
…	…	…	11	6.5	65	110	14	8.1	Denmark

2. Cause-specific mortality and morbidity

Mortality

Member State	Age-standardized mortality rates by cause[a] (per 100 000 population)			Number of deaths among children aged <5 years[b] (000s)		Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)											
	Communicable	Non-communicable	Injuries			HIV		Diarrhoea		Measles		Malaria		Pneumonia		Prematurity	
	2008			2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Djibouti	470	809	80	2	2	5	4	13	11	10	1	1	1	20	20	14	16
Dominica	78	632	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	47	10
Dominican Republic	147	573	68	8	6	5	2	6	4	0	0	0	0	15	11	22	25
Ecuador	105	400	81	10	6	1	1	9	4	0	0	1	0	14	10	19	16
Egypt	76	749	34	83	41	0	0	11	7	2	0	0	0	13	11	22	30
El Salvador	127	523	121	5	2	2	4	9	5	0	0	0	0	18	11	14	15
Equatorial Guinea	720	854	117	3	3	2	8	11	7	9	0	23	21	14	14	11	13
Eritrea	303	670	92	12	11	3	2	12	11	11	2	1	1	21	19	12	14
Estonia	21	585	84	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	10	3	6	5
Ethiopia	721	903	139	371	271	3	2	18	14	4	4	2	2	23	21	12	15
Fiji	166	752	35	0	0	0	0	6	4	4	0	0	0	10	10	21	20
Finland	11	377	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	15	17
France	23	336	38	4	3	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	13	12
Gabon	545	660	82	3	3	11	8	7	7	8	3	16	15	12	11	14	16
Gambia	525	735	72	7	6	1	3	12	9	5	0	22	20	15	15	12	14
Georgia	72	670	46	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0	10	11	27	24
Germany	21	394	25	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	25	26
Ghana	608	711	91	62	57	4	3	8	7	12	1	19	18	12	13	13	16
Greece	25	388	29	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7	37	34
Grenada	86	580	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	27	6
Guatemala	225	471	130	19	14	1	2	11	7	0	0	0	0	19	15	19	22
Guinea	759	932	121	59	48	2	1	11	10	13	0	22	27	15	16	10	12
Guinea-Bissau	928	916	110	9	8	2	3	13	12	10	0	21	18	17	18	10	11
Guyana	194	677	114	1	0	5	1	80	3	0	0	3	7	0	4	0	25
Haiti	545	697	52	29	45	5	1	16	7	0	0	1	0	23	10	13	7
Honduras	152	729	61	7	5	3	2	6	5	0	0	0	0	13	11	18	22
Hungary	16	648	51	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	35	28
Iceland	18	332	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	41
India	363	685	99	2294	1696	0	0	14	13	3	3	0	0	24	24	18	20
Indonesia	244	647	70	240	151	0	0	8	5	9	5	1	2	15	14	22	25
Iran (Islamic Republic of)	82	599	90	56	34	0	0	8	4	0	0	0	0	16	13	24	28
Iraq	168	691	280	37	43	0	0	8	6	1	0	0	0	17	18	20	20
Ireland	29	385	33	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	1	25	18
Israel	31	337	24	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	24	21
Italy	16	342	25	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	33	23
Jamaica	159	518	87	2	1	6	3	7	4	0	0	0	0	14	13	17	16
Japan	40	273	36	5	3	0	0	1	2	0	0	0	0	7	6	8	8
Jordan	84	727	62	4	4	0	0	8	4	0	0	0	0	11	8	33	34
Kazakhstan	95	985	155	9	13	0	0	7	6	0	0	0	0	14	13	26	22
Kenya	624	681	116	127	122	16	7	12	9	3	0	3	3	16	17	12	15
Kiribati	263	703	23	0	0	0	0	11	9	0	0	0	0	24	20	17	23
Kuwait	53	399	28	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	6	6	25	27
Kyrgyzstan	112	913	86	6	5	0	0	9	6	0	0	0	0	18	14	19	20
Lao People's Democratic Republic	376	771	107	14	8	0	1	13	10	13	0	2	1	19	19	14	21
Latvia	30	666	87	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	9	7	5
Lebanon	47	597	61	2	2	1	1	6	4	0	0	0	0	11	8	27	29
Lesotho	1255	774	141	8	5	38	18	7	7	0	1	0	0	10	12	13	18
Liberia	782	766	63	19	15	3	2	11	9	15	10	22	18	14	14	9	12
Libya	69	655	60	3	2	0	0	2	1	0	0	0	0	4	3	26	27

Mortality

Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)										Age-standardized adult mortality rate by cause[a] (ages 30-70 per 100 000 population)				Member State
Birth asphyxia		Neonatal sepsis		Congenital anomalies		Other diseases		Injuries		All causes	Cancer	Cardiovascular dieases and diabetes	Chronic respiratory conditions	
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2008				
10	10	4	1	7	8	13	23	3	4	1289	126	406	43	Djibouti
11	48	0	14	22	7	14	18	3	0	596	161	221	30	Dominica
13	13	4	5	15	18	16	15	4	5	708	126	270	27	Dominican Republic
7	13	6	5	16	25	14	19	12	9	515	125	142	10	Ecuador
9	11	3	2	12	21	27	15	1	3	805	130	303	20	Egypt
5	6	5	5	17	24	18	20	13	11	796	138	168	21	El Salvador
8	9	6	5	3	5	12	16	2	2	1466	120	443	108	Equatorial Guinea
9	10	5	5	4	6	18	22	5	8	952	119	306	73	Eritrea
4	19	9	8	25	24	22	20	19	19	718	181	269	13	Estonia
9	10	6	6	3	4	16	18	4	6	1863	132	473	115	Ethiopia
8	8	4	3	21	24	13	18	13	12	957	150	476	58	Fiji
9	9	2	2	41	36	26	28	6	3	395	113	112	8	Finland
11	12	3	4	28	26	31	38	11	7	360	169	65	8	France
10	10	4	5	6	8	10	13	2	3	1251	117	325	80	Gabon
9	10	4	4	5	6	13	15	3	4	1618	183	500	118	Gambia
12	11	9	7	15	21	15	17	8	7	750	143	450	8	Georgia
5	6	1	2	33	31	24	26	9	6	362	150	102	11	Germany
10	11	6	6	4	7	11	14	2	4	1452	151	359	93	Ghana
6	2	1	0	38	39	9	9	6	8	325	137	109	11	Greece
0	6	5	12	33	44	22	32	8	0	826	211	314	26	Grenada
14	14	7	7	6	9	17	17	7	8	815	146	170	14	Guatemala
7	9	4	5	4	4	11	14	2	3	1906	177	542	137	Guinea
7	8	3	5	3	5	12	16	2	3	2007	166	522	128	Guinea-Bissau
0	16	0	9	0	9	12	23	0	2	1417	133	683	23	Guyana
9	4	5	2	7	3	17	8	5	56	1190	89	342	25	Haiti
9	8	6	7	11	18	31	24	1	3	844	166	261	22	Honduras
5	5	0	3	23	28	23	28	7	4	753	262	252	29	Hungary
0	0	0	0	35	22	34	37	0	0	269	121	65	7	Iceland
10	11	8	8	5	7	13	11	3	3	1002	108	328	133	India
11	11	7	5	6	9	17	19	5	6	876	165	308	64	Indonesia
11	11	4	4	12	18	18	16	6	6	600	111	271	23	Iran (Islamic Republic of)
15	15	6	5	11	14	16	18	6	6	1162	134	359	35	Iraq
5	5	1	2	43	42	19	25	3	7	339	150	84	12	Ireland
4	4	2	2	25	38	35	29	7	4	289	125	72	12	Israel
9	8	2	2	33	28	17	32	4	4	273	132	66	6	Italy
5	5	5	4	17	21	17	20	11	12	680	155	184	26	Jamaica
5	4	2	2	39	40	26	27	13	10	281	119	68	6	Japan
12	12	4	3	18	21	8	11	6	7	783	153	418	24	Jordan
11	10	4	3	12	14	21	24	5	7	1394	221	650	41	Kazakhstan
9	11	7	7	3	6	15	20	4	5	1495	178	276	69	Kenya
11	11	1	3	7	8	23	20	6	8	952	68	394	47	Kiribati
6	7	1	1	40	43	11	5	10	10	466	81	272	10	Kuwait
10	10	4	4	9	13	26	26	6	7	1307	197	607	63	Kyrgyzstan
9	11	6	6	4	5	15	17	5	8	1221	173	394	99	Lao People's Democratic Republic
15	17	2	4	34	35	25	22	13	7	840	202	359	12	Latvia
11	11	4	3	18	21	14	17	8	7	614	183	224	22	Lebanon
9	11	9	9	2	4	10	15	2	4	2748	109	443	108	Lesotho
7	9	4	6	3	5	11	13	2	3	1760	149	378	89	Liberia
10	9	5	3	15	19	9	10	29	29	718	140	320	27	Libya

2. Cause-specific mortality and morbidity (contd.)

Member State	Mortality							
	MDG 5			MDG 6				
	Maternal mortality ratio[c] (per 100 000 live births)			Cause-specific mortality rate (per 100 000 population)				
				HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis among HIV-negative people[f]	
	1990	2000	2010	2001	2011	2010	2000	2011
Djibouti	290	290	200	134	97	4.4	56	76
Dominica	…	…	…	…	…	…	2.7	4.2
Dominican Republic	220	130	150	45	17	0.1	9.2	6.1
Ecuador	180	130	110	17	13	0.0	13	4.6
Egypt	230	100	66	0.6	0.9	…	1.7	0.6
El Salvador	150	110	81	11	5.1	0.0	2.9	1.1
Equatorial Guinea	1 200	450	240	87	107	79	20	10
Eritrea	880	390	240	40	26	5.4	7.7	4.7
Estonia	48	28	2	5.9	30	…	8.8	2.7
Ethiopia	950	700	350	…	…	4.0	41	18
Fiji	32	31	26	0.2	0.3	…	3.7	1.8
Finland	7	5	5	0.2	0.3	…	1.2	0.3
France	13	10	8	3.0	2.0	…	1.1	0.5
Gabon	270	270	230	163	166	39	80	45
Gambia	700	520	360	20	35	83	37	49
Georgia	63	58	67	1.2	2.9	0.0	7.6	3.7
Germany	13	7	7	0.8	0.5	…	0.6	0.3
Ghana	580	550	350	93	61	52	23	7.5
Greece	6	5	3	1.5	1.7	…	0.9	0.8
Grenada	34	27	24	…	…	…	0.0	1.1
Guatemala	160	130	120	15	17	0.0	5.0	2.4
Guinea	1 200	970	610	60	39	144	44	23
Guinea-Bissau	1 100	970	790	42	60	108	31	24
Guyana	180	220	280	86	32	11	20	27
Haiti	620	460	350	132	58	5.7	41	30
Honduras	220	160	100	110	36	0.1	5.0	3.1
Hungary	23	10	21	2.2	0.9	…	3.6	0.8
Iceland	8	7	5	1.8	1.5	…	0.4	0.3
India	600	390	200	…	…	2.4	39	24
Indonesia	600	340	220	0.1	6.0	3.6	56	27
Iran (Islamic Republic of)	120	48	21	4.8	11	0.0	3.6	2.9
Iraq	89	78	63	…	…	0.0	4.9	3.2
Ireland	6	6	6	0.8	0.8	…	0.9	0.5
Israel	12	9	7	0.7	0.6	…	0.5	0.2
Italy	10	4	4	1.3	1.2	…	0.9	0.6
Jamaica	59	83	110	119	60	…	0.6	0.2
Japan	12	10	5	0.1	0.1	…	2.2	1.7
Jordan	110	79	63	…	…	…	1.2	0.8
Kazakhstan	92	70	51	3.2	7.5	…	38	14
Kenya	400	490	360	412	148	5.1	19	22
Kiribati	…	…	…	…	…	…	19	4.2
Kuwait	11	9	14	…	…	…	0.9	0.9
Kyrgyzstan	73	82	71	0.4	6.9	0.0	24	12
Lao People's Democratic Republic	1 600	870	470	2.3	6.3	3.3	21	11
Latvia	57	43	34	5.7	25	…	12	4.1
Lebanon	52	38	25	2.2	3.9	…	1.8	1.5
Lesotho	520	690	620	760	638	…	15	17
Liberia	1 200	1 300	770	85	56	86	53	45
Libya	99	67	58	…	…	…	5.3	5.9

Morbidity									Member State
MDG 6									
Incidence rate (per 100 000 population)					Prevalence (per 100 000 population)				
HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis[g]		HIV/AIDS[d]		Tuberculosis[g]		
2001	2011	2010	2000	2011	2001	2011	2000	2011	
168	77	1 471	619	620	1 612	1 011	721	840	Djibouti
…	…	…	14	13	…	…	29	25	Dominica
56	15	48	100	65	591	440	133	83	Dominican Republic
…	…	15	107	62	252	237	179	98	Ecuador
…	…	…	26	17	13	12	39	28	Egypt
…	…	0.5	37	27	194	385	55	31	El Salvador
…	…	31 871	268	202	1 464	2 764	465	267	Equatorial Guinea
56	22	1 684	157	97	610	423	190	151	Eritrea
…	…	…	62	25	343	736	78	29	Estonia
…	…	6 353	421	258	…	…	430	237	Ethiopia
…	…	…	54	26	5.2	27	107	33	Fiji
…	…	…	12	7.5	33	54	15	9.0	Finland
…	…	…	12	4.3	203	255	16	5.6	France
391	198	23 150	527	450	2 788	3 005	722	505	Gabon
…	…	28 574	225	279	427	784	357	455	Gambia
4.8	18	0.0	256	125	24	114	487	159	Georgia
…	…	…	12	4.5	54	89	15	5.7	Germany
144	52	26 763	152	79	1 257	907	219	92	Ghana
…	…	…	7.8	3.8	77	96	10	4.8	Greece
…	…	…	4.4	4.1	…	…	8.6	5.1	Grenada
…	…	82	68	61	239	438	125	111	Guatemala
112	57	38 479	234	183	852	830	383	242	Guinea
143	188	26 991	192	238	776	1 543	300	268	Guinea-Bissau
…	…	6 049	104	110	1 207	814	119	121	Guyana
134	63	1 896	271	222	1 468	1 145	391	307	Haiti
…	…	278	116	43	…	…	138	49	Honduras
…	…	…	37	18	33	41	47	23	Hungary
…	…	…	4.5	4.8	119	158	5.6	6.0	Iceland
…	…	1 973	216	181	…	…	438	249	India
…	…	2 274	204	187	5.3	155	457	281	Indonesia
…	…	2.9	26	21	85	129	39	31	Iran (Islamic Republic of)
…	…	0.0	50	45	…	…	62	74	Iraq
…	…	…	12	7.5	124	173	15	9.4	Ireland
…	…	…	10	5.8	90	113	13	7.1	Israel
…	…	…	8.6	2.8	226	249	11	3.5	Italy
113	73	…	6.5	6.6	1 391	1 095	7.4	8.8	Jamaica
…	…	…	35	20	4.9	6.3	45	26	Japan
…	…	…	8.1	6.0	…	…	10	7.7	Jordan
11	17	…	351	129	61	117	641	168	Kazakhstan
427	250	8 526	286	288	5 031	3 880	261	291	Kenya
…	…	…	372	356	…	…	497	462	Kiribati
…	…	…	33	36	…	…	42	46	Kuwait
4.1	56	0.1	249	128	13	225	441	175	Kyrgyzstan
…	…	1 113	330	213	59	164	961	540	Lao People's Democratic Republic
40	28	…	121	42	205	405	179	50	Latvia
…	…	…	17	15	38	67	22	19	Lebanon
1 308	1 166	…	553	632	12 754	14 619	357	411	Lesotho
…	…	27 933	242	299	1 325	608	449	453	Liberia
…	…	…	40	40	…	…	58	60	Libya

Mortality

Member State	Age-standardized mortality rates by cause[a] (per 100 000 population)			Number of deaths among children aged <5 years[b] (000s)		Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)											
	Communicable	Non-communicable	Injuries			HIV		Diarrhoea		Measles		Malaria		Pneumonia		Prematurity	
	2008			2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Lithuania	34	637	120	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	9	12	9
Luxembourg	25	362	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	19
Madagascar	408	706	55	62	44	0	0	13	10	8	1	7	6	20	18	13	16
Malawi	1156	999	189	77	56	16	13	11	7	0	2	18	13	15	14	9	13
Malaysia	185	526	51	6	3	0	0	4	2	0	0	0	0	9	6	23	24
Maldives	59	598	53	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	20	11	15	17
Mali	827	733	72	110	120	1	0	15	14	4	3	23	16	19	20	10	11
Malta	26	391	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	39	17
Marshall Islands	343	1289	66	0	0	0	0	9	6	1	0	0	0	20	19	19	20
Mauritania	575	746	88	11	13	0	0	15	11	1	7	7	6	22	17	14	14
Mauritius	52	664	42	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	9	43	27
Mexico	68	493	57	63	37	0	0	8	4	0	0	0	0	15	12	16	17
Micronesia (Federated States of)	203	704	35	0	0	0	0	8	6	1	1	0	0	21	20	18	19
Monaco	22	320	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	25	25
Mongolia	89	713	78	3	2	0	0	12	7	1	1	0	0	20	15	16	18
Montenegro	17	640	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	28	45
Morocco	104	597	37	35	23	0	0	10	6	0	0	0	0	18	15	24	28
Mozambique	957	908	153	133	114	7	10	11	9	4	1	23	19	16	15	9	11
Myanmar	461	667	347	83	56	1	1	12	8	2	1	1	1	18	17	20	24
Namibia	670	791	160	4	2	32	14	6	5	1	4	3	0	11	12	14	19
Nauru	240	1092	149	0	0	0	0	8	7	0	0	0	0	20	17	20	24
Nepal	338	620	58	67	35	0	0	11	6	2	0	0	0	19	16	26	32
Netherlands	28	377	22	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	19	17
New Zealand	15	369	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	20	20
Nicaragua	87	499	57	6	4	0	0	13	9	0	0	0	0	14	14	19	19
Niger	730	647	44	114	100	1	1	16	14	5	0	22	15	19	22	10	12
Nigeria	832	809	76	916	861	4	4	11	11	17	1	19	20	13	17	9	12
Niue	142	558	43	0	0	0	…	1	…	0	…	0	…	8	…	13	…
Norway	27	363	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	12	15
Oman	22	648	39	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	9	5	29	29
Pakistan	387	711	92	466	423	0	0	14	11	1	1	0	0	22	19	17	20
Palau	144	587	33	0	0	0	0	1	2	1	3	0	0	7	6	18	20
Panama	92	394	59	2	1	1	0	6	11	0	0	0	0	11	9	14	14
Papua New Guinea	373	748	87	14	12	1	2	9	8	9	0	11	10	17	17	16	18
Paraguay	93	470	60	5	4	1	0	8	5	0	0	0	0	14	11	24	25
Peru	173	387	52	25	11	1	1	5	4	0	0	0	0	11	10	18	20
Philippines	231	599	55	91	66	0	0	10	6	0	0	0	0	17	16	20	23
Poland	28	546	54	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	24	33
Portugal	46	394	28	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	22	17
Qatar	31	392	36	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	4	2	39	39
Republic of Korea	29	355	52	3	3	0	0	1	0	1	0	0	0	5	2	21	24
Republic of Moldova	59	831	90	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	29	21	4	7
Romania	38	643	52	7	3	0	0	3	0	0	0	0	0	35	29	8	14
Russian Federation	71	797	159	33	20	1	9	3	1	0	0	0	0	16	8	19	21
Rwanda	595	740	92	62	26	4	2	20	12	1	0	3	2	23	20	9	15
Saint Kitts and Nevis	61	640	73	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	0	43	21
Saint Lucia	81	517	53	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	36	44
Saint Vincent and the Grenadines	115	596	58	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	4	2	20	31
Samoa	194	683	35	0	0	0	0	5	3	0	0	0	0	11	8	18	17

Mortality

Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)										Age-standardized adult mortality rate by cause[a] (ages 30-70 per 100 000 population)				Member State
Birth asphyxia		Neonatal sepsis		Congenital anomalies		Other diseases		Injuries		All causes	Cancer	Cardiovascular dieases and diabetes	Chronic respiratory conditions	
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2008				
8	7	2	8	37	30	15	19	16	16	908	204	312	14	Lithuania
21	10	0	5	7	5	42	33	15	28	362	138	98	16	Luxembourg
9	11	6	6	3	5	17	18	4	7	1058	154	289	69	Madagascar
7	9	4	5	2	4	14	16	2	4	3147	163	634	125	Malawi
8	8	6	5	27	31	17	20	5	4	663	141	217	36	Malaysia
15	15	4	4	16	30	18	14	3	6	499	59	229	74	Maldives
6	7	3	3	4	5	13	17	2	3	1262	171	292	71	Mali
3	0	5	0	16	48	35	35	0	0	300	123	100	11	Malta
12	13	1	1	9	10	22	21	7	9	2681	166	1427	195	Marshall Islands
10	10	5	6	5	6	17	18	4	4	1265	147	362	85	Mauritania
10	9	4	2	20	26	12	20	6	7	774	110	440	29	Mauritius
7	6	5	6	19	23	20	22	9	9	570	94	217	20	Mexico
11	11	1	1	11	11	23	23	7	7	800	110	389	51	Micronesia (Federated States of)
8	7	2	2	32	32	22	23	6	7	316	132	68	8	Monaco
7	8	3	3	8	13	26	25	6	9	995	284	401	22	Mongolia
26	39	1	2	14	2	24	12	3	0	575	170	296	21	Montenegro
12	13	6	3	9	12	16	16	5	6	535	127	214	23	Morocco
7	9	4	4	3	3	12	14	2	3	2167	143	498	125	Mozambique
10	10	8	7	4	5	19	20	5	5	1320	162	321	65	Myanmar
10	11	5	5	5	9	11	16	3	6	1889	73	524	84	Namibia
14	14	1	1	16	16	14	15	7	7	1633	231	867	100	Nauru
10	12	7	8	3	5	16	15	5	5	897	178	279	57	Nepal
11	10	3	5	33	33	27	28	5	4	323	165	77	12	Netherlands
6	6	2	3	28	24	26	21	12	17	312	137	91	14	New Zealand
7	7	7	6	11	18	28	23	2	4	680	124	230	21	Nicaragua
5	7	3	3	3	3	14	19	3	4	1057	129	246	57	Niger
7	8	5	6	3	4	9	14	2	3	1632	148	377	90	Nigeria
19	…	6	…	18	…	14	…	21	…	629	93	297	41	Niue
10	13	1	3	37	33	29	31	6	3	315	138	74	15	Norway
10	9	4	3	22	28	12	17	12	8	766	118	504	19	Oman
12	13	9	9	4	5	15	18	4	5	998	152	361	86	Pakistan
8	10	5	5	17	16	16	18	27	20	825	131	387	50	Palau
6	5	4	7	26	24	27	23	4	6	457	109	138	15	Panama
12	12	5	6	4	5	13	16	4	6	1090	168	390	80	Papua New Guinea
8	9	7	8	13	19	21	18	4	5	569	135	215	12	Paraguay
6	6	7	6	11	20	35	23	5	10	478	130	86	15	Peru
13	13	7	6	9	10	17	17	7	8	911	134	362	51	Philippines
9	6	6	3	36	34	15	13	6	5	632	219	219	14	Poland
15	6	4	4	20	21	24	42	11	8	381	161	87	11	Portugal
11	11	2	2	24	25	12	15	6	5	292	93	109	8	Qatar
6	6	6	5	23	19	19	30	18	13	348	133	85	8	Republic of Korea
8	8	4	3	22	29	14	18	16	13	1064	204	401	29	Republic of Moldova
4	4	0	0	19	25	21	20	10	7	700	202	280	17	Romania
7	7	4	4	22	25	19	18	10	7	1172	180	517	21	Russian Federation
6	10	6	6	4	5	20	23	4	6	1174	158	290	68	Rwanda
17	31	9	10	18	10	5	22	0	6	552	154	217	6	Saint Kitts and Nevis
12	38	7	0	25	12	16	3	5	0	628	141	267	23	Saint Lucia
7	4	3	13	12	2	41	28	6	21	705	141	245	21	Saint Vincent and the Grenadines
7	9	4	4	22	24	15	25	18	10	771	77	381	51	Samoa

2. Cause-specific mortality and morbidity (contd.)

Member State	Mortality							
	MDG 5			MDG 6				
	Maternal mortality ratio[c] (per 100 000 live births)			Cause-specific mortality rate (per 100 000 population)				
				HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis among HIV-negative people[f]	
	1990	2000	2010	2001	2011	2010	2000	2011
Lithuania	34	21	8	0.9	2.4	…	10	8.3
Luxembourg	6	11	20	2.3	1.6	…	0.6	0.0
Madagascar	640	400	240	9.7	12	16	68	46
Malawi	1 100	840	460	549	285	51	29	12
Malaysia	53	39	29	20	21	0.1	6.9	5.7
Maldives	830	190	60	1.1	0.9	…	6.6	2.5
Mali	1 100	740	540	84	41	138	12	9.0
Malta	14	12	8	1.0	0.7	…	0.3	0.3
Marshall Islands	…	…	…	…	…	…	62	74
Mauritania	760	630	510	29	41	22	52	83
Mauritius	68	28	60	24	50	…	0.9	1.0
Mexico	92	82	50	…	…	0.0	3.7	1.7
Micronesia (Federated States of)	140	130	100	…	…	…	65	23
Monaco	…	…	…	…	…	…	0.1	0.2
Mongolia	120	96	63	0.0	0.9	…	9.0	5.0
Montenegro	8	11	8	…	…	…	…	0.2
Morocco	300	170	100	1.9	5.0	…	14	8.7
Mozambique	910	710	490	245	310	125	60	47
Myanmar	520	300	200	22	32	6.8	104	48
Namibia	200	280	200	445	223	0.6	24	14
Nauru	…	…	…	…	…	…	3.3	3.4
Nepal	770	360	170	5.4	15	0.0	23	23
Netherlands	10	13	6	1.0	0.8	…	0.2	0.2
New Zealand	18	12	15	0.5	0.5	…	0.3	0.1
Nicaragua	170	130	95	2.5	4.1	0.0	6.8	3.2
Niger	1 200	870	590	28	25	100	45	17
Nigeria	1 100	970	630	122	132	131	34	17
Niue	…	…	…	…	…	…	5.1	4.2
Norway	9	8	7	0.6	0.4	…	0.3	0.2
Oman	110	51	32	…	…	0.0	1.7	0.9
Pakistan	490	380	260	0.3	2.7	0.9	68	33
Palau	…	…	…	…	…	…	26	26
Panama	100	110	92	69	33	0.0	7.1	6.1
Papua New Guinea	390	310	230	29	16	44	52	53
Paraguay	120	110	99	…	…	0.0	4.6	2.6
Peru	200	120	67	26	10	0.1	14	7.4
Philippines	170	120	99	0.1	0.5	0.2	41	29
Poland	17	8	5	0.3	0.4	…	2.8	2.1
Portugal	15	8	8	2.0	2.3	…	3.0	1.2
Qatar	15	11	7	…	…	…	0.4	0.1
Republic of Korea	18	19	16	0.2	0.8	0.0	3.9	4.9
Republic of Moldova	62	39	41	17	29	…	15	17
Romania	170	52	27	0.7	2.3	…	11	6.0
Russian Federation	74	57	34	…	…	0.0	21	16
Rwanda	910	840	340	253	58	4.2	48	11
Saint Kitts and Nevis	…	…	…	…	…	…	2.7	2.7
Saint Lucia	64	46	35	…	…	…	1.2	1.9
Saint Vincent and the Grenadines	59	88	48	…	…	…	1.9	1.6
Samoa	260	150	100	…	…	…	3.3	1.1

Morbidity									Member State
MDG 6									
Incidence rate (per 100 000 population)					Prevalence (per 100 000 population)				
HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis[g]		HIV/AIDS[d]		Tuberculosis[g]		
2001	2011	2010	2000	2011	2001	2011	2000	2011	
4.0	3.1	…	90	59	25	44	114	75	Lithuania
…	…	…	10	0.5	134	171	13	0.7	Luxembourg
…	…	3 660	293	238	140	159	587	428	Madagascar
890	301	26 872	467	191	7 441	5 904	357	164	Malawi
33	22	57	95	81	243	281	138	101	Malaysia
…	…	…	74	34	12	8.4	110	44	Maldives
105	54	23 935	77	62	911	670	114	90	Mali
…	…	…	4.7	9.1	52	63	5.7	10	Malta
…	…	…	263	536	…	…	539	924	Marshall Islands
…	…	17 720	277	344	368	681	481	686	Mauritania
…	…	…	24	21	542	568	43	38	Mauritius
…	…	1.3	31	23	141	156	48	28	Mexico
…	…	…	279	200	…	…	561	294	Micronesia (Federated States of)
…	…	…	1.6	3.2	…	…	2.1	4.1	Monaco
…	…	…	254	223	1.0	30	433	348	Mongolia
…	…	…	…	17	…	…	…	19	Montenegro
…	…	…	117	103	40	98	149	131	Morocco
752	535	31 941	513	548	4 552	5 827	564	490	Mozambique
61	18	3 180	412	381	497	455	831	506	Myanmar
1 185	379	131	1 407	723	8 500	8 282	1 380	729	Namibia
…	…	…	32	33	…	…	41	42	Nauru
41	4.4	64	163	163	171	161	242	243	Nepal
…	…	…	9.9	6.8	117	150	12	8.5	Netherlands
…	…	…	11	7.6	40	59	14	9.7	New Zealand
…	…	22	68	40	43	130	100	50	Nicaragua
55	40	25 485	191	108	394	403	379	166	Niger
244	208	31 913	172	118	1 996	2 095	306	171	Nigeria
…	…	…	49	40	…	…	63	52	Niue
…	…	…	6.2	6.1	71	91	7.8	7.7	Norway
…	…	…	14	14	…	…	18	17	Oman
…	…	1 026	231	231	8.1	72	547	350	Pakistan
…	…	…	156	153	…	…	257	256	Palau
52	22	14	47	48	844	494	48	56	Panama
52	24	17 943	349	346	432	396	530	534	Papua New Guinea
…	…	0.5	49	45	80	192	69	59	Paraguay
…	…	267	184	101	300	250	247	117	Peru
0.7	5.7	63	329	270	3.1	20	775	484	Philippines
…	…	…	34	23	62	92	43	29	Poland
…	…	…	50	24	328	446	60	29	Portugal
…	…	…	52	37	…	…	67	47	Qatar
…	…	9.0	79	100	16	31	184	149	Republic of Korea
27	53	…	147	161	278	410	252	234	Republic of Moldova
…	…	…	181	101	71	74	275	145	Romania
…	…	…	127	97	…	…	192	124	Russian Federation
223	93	5 543	326	94	2 650	1 909	430	117	Rwanda
…	…	…	8.1	5.5	…	…	10	7.1	Saint Kitts and Nevis
…	…	…	12	5.1	…	…	15	6.0	Saint Lucia
…	…	…	26	24	…	…	51	30	Saint Vincent and the Grenadines
…	…	…	23	9.6	…	…	35	13	Samoa

2. Cause-specific mortality and morbidity

Mortality

Member State	Age-standardized mortality rates by cause[a] (per 100 000 population)			Number of deaths among children aged <5 years[b] (000s)		Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)											
	Communicable	Non-communicable	Injuries			HIV		Diarrhoea		Measles		Malaria		Pneumonia		Prematurity	
	2008			2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
San Marino	19	312	14	0	0	0	…	0	…	0	…	0	…	0	…	0	…
Sao Tome and Principe	279	605	45	0	0	0	0	11	11	0	1	17	4	19	18	13	15
Saudi Arabia	86	644	68	15	12	0	0	4	2	0	0	0	0	11	7	24	30
Senegal	509	665	58	43	34	1	1	10	9	11	2	21	14	16	16	12	15
Serbia	17	712	36	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	4	29	41
Seychelles	149	591	48	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	7	31	27
Sierra Leone	1042	763	92	40	39	0	1	13	12	13	0	23	23	17	17	8	10
Singapore	66	313	21	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	9	7	21	24
Slovakia	35	595	47	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	12	8	29	28
Slovenia	21	405	50	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	21	31
Solomon Islands	196	623	27	0	0	0	0	3	5	0	0	29	10	10	16	17	19
Somalia	736	967	199	58	70	0	1	14	16	22	0	5	7	19	25	11	12
South Africa	983	635	72	84	58	37	28	7	5	0	1	0	0	10	11	14	16
South Sudan	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Spain	24	351	23	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	17	17
Sri Lanka	79	623	233	7	6	0	0	5	3	4	0	1	0	8	7	17	11
Sudan	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Sudan (former)	377	897	148	140	143	0	2	14	12	4	1	5	3	22	19	13	16
Suriname	126	572	74	0	0	2	2	10	3	0	0	6	0	8	9	16	21
Swaziland	1200	867	208	4	3	34	23	9	7	0	0	0	0	13	14	11	15
Sweden	20	358	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	15	12
Switzerland	17	323	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	20	23
Syrian Arab Republic	56	619	45	10	8	0	0	11	7	0	0	0	0	11	8	27	30
Tajikistan	229	730	29	18	12	0	0	14	9	0	0	0	0	22	17	14	17
Thailand	153	675	106	16	11	3	1	6	3	0	0	0	0	11	9	23	24
The former Yugoslav Republic of Macedonia	24	688	24	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	6	5	50	38
Timor-Leste	444	560	51	4	2	0	0	14	8	0	0	4	4	23	20	16	19
Togo	635	716	63	21	19	4	3	10	10	9	0	22	18	15	16	10	13
Tonga	173	670	29	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	11	9	19	22
Trinidad and Tobago	104	673	71	1	1	3	3	1	0	0	0	0	0	3	7	35	16
Tunisia	134	465	36	5	3	0	0	7	3	0	0	0	0	12	7	25	29
Turkey	53	590	31	56	18	0	0	3	1	0	0	0	0	18	11	21	24
Turkmenistan	166	1016	74	7	6	0	0	10	8	0	0	0	0	18	16	18	21
Tuvalu	266	1015	55	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	12	9	15	17
Uganda	810	888	179	157	141	9	7	12	10	5	0	15	13	17	17	11	13
Ukraine	94	823	112	7	7	5	1	3	2	0	0	0	0	16	12	17	16
United Arab Emirates	73	406	38	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	2	40	40
United Kingdom	36	401	25	5	4	0	0	1	0	0	0	0	0	4	4	33	35
United Republic of Tanzania	782	745	120	174	133	10	6	11	9	3	1	15	11	15	15	11	15
United States of America	34	418	53	32	32	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	27	20
Uruguay	55	524	49	1	1	0	0	3	2	0	0	0	0	8	11	20	16
Uzbekistan	104	838	44	35	31	0	0	10	7	0	0	0	0	18	15	18	20
Vanuatu	175	687	30	0	0	0	0	4	3	0	0	13	19	11	9	19	15
Venezuela (Bolivarian Republic of)	71	433	101	14	11	0	0	11	7	0	0	0	0	8	10	23	23
Viet Nam	122	607	66	42	34	1	1	14	10	7	5	0	0	15	12	20	18
Yemen	232	807	91	68	69	0	0	13	11	5	0	1	1	23	22	16	18
Zambia	961	938	176	68	60	16	11	11	9	6	4	16	13	13	14	10	13
Zimbabwe	1552	622	73	43	29	45	20	6	8	0	1	3	8	8	11	11	14

Mortality

Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)										Age-standardized adult mortality rate by cause[a] (ages 30-70 per 100 000 population)				Member State
Birth asphyxia		Neonatal sepsis		Congenital anomalies		Other diseases		Injuries		All causes	Cancer	Cardiovascular dieases and diabetes	Chronic respiratory conditions	
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2008				
0	…	0	…	0	…	100	…	0	…	220	108	86	2	San Marino
9	10	3	4	6	8	18	24	4	6	654	169	183	40	Sao Tome and Principe
12	8	5	2	21	23	13	15	10	13	664	81	401	15	Saudi Arabia
9	11	3	5	4	8	11	14	2	4	1133	152	307	73	Senegal
17	14	5	1	26	22	13	14	5	4	657	236	274	19	Serbia
9	8	5	4	26	25	19	25	3	4	867	199	265	32	Seychelles
6	7	3	5	4	5	11	16	2	3	1675	133	383	92	Sierra Leone
4	7	1	1	34	33	25	23	6	4	326	126	115	8	Singapore
5	5	1	1	27	32	19	18	6	7	622	200	224	13	Slovakia
8	9	4	3	41	25	18	18	8	8	412	176	96	6	Slovenia
13	13	5	3	9	10	11	16	3	8	685	124	308	42	Solomon Islands
8	9	4	5	4	5	11	17	2	3	1725	150	544	71	Somalia
8	8	3	3	5	8	13	15	3	4	2259	193	307	68	South Africa
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	South Sudan
7	9	5	5	34	27	29	34	6	5	305	140	68	14	Spain
17	27	5	3	22	30	11	14	9	6	804	130	214	47	Sri Lanka
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sudan
10	11	3	8	4	5	21	18	4	5	1282	100	503	65	Sudan (former)
6	10	9	7	11	15	22	25	10	8	746	102	332	14	Suriname
7	9	4	5	3	4	15	19	3	5	3109	117	551	136	Swaziland
10	10	6	4	43	30	22	39	3	2	293	121	79	9	Sweden
7	10	2	3	34	28	27	30	9	5	273	127	59	7	Switzerland
12	11	4	3	20	24	11	12	3	5	611	75	327	27	Syrian Arab Republic
9	10	5	4	5	7	26	28	5	6	904	126	427	31	Tajikistan
9	8	7	7	24	27	15	16	4	4	827	136	244	37	Thailand
9	9	4	2	22	22	0	18	0	3	561	177	284	16	The former Yugoslav Republic of Macedonia
9	13	6	7	3	5	19	17	5	6	960	141	260	53	Timor-Leste
8	9	3	4	4	6	11	17	2	4	1562	143	370	89	Togo
14	11	5	4	27	29	14	15	6	7	911	105	446	56	Tonga
25	12	3	3	12	24	15	30	3	6	781	128	378	18	Trinidad and Tobago
11	11	4	3	19	23	17	16	6	7	469	127	131	13	Tunisia
8	7	7	7	13	23	25	23	5	4	550	163	268	30	Turkey
10	10	4	4	8	10	26	26	5	5	1422	172	808	42	Turkmenistan
9	10	6	6	13	16	15	18	28	23	1321	188	626	79	Tuvalu
6	8	4	5	3	4	14	17	3	5	1959	191	421	111	Uganda
7	8	4	4	24	28	15	19	9	9	1188	170	500	24	Ukraine
10	9	3	1	25	27	13	16	5	4	434	78	211	12	United Arab Emirates
6	7	3	1	24	27	24	23	5	4	359	144	91	20	United Kingdom
9	11	6	7	3	5	14	17	3	5	1733	113	341	86	United Republic of Tanzania
5	3	3	3	25	22	27	26	10	22	460	143	137	24	United States of America
7	4	6	9	26	28	22	23	7	7	549	198	167	27	Uruguay
10	10	4	4	8	11	27	27	5	6	971	113	568	28	Uzbekistan
8	12	7	5	16	21	7	9	15	5	860	152	391	53	Vanuatu
8	9	9	8	15	19	18	13	7	9	532	112	200	14	Venezuela (Bolivarian Republic of)
8	10	6	7	14	22	13	13	3	3	685	168	232	38	Viet Nam
11	13	6	6	3	4	16	18	5	6	999	112	420	46	Yemen
7	9	5	6	2	4	12	15	2	4	2395	166	527	135	Zambia
8	10	6	6	3	5	8	14	1	4	3046	157	206	51	Zimbabwe

2. Cause-specific mortality and morbidity (contd.)

Member State	Mortality							
	MDG 5			MDG 6				
	Maternal mortality ratio[c] (per 100 000 live births)			Cause-specific mortality rate (per 100 000 population)				
				HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis among HIV-negative people[f]	
	1990	2000	2010	2001	2011	2010	2000	2011
San Marino	…	…	…	…	…	…	…	…
Sao Tome and Principe	150	110	70	27	33	29	13	16
Saudi Arabia	44	27	24	…	…	0.0	4.0	4.0
Senegal	670	500	370	14	12	44	26	19
Serbia	23	12	12	3.0	1.3	…	…	1.6
Seychelles	…	…	…	…	…	…	1.6	1.9
Sierra Leone	1 300	1 300	890	20	44	177	92	159
Singapore	6	15	3	2.7	2.0	…	3.2	1.8
Slovakia	15	13	6	0.0	0.1	…	1.0	0.8
Slovenia	11	12	12	0.2	0.2	…	1.1	1.1
Solomon Islands	150	120	93	…	…	24	42	16
Somalia	890	1 000	1 000	37	32	26	64	59
South Africa	250	330	300	462	535	0.2	43	49
South Sudan	…	…	…	…	108	…	…	29
Spain	7	5	6	5.1	1.7	…	1.1	0.6
Sri Lanka	85	58	35	0.6	1.2	0.0	9.9	5.4
Sudan	…	…	…	21	16	…	27	22
Sudan (former)	1 000	870	730	…	…	21	…	…
Suriname	84	130	130	165	56	0.2	1.8	2.7
Swaziland	300	360	320	625	566	0.1	32	53
Sweden	6	5	4	0.7	0.5	…	0.3	0.2
Switzerland	7	6	8	2.0	1.3	…	0.4	0.2
Syrian Arab Republic	240	120	70	…	…	0.0	3.1	1.8
Tajikistan	94	120	65	3.9	9.0	0.0	18	16
Thailand	54	66	48	97	33	0.3	31	14
The former Yugoslav Republic of Macedonia	16	15	10	…	…	…	5.1	1.2
Timor-Leste	1 000	610	300	…	…	22	…	63
Togo	620	440	300	165	145	63	13	9.0
Tonga	67	87	110	…	…	…	3.3	2.9
Trinidad and Tobago	86	59	46	54	43	…	2.2	2.2
Tunisia	130	84	56	0.4	0.7	…	2.5	3.1
Turkey	67	39	20	0.1	0.1	0.0	2.7	0.7
Turkmenistan	82	91	67	…	…	0.0	28	9.9
Tuvalu	…	…	…	…	…	…	67	37
Uganda	600	530	310	403	181	52	43	14
Ukraine	49	35	32	19	49	…	21	18
United Arab Emirates	24	14	12	…	…	…	0.7	0.3
United Kingdom	10	12	12	0.5	0.8	…	0.7	0.6
United Republic of Tanzania	870	730	460	367	181	34	19	14
United States of America	12	14	21	7.1	6.5	…	0.3	0.1
Uruguay	39	35	29	…	…	…	2.2	1.6
Uzbekistan	59	33	28	…	…	0.0	17	6.1
Vanuatu	220	120	110	…	…	14	15	8.8
Venezuela (Bolivarian Republic of)	94	91	92	…	…	0.1	3.1	2.3
Viet Nam	240	100	59	2.7	13	0.1	36	33
Yemen	610	380	200	2.2	6.4	7.2	19	5.0
Zambia	470	540	440	692	232	67	34	24
Zimbabwe	450	640	570	1214	457	62	9.7	47

Morbidity									Member State
MDG 6									
Incidence rate (per 100 000 population)					Prevalence (per 100 000 population)				
HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis[g]		HIV/AIDS[d]		Tuberculosis[g]		
2001	2011	2010	2000	2011	2001	2011	2000	2011	
…	…	…	1.6	1.4	…	…	2.0	1.8	San Marino
112	36	13 006	114	94	531	586	148	151	Sao Tome and Principe
…	…	0.1	19	17	…	…	25	22	Saudi Arabia
44	45	24 287	155	136	246	415	253	200	Senegal
…	…	…	…	16	30	36	…	25	Serbia
…	…	…	37	30	…	…	56	39	Seychelles
105	66	30 058	377	723	495	810	773	1 372	Sierra Leone
…	…	…	52	37	67	66	65	46	Singapore
…	…	…	23	7.2	2.8	8.0	29	9.2	Slovakia
…	…	…	22	9.3	11	31	29	12	Slovenia
…	…	12 081	185	103	…	…	364	162	Solomon Islands
…	…	8 931	285	286	452	367	549	523	Somalia
1 334	750	35	576	993	9 655	11 087	534	768	South Africa
…	154	…	…	146	…	1 434	…	267	South Sudan
…	…	…	22	15	301	320	27	19	Spain
1.8	2.7	11	66	66	10	20	107	101	Sri Lanka
…	…	…	144	117	243	202	248	201	Sudan
…	…	14 998	…	…	…	…	…	…	Sudan (former)
79	9.8	152	86	44	1 672	651	70	51	Suriname
1 792	1 117	33	803	1 317	11 601	15 816	534	854	Swaziland
…	…	…	5.3	6.8	78	96	6.8	8.6	Sweden
…	…	…	10	4.8	192	266	13	6.0	Switzerland
…	…	…	35	19	…	…	42	23	Syrian Arab Republic
16	21	1.9	220	193	87	151	476	350	Tajikistan
31	14	204	171	124	986	710	276	161	Thailand
…	…	…	41	20	…	…	60	27	The former Yugoslav Republic of Macedonia
…	…	10 376	…	498	…	…	…	701	Timor-Leste
340	155	23 763	76	73	2 513	2 379	119	96	Togo
…	…	…	28	16	…	…	39	27	Tonga
…	…	…	17	21	846	991	18	22	Trinidad and Tobago
…	…	…	25	30	6.3	16	31	38	Tunisia
…	…	0.0	36	24	2.8	7.4	45	24	Turkey
…	…	…	213	74	…	…	411	96	Turkmenistan
…	…	…	357	228	…	…	633	381	Tuvalu
395	421	28 921	427	193	3 951	4 030	431	183	Uganda
…	…	…	106	89	515	519	154	104	Ukraine
…	…	…	12	3.7	…	…	18	6.4	United Arab Emirates
…	…	…	12	14	78	150	15	19	United Kingdom
389	316	22 681	236	169	4 134	3 383	239	177	United Republic of Tanzania
17	16	…	6.7	3.9	355	419	8.2	4.7	United States of America
…	…	…	24	21	329	357	30	23	Uruguay
…	…	0.0	286	101	…	…	618	177	Uzbekistan
…	…	10 676	110	67	…	…	162	97	Vanuatu
…	…	203	34	33	…	…	46	48	Venezuela (Bolivarian Republic of)
36	23	29	205	199	138	283	344	323	Viet Nam
13	11	2 454	116	44	57	87	186	59	Yemen
1 017	379	25 242	713	444	8 253	7 204	528	352	Zambia
1 108	582	13 688	726	603	14 395	9 688	328	547	Zimbabwe

	Mortality																	
	Age-standardized mortality rates by cause[a] (per 100 000 population)			Number of deaths among children aged <5 years[b] (000s)		Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)												
	Communicable	Non-communicable	Injuries			HIV		Diarrhoea		Measles		Malaria		Pneumonia		Prematurity	
	2008			2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Ranges of country values																	
Minimum	11	273	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Median	105	637	58	4	3	0	0	6	4	0	0	0	0	12	11	18	19
Maximum	1552	1289	347	2294	1696	48	28	80	16	22	11	29	27	35	29	50	45
WHO region																	
African Region	798	779	107	3836	3508	6	4	13	11	8	1	16	15	16	17	11	12
Region of the Americas	72	455	63	430	284	1	1	8	4	0	0	0	0	13	9	20	19
South-East Asia Region	334	676	101	3042	2127	0	0	13	11	4	3	0	1	22	22	19	21
European Region	51	532	63	230	155	0	1	5	4	0	0	0	0	16	12	20	21
Eastern Mediterranean Region	254	706	91	1149	1070	0	0	13	11	4	1	1	1	21	20	17	19
Western Pacific Region	74	534	64	889	467	0	0	6	4	1	1	0	0	23	16	15	17
Income group																	
Low income	636	757	124	3065	2658	4	3	14	12	5	1	11	11	19	18	12	14
Lower middle income	233	658	82	5104	4180	2	2	13	11	6	2	6	6	20	19	16	18
Upper middle income	125	608	81	1315	691	3	3	6	4	0	1	0	0	19	14	17	19
High income	31	380	41	98	85	0	0	1	1	0	0	1	1	5	4	25	23
Global	230	573	78	9581	7614	3	2	12	10	5	1	7	7	19	18	15	17

Mortality

Distribution of causes of death among children aged <5 years[b] (%)										Age-standardized adult mortality rate by cause[a] (ages 30-70 per 100 000 population)				
Birth asphyxia		Neonatal sepsis		Congenital anomalies		Other diseases		Injuries		All causes	Cancer	Cardiovascular dieases and diabetes	Chronic respiratory conditions	
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2008				
0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	220	59	59	2	Minimum
9	9	4	4	15	18	17	19	5	6	774	140	284	29	Median
40	48	10	14	43	48	100	42	29	56	3147	284	1427	195	Maximum
7	9	5	5	3	5	13	17	3	4	1716	147	382	92	African Region
8	8	6	6	15	17	23	20	6	17	532	136	169	24	Region of the Americas
10	11	8	8	5	7	14	12	3	4	987	125	322	109	South-East Asia Region
8	9	5	4	16	19	23	24	6	6	626	166	238	17	European Region
11	11	6	7	6	7	17	18	4	5	881	127	344	46	Eastern Mediterranean Region
16	14	3	3	8	12	18	22	8	9	545	168	184	41	Western Pacific Region
8	9	5	5	3	4	15	18	3	5	1354	154	375	77	Low income
10	10	7	7	5	6	14	14	3	4	808	150	273	73	Lower middle income
14	12	3	4	11	15	19	22	7	8	805	158	295	27	Upper middle income
8	6	3	3	26	25	22	25	9	14	376	141	104	14	High income
10	10	6	6	6	7	15	16	4	5	764	150	245	52	Global

2. Cause-specific mortality and morbidity (contd.)

Mortality

	MDG 5			MDG 6				
	Maternal mortality ratio[c] (per 100 000 live births)			Cause-specific mortality rate (per 100 000 population)				
				HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis among HIV-negative people[f]	
	1990	2000	2010	2001	2011	2010	2000	2011
Ranges of country values								
Minimum	6	4	2	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Median	110	90	66	6.5	11	1.7	7.1	4.6
Maximum	1 600	1 300	1 100	1214	638	191	142	159
WHO region								
African Region	820	720	480	219	139	72	37	26
Region of the Americas	100	80	63	12	9.0	0.2	3.6	2.2
South-East Asia Region	590	370	200	14	12	2.4	43	26
European Region	44	29	20	5.0	11	…	8.0	5.0
Eastern Mediterranean Region	430	360	250	4.8	7.7	3.5	29	16
Western Pacific Region	140	77	49	2.4	4.4	0.2	12	6.9
Income group								
Low income	810	630	410	138	72	39	48	33
Lower middle income	560	420	260	26	25	14	38	22
Upper middle income	120	76	53	18	20	0.6	10	5.7
High income	16	13	14	3.0	2.7	…	1.2	0.9
Global	400	320	210	31	25	12	22	14

[a] Mortality estimates for WHO Member States in 2008. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls). Please refer to the web site for further information on methods, country-level information used and margins of uncertainty. Communicable diseases include maternal causes, conditions arising during the perinatal period and nutritional deficiencies. Rates are age-standardized to WHO's world standard population. Ahmad OB et al. *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Geneva, World Health Organization, 2001 (GPE Discussion Paper Series No. 31) (http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf). Income-group aggregates are based on the 2008 World Bank list of economies.

[b] Liu L et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–2010: an updated systematic analysis. *Lancet*, 2012, 9 June, 379(9832):2151–2161. Prepared on behalf of the Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Individual percentages may not add up to 100% due to rounding. Income-group aggregates are based on the 2011 World Bank list of economies.

[c] *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf). Income-group aggregates are based on the 2011 World Bank list of economies. For uncertainty ranges see report.

[d] *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012*. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/20121120_globalreport2012/globalreport). For uncertainty ranges see the full report. WHO regional, income-group and global aggregates may include country estimates not available for reporting.

[e] *World Malaria Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/index.html). For uncertainty ranges see the report.

[f] These are classified as deaths from tuberculosis (A15–A19, B90) according to the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en). *Global Tuberculosis Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/). WHO regional, income-group and global aggregates include territories. For uncertainty ranges see the full report.

[g] Data are for all forms of tuberculosis including tuberculosis in people with HIV infection. *Global Tuberculosis Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/). WHO regional, income-group and global aggregates include territories. For uncertainty ranges see the full report.

Morbidity

MDG 6									
Incidence rate (per 100 000 population)					Prevalence (per 100 000 population)				
HIV/AIDS[d]		Malaria[e]	Tuberculosis[g]		HIV/AIDS[d]		Tuberculosis[g]		
2001	2011	2010	2000	2011	2001	2011	2000	2011	
0.3	0.9	0.0	1.6	0.5	1.0	5.1	2	0.7	Minimum
102	54	1 790	77	57	232	266	112	78	Median
1 792	1 166	38 479	1 407	1 317	15 084	15 816	1 619	1 372	Maximum
351	205	20 913	311	262	3 095	2 725	374	293	African Region
20	16	194	41	28	298	319	55	35	Region of the Americas
20	12	1 773	218	189	215	189	445	271	South-East Asia Region
19	20	…	74	42	188	263	123	56	European Region
11	17	2 491	118	109	76	113	245	170	Eastern Mediterranean Region
7.2	7.0	104	120	92	40	72	209	138	Western Pacific Region
173	104	12 201	308	252	1 704	1 390	472	346	Low income
47	34	5 095	203	169	400	410	404	243	Lower middle income
42	29	236	111	88	344	413	164	107	Upper middle income
8.3	8.1	…	19	14	175	223	28	18	High income
52	37	4 082	148	125	484	499	257	170	Global

3. Selected infectious diseases

Table 3 has been compiled from official national reports of case numbers for selected infectious diseases. Decisions on which diseases to include have primarily been made on the basis of data availability. Where possible, a distinction is made between zero cases reported and no information available for a country. In isolation, the numbers shown provide no indication of the relative risk of disease, nor of the quality of disease reporting in different countries. However, the table does provide an indication of the current status of officially reported infectious disease data at the global level, and of the major reporting gaps. Given the variations in the methods used by countries to obtain these numbers, no attempt has been made to calculate incidence or prevalence.

To meaningfully interpret the figures provided, both epidemiological patterns and data-collection efforts in specific countries must be considered. Some diseases (for example, malaria and yellow fever) are endemic to certain geographical regions, but are extremely rare elsewhere. Diseases such as plague are liable to cause outbreaks that can cause case numbers to fluctuate widely over time. Because some diseases are best tackled with preventive measures such as mass drug treatment, reporting the number of cases is a lower priority than estimating the population at risk. For vaccine-preventable diseases, case numbers are affected by immunization rates. Diseases such as H5N1 influenza, Japanese encephalitis and malaria are difficult to identify without specialized laboratory tests that are often not available in developing countries. In many settings, cases of some diseases are identified through clinical signs and symptoms alone.

Despite ongoing efforts to enhance disease surveillance and response, many countries face challenges in accurately identifying, diagnosing and reporting infectious diseases due to the remoteness of communities, lack of transport and communication infrastructures, and a shortage of skilled health care workers and laboratory facilities to ensure accurate diagnosis. No inferences can be drawn from the figures shown concerning the efforts or progress that countries are making in controlling particular diseases. Case numbers are also a poor indication of the burden of disease. Diseases such as H5N1 influenza and plague have high mortality rates, while diseases such as poliomyelitis and leprosy have low mortality rates but result in a heavy loss of healthy years of life. Some diseases with very small initial case numbers can potentially cause devastating epidemics, and so mandatory reporting is essential. For diseases that are considered eradicable (such as leprosy and poliomyelitis) case reporting is essential to ensure that eradication efforts are targeted to the affected areas.

Some diseases are reported under the International Health Regulations, while others are monitored by countries or by WHO in the context of specific control programmes. Further information on disease incidence and prevalence, as well as on immunization coverage rates for vaccine-preventable diseases, can be obtained from the relevant WHO programme.

3. Selected infectious diseases

Member State	Number of reported cases								
	Cholera[a]	Diphtheria[b]	H5N1 influenza[c]	Japanese encephalitis[b]	Leprosy[d]	Malaria[e]	Measles[b]	Meningitis[f]	Mumps[b]
	2011	2011	2012	2011	2011	2011	2011	2012	2011
Afghanistan	3 733	0	…	…	50	77 549	3 013	…	…
Albania	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Algeria	…	1	…	0	0	191	112	…	0
Andorra	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Angola	1 810	0	…	0	508	1 632 282	1 449	…	…
Antigua and Barbuda	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Argentina	…	0	…	…	340	18	3	…	5 481
Armenia	…	0	…	0	…	0	0	…	15
Australia	6[k]	4	…	0	7	…	190	…	145
Austria	…	0	…	0	…	…	68	…	…
Azerbaijan	…	0	0	0	…	8	0	…	101
Bahamas	1[k]	0	…	…	…	…	0	…	0
Bahrain	…	0	…	0	4	…	0	…	18
Bangladesh	…	11	3	103	3 970	51 773	5 625	…	…
Barbados	…	0	…	…	1	…	0	…	0
Belarus	…	0	…	0	…	…	50	…	48
Belgium	…	0	…	0	…	…	576	…	15
Belize	…	0	…	…	0	79	0	…	0
Benin	755	…	…	…	246	422 968	426	1 165	…
Bhutan	…	0	…	3	23	194	10	…	262
Bolivia (Plurinational State of)	…	0	…	…	…	7 143	0	…	1 096
Bosnia and Herzegovina	…	0	…	0	…	…	10	…	8 209
Botswana	…	0	…	…	…	432	8	…	…
Brazil	1[k]	6	…	…	33 955	267 045	43	…	0
Brunei Darussalam	3[k]	0	…	0	…	…	4	…	19
Bulgaria	…	0	…	0	…	…	157	…	139
Burkina Faso	20	0	…	…	…	428 113	860	6 957	0
Burundi	1 072	0	…	0	445	1 571 874	129	…	0
Cambodia	…	…	3	45	314	57 423	722	…	…
Cameroon	22 433	…	…	…	552	0	504	542[l]	…
Canada	9[k]	1	…	…	…	…	759	…	282
Cape Verde	…	0	…	0	4	36	0	…	198
Central African Republic	117	…	…	…	141	0	679	266[m]	…
Chad	17 267	…	…	…	…	181 126	8 650	3 874[n]	…
Chile	1[k]	0	…	…	0	…	6	…	950
China	26[o]	0	2	1 625	1 144	3 367	9 943	…	454 385
Colombia	…	0	…	…	434	64 309	6	…	15 926
Comoros	…	…	…	…	502	24 856	3	…	…
Congo	762	0	…	…	146	71 048	315	…	…
Cook Islands	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Costa Rica	…	0	…	…	16	17	0	…	1
Côte d'Ivoire	1 261	…	…	…	770	29 976	628	500	…
Croatia	…	0	…	0	…	…	12	…	86
Cuba	…	0	…	…	254	…	0	…	0
Cyprus	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Czech Republic	…	0	…	0	…	…	17	…	2 885
Democratic People's Republic of Korea	…	0	…	0	0	16 760	0	…	66
Democratic Republic of the Congo	21 700	…	…	…	3 949	4 561 981	133 802	10 141[p]	…
Denmark	…	0	…	…	…	…	84	…	13

Number of reported cases									Member State
Pertussis[b] 2011	Plague[a] 2012	Poliomyelitis[h] 2012	Congenital rubella syndrome[b] 2011	Rubella[b] 2011	Neonatal tetanus[b] 2011	Total tetanus[b] 2011	Tuberculosis[i] 2011	Yellow fever[b] 2011	
0	…	41[j]	…	750	20	20	27 983	…	Afghanistan
…	…	0	…	…	…	…	422	…	Albania
1	…	0	0	170	0	0	21 429	0	Algeria
4	…	0	0	0	0	0	3	0	Andorra
1 554	…	0	…	24	75	953	47 240	0	Angola
0	…	0	0	0	0	0	6	0	Antigua and Barbuda
1 594	…	0	0	1	0	1	9 610	0	Argentina
1	…	0	0	0	0	0	1 261	0	Armenia
38 040	…	0	0	60	0	3	1 222	0	Australia
309	…	0	…	2	…	0	400	0	Austria
27	…	0	0	0	0	0	6 527	0	Azerbaijan
0	…	0	0	0	0	0	41	0	Bahamas
0	…	0	0	3	0	0	225	0	Bahrain
44	…	0	…	5 631	98	644	150 899	…	Bangladesh
0	…	0	0	0	0	0	0	0	Barbados
151	…	0	0	20	0	0	4 697	0	Belarus
103	…	0	0	…	0	0	…	0	Belgium
0	…	0	0	0	0	0	74	0	Belize
0	…	0	…	20	6	6	4 212	0	Benin
0	…	0	…	3	0	3	1 235	0	Bhutan
0	…	0	0	0	1	1	8 521	2	Bolivia (Plurinational State of)
30	…	0	0	31	0	0	1 360	0	Bosnia and Herzegovina
0	…	0	…	214	0	0	6 603	…	Botswana
1 774	…	0	0	0	6	307	74 892	0	Brazil
3	…	0	0	2	0	1	230	0	Brunei Darussalam
46	…	0	0	41	0	4	2 172	0	Bulgaria
6	…	0	0	…	2	3	5 286	1 024	Burkina Faso
0	…	0	0	67	2	2	6 742	0	Burundi
…	…	0	9	1 096	9	…	38 555	…	Cambodia
…	…	0	…	106	31	93	24 533	29	Cameroon
676	…	0	1	2	0	2	1 391	2	Canada
1	…	0	0	10	0	2	380	0	Cape Verde
100	…	0	…	15	49	49	5 611	7	Central African Republic
…	…	17	…	0	215	215	10 505	122	Chad
2 582	…	0	0	1	0	12	2 450	0	Chile
2 517	…	0	…	65 549	…	…	899 669	…	China
1 010	…	0	0	1	2	37	11 523	0	Colombia
…	…	0	…	…	0	0	117	…	Comoros
0	…	0	…	…	0	0	10 975	188	Congo
0	…	0	0	0	0	0	1	…	Cook Islands
79	…	0	0	0	0	1	514	0	Costa Rica
…	…	0	…	43	3	…	22 476	10	Côte d'Ivoire
103	…	0	0	0	0	2	619	0	Croatia
0	…	0	0	0	0	1	805	0	Cuba
2	…	0	0	0	0	0	…	0	Cyprus
324	…	0	1	27	0	0	…	0	Czech Republic
13	…	0	0	5	0	0	91 433	0	Democratic People's Republic of Korea
2 452	131	17[j]	…	318	888	943	110 132	195	Democratic Republic of the Congo
71	…	0	0	0	0	0	…	…	Denmark

3. Selected infectious diseases

Member State	Number of reported cases								
	Cholera[a] 2011	Diphtheria[b] 2011	H5N1 influenza[c] 2012	Japanese encephalitis[b] 2011	Leprosy[d] 2011	Malaria[e] 2011	Measles[b] 2011	Meningitis[f] 2012	Mumps[b] 2011
Djibouti	127	0	0	…	6	0	49	…	…
Dominica	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Dominican Republic	20 851 [q]	2	…	…	154	1 616	2	…	0
Ecuador	…	0	…	…	112	1 233	201	…	733
Egypt	…	0	11	…	649	…	26	…	531
El Salvador	…	0	…	…	1	15	0	…	632
Equatorial Guinea	…	0	…	…	…	22 466	0	…	…
Eritrea	…	5	…	…	…	34 848	48	…	3 825
Estonia	…	0	…	0	…	…	7	…	8
Ethiopia	…	…	…	…	5 280	1 480 306	3 255	150	…
Fiji	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Finland	…	0	…	0	…	…	27	…	2
France	1 [k]	…	…	…	…	…	14 949	…	…
Gabon	…	…	…	…	32	0	2	…	…
Gambia	…	0	…	0	30	261 967	0	200	0
Georgia	…	1	…	0	…	6	64	…	44
Germany	4 [k]	4	…	…	…	…	1 607	…	…
Ghana	10 628	…	…	…	…	1 041 260	120	739	…
Greece	…	0	…	0	…	…	40	…	1
Grenada	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Guatemala	…	0	…	…	3	6 822	0	…	0
Guinea	3	0	…	…	498	95 574	11	196	…
Guinea-Bissau	…	0	…	0	45	71 982	0	…	0
Guyana	…	0	…	…	23	29 471	0	…	0
Haiti	340 311	2	…	…	…	32 048	0	…	…
Honduras	…	0	…	…	2	7 615	0	…	143
Hungary	…	0	…	0	…	…	5	…	5
Iceland	…	0	…	0	…	…	0	…	0
India	…	3 485	…	8 247	127 295	1 310 367	29 339	…	…
Indonesia	…	806	9	…	20 023	256 592	21 893	…	…
Iran (Islamic Republic of)	1 187	132	…	…	36	3 239	73	…	…
Iraq	…	0	0	…	1	11	15	…	1 944
Ireland	…	0	…	0	…	…	285	…	177
Israel	…	0	…	…	…	…	70	…	301
Italy	…	0	…	…	…	…	5 189	…	726
Jamaica	…	0	…	…	…	…	0	…	4
Japan	12 [r]	0	…	9	…	…	434	…	137 060
Jordan	…	0	…	0	0	…	0	…	175
Kazakhstan	…	0	…	…	…	…	127	…	51
Kenya	74	…	…	0	105	1 002 805	2 395	…	0
Kiribati	…	0	…	0	111	…	0	…	…
Kuwait	…	0	…	0	16	…	32	…	62
Kyrgyzstan	…	0	…	…	…	5	222	…	300
Lao People's Democratic Republic	…	0	0	24	93	17 835	113	…	54
Latvia	…	6	…	0	…	…	1	…	10
Lebanon	…	0	…	…	3	…	9	…	12
Lesotho	…	0	…	0	6	…	172	…	0
Liberia	1 146	0	…	0	662	1 915 762	279	…	0
Libya	…	…	…	…	3	…	…	…	…

Number of reported cases									Member State
Pertussis[b] 2011	Plague[a] 2012	Poliomyelitis[h] 2012	Congenital rubella syndrome[b] 2011	Rubella[b] 2011	Neonatal tetanus[b] 2011	Total tetanus[b] 2011	Tuberculosis[i] 2011	Yellow fever[b] 2011	
…	…	0	…	15	…	…	3 686	…	Djibouti
0	…	0	0	0	0	0	2	0	Dominica
3	…	0	0	0	2	45	4 309	0	Dominican Republic
3	…	0	0	0	2	2	5 106	0	Ecuador
0	…	0	…	30	20	264	8 974	…	Egypt
11	…	0	0	0	0	9	1 896	0	El Salvador
0	…	0	0	…	3	3	883	0	Equatorial Guinea
91	…	0	…	354	0	17	3 049	…	Eritrea
478	…	0	0	0	0	2	296	0	Estonia
…	…	0	…	174	33	33	156 539	…	Ethiopia
…	…	0	…	…	…	…	208	…	Fiji
555	…	0	1	2	…	…	312	0	Finland
…	…	0	0	…	0	9	…	0	France
…	…	0	…	4	0	…	4 404	0	Gabon
0	…	0	0	42	2	2	2 248	0	Gambia
33	…	0	0	64	0	5	4 547	0	Georgia
…	…	0	0	…	…	…	3 528	0	Germany
…	…	0	…	712	5	…	15 389	30	Ghana
3	…	0	0	0	0	11	…	0	Greece
0	…	0	0	0	0	0	2	0	Grenada
0	…	0	0	0	1	2	3 040	0	Guatemala
…	…	0	…	34	17	64	11 359	0	Guinea
0	…	0	…	3	0	0	2 063	0	Guinea-Bissau
0	…	0	0	0	0	0	710	0	Guyana
0	…	0	0	0	0	0	14 315	…	Haiti
113	…	0	0	0	2	14	3 233	0	Honduras
9	…	0	0	3	0	4	…	0	Hungary
0	…	0	0	0	0	0	8	0	Iceland
35 217	…	0	…	…	653	4 493	1 323 949	…	India
1 941	…	0	…	1 959	114	210	318 949	…	Indonesia
650	…	0	0	20	3	18	10 980	…	Iran (Islamic Republic of)
2 019	…	0	1	18	10	39	8 837	0	Iraq
229	…	0	0	6	0	0	281	0	Ireland
2 345	…	0	0	1	0	0	412	0	Israel
302	…	0	0	84	0	58	1 658	…	Italy
1	…	0	0	0	0	1	105	0	Jamaica
4 395	…	0	1	369	…	111	22 119	0	Japan
0	…	0	0	1	0	0	314	0	Jordan
66	…	0	0	44	0	3	18 254	…	Kazakhstan
…	…	3	0	610	…	…	97 320	0	Kenya
0	…	0	0	0	0	0	343	…	Kiribati
16	…	0	1	38	0	0	672	0	Kuwait
77	…	0	0	3	0	0	5 529	…	Kyrgyzstan
38	…	0	…	169	6	24	4 306	…	Lao People's Democratic Republic
10	…	0	0	2	0	0	864	0	Latvia
7	…	0	0	4	0	0	496	0	Lebanon
0	…	0	0	172	0	0	11 432	0	Lesotho
0	…	0	0	0	3	3	7 906	0	Liberia
…	…	0	…	…	…	…	1 518	…	Libya

3. Selected infectious diseases

Member State	Number of reported cases								
	Cholera [a]	Diphtheria [b]	H5N1 influenza [c]	Japanese encephalitis [b]	Leprosy [d]	Malaria [e]	Measles [b]	Meningitis [f]	Mumps [b]
	2011	2011	2012	2011	2011	2011	2011	2012	2011
Lithuania	…	1	…	0	…	…	7	…	64
Luxembourg	…	0	…	0	…	…	6	…	0
Madagascar	…	5	…	0	1 577	224 498	0	…	12
Malawi	120	…	…	…	…	304 499	26	…	…
Malaysia	586 [s]	0	…	12	216	5 306	1 569	…	…
Maldives	…	0	…	0	14	…	0	…	69
Mali	2 220	…	…	…	226	307 035	24	688	…
Malta	…	0	…	0	…	…	3	…	0
Marshall Islands	…	0	…	0	116	…	0	…	0
Mauritania	46	…	…	…	…	2 926	234	41	…
Mauritius	…	0	…	0	…	…	2	…	0
Mexico	1	0	…	…	215	1 124	3	…	2 685
Micronesia (Federated States of)	…	…	…	…	196	…	0	…	…
Monaco	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Mongolia	…	0	…	0	…	…	0	…	1 016
Montenegro	…	0	…	0	…	…	5	…	57
Morocco	…	0	…	0	51	…	982	…	…
Mozambique	1 279	…	…	…	1 097	1 756 874	177	…	…
Myanmar	16	7	0	20	3 082	465 294	2 046	…	…
Namibia	…	2	…	0	6	1 860	79	…	0
Nauru	…	0	…	0	…	…	0	…	0
Nepal	12	94	…	126	3 184	3 414	2 359	…	39 023
Netherlands	…	1	…	…	…	…	51	…	610
New Zealand	…	20	…	0	1	…	597	…	52
Nicaragua	…	0	…	…	6	925	0	…	1
Niger	2 324	0	…	…	364	780 876	771	314	…
Nigeria	23 377	0	0	0	…	0	18 843	1 206	0
Niue	…	0	…	0	…	…	0	…	0
Norway	…	0	…	0	…	…	39	…	16
Oman	…	0	…	0	3	0	5	…	121
Pakistan	527	22	0	…	429	0	4 386	…	…
Palau	…	0	…	0	…	…	0	…	0
Panama	…	0	…	…	2	354	4	…	111
Papua New Guinea	1 535	0	…	…	302	80 928	0	…	…
Paraguay	…	2	…	…	468	10	0	…	283
Peru	…	0	…	…	21	22 878	0	…	0
Philippines	120	…	…	…	1 818	9 552	6 538	…	…
Poland	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Portugal	…	0	…	…	…	…	2	…	134
Qatar	…	0	…	0	25	…	101	…	368
Republic of Korea	3	0	…	3	7	838	42	…	6 241
Republic of Moldova	…	0	…	0	…	…	0	…	143
Romania	…	0	…	0	…	…	4 189	…	195
Russian Federation	…	5	…	…	…	0	629	…	406
Rwanda	…	0	…	…	43	208 858	31	…	…
Saint Kitts and Nevis	…	0	…	…	0	…	0	…	0
Saint Lucia	…	0	…	…	7	…	0	…	0
Saint Vincent and the Grenadines	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Samoa	…	0	…	0	…	…	0	…	0

Number of reported cases									Member State
Pertussis[b] 2011	Plague[a] 2012	Poliomyelitis[h] 2012	Congenital rubella syndrome[b] 2011	Rubella[b] 2011	Neonatal tetanus[b] 2011	Total tetanus[b] 2011	Tuberculosis[i] 2011	Yellow fever[b] 2011	
30	…	0	0	0	0	2	1 745	0	Lithuania
4	…	0	0	0	…	0	11	0	Luxembourg
369	256	0	0	196	43	728	26 019	0	Madagascar
…	…	0	…	267	8	8	19 361	…	Malawi
248	…	0	…	374	3	11	19 808	…	Malaysia
0	…	0	0	1	0	3	87	0	Maldives
…	…	0	…	125	11	…	5 428	0	Mali
8	…	0	0	1	0	0	22	0	Malta
0	…	0	0	0	0	0	139	0	Marshall Islands
…	…	0	…	…	…	…	1 776	…	Mauritania
0	…	0	0	4	0	1	114	0	Mauritius
252	…	0	0	0	1	23	19 857	0	Mexico
…	…	0	…	…	…	…	148	…	Micronesia (Federated States of)
…	…	0	…	…	…	…	…	…	Monaco
0	…	0	0	13	0	0	4 217	0	Mongolia
8	…	0	…	0	0	1	110	0	Montenegro
35	…	0	…	8	4	16	28 640	0	Morocco
…	…	0	…	143	47	60	44 627	…	Mozambique
5	…	0	…	103	32	178	136 737	…	Myanmar
16	…	0	0	140	5	10	10 806	0	Namibia
0	…	0	0	0	0	0	5	0	Nauru
1 733	…	0	…	1 175	95	193	35 434	…	Nepal
6 726	…	0	0	2	0	5	970	…	Netherlands
1 992	…	0	0	22	0	0	305	0	New Zealand
87	…	0	0	0	0	0	2 693	0	Nicaragua
983	…	1[j]	…	19	11	131	10 325	20	Niger
0	…	130[j]	0	3 691	82	114	86 778	387	Nigeria
0	…	0	0	0	0	0	1	0	Niue
3 695	…	0	0	2	0	0	…	0	Norway
88	…	0	0	1	0	2	337	0	Oman
156	…	73	…	189	505	516	261 041	…	Pakistan
0	…	0	0	0	0	0	12	0	Palau
36	…	0	0	0	0	1	1 553	0	Panama
4 625	…	0	…	19	56	56	14 893	…	Papua New Guinea
11	…	0	0	0	0	10	2 372	0	Paraguay
56	5	0	0	0	1	38	31 241	13	Peru
…	…	0	…	926	166	1 537	195 560	…	Philippines
…	…	0	…	…	…	…	7 946	…	Poland
32	…	0	0	0	0	0	…	0	Portugal
0	…	0	0	16	0	0	553	0	Qatar
97	…	0	…	53	0	19	42 589	0	Republic of Korea
102	…	0	0	0	0	0	4 208	0	Republic of Moldova
86	…	0	0	3 494	0	20	16 866	0	Romania
4 733	…	0	0	349	0	8	112 910	0	Russian Federation
0	…	0	…	62	0	0	6 623	0	Rwanda
0	…	0	0	0	0	0	1	0	Saint Kitts and Nevis
0	…	0	0	0	0	1	7	0	Saint Lucia
0	…	0	0	0	0	0	17	0	Saint Vincent and the Grenadines
0	…	0	0	1	0	0	20	0	Samoa

3. Selected infectious diseases

Member State	Number of reported cases								
	Cholera[a] 2011	Diphtheria[b] 2011	H5N1 influenza[c] 2012	Japanese encephalitis[b] 2011	Leprosy[d] 2011	Malaria[e] 2011	Measles[b] 2011	Meningitis[f] 2012	Mumps[b] 2011
San Marino	…	…	…	0	…	…	0	…	1
Sao Tome and Principe	…	0	…	…	…	8 442	0	…	…
Saudi Arabia	…	3	…	0	6	2 788	362	…	26
Senegal	5	…	…	…	…	0	18	894	…
Serbia	…	0	…	…	…	…	370	…	63
Seychelles	…	0	…	0	1	…	0	…	0
Sierra Leone	…	…	…	…	…	638 859	1 865	…	…
Singapore	2[k]	0	…	0	11	…	148	…	501
Slovakia	…	0	…	0	…	…	0	…	2
Slovenia	…	0	…	0	…	…	22	…	4
Solomon Islands	…	0	…	0	…	26 657	0	…	0
Somalia	77 636	…	…	…	255	3 351	17 298	…	…
South Africa	…	0	…	0	…	9 866	92	…	…
South Sudan	…	…	…	…	1 799	112 024	1 256	…	…
Spain	…	0	…	0	…	…	3 802	…	4 416
Sri Lanka	…	0	…	30	2 178	175	60	…	1 129
Sudan	…	193	…	…	706	506 806	5 616	524[t]	…
Sudan (former)	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Suriname	…	0	…	…	41	750	0	…	0
Swaziland	…	0	…	0	…	549	0	…	6 773
Sweden	1[k]	2	…	0	…	…	26	…	38
Switzerland	…	…	…	…	…	…	621	…	…
Syrian Arab Republic	…	0	…	0	2	0	13	…	95
Tajikistan	…	0	…	…	…	78	1	…	1 441
Thailand	279	29	0	53	280	24 897	3 066	…	9 901
The former Yugoslav Republic of Macedonia	…	0	…	…	…	…	701	…	111
Timor-Leste	…	0	…	0	83	19 739	763	…	0
Togo	4	0	…	…	…	519 450	187	408	…
Tonga	…	0	…	0	…	…	0	…	0
Trinidad and Tobago	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Tunisia	…	0	…	…	3	…	11	…	…
Turkey	…	1	0	…	…	128	111	…	1 609
Turkmenistan	…	2	…	…	…	0	0	…	31
Tuvalu	…	0	…	…	…	…	0	…	0
Uganda	…	…	…	…	342	231 873	3 312	…	…
Ukraine	33	8	…	0	…	…	1 333	…	955
United Arab Emirates	…	…	…	…	…	…	…	…	…
United Kingdom	32[k]	2	…	0	…	…	1 112	…	2 716
United Republic of Tanzania	942	0	…	…	…	0	1 622	…	…
United States of America	42[u]	0	…	…	173	…	222	…	404
Uruguay	…	0	…	…	12	…	0	…	…
Uzbekistan	…	0	…	0	…	1	476	…	1 160
Vanuatu	…	0	…	…	2	4 820	0	…	…
Venezuela (Bolivarian Republic of)	49[k]	0	…	…	577	45 824	0	…	2 740
Viet Nam	3	13	4	126	748	16 612	750	…	…
Yemen	31 789	2	…	…	299	90 410	2 676	…	3 306
Zambia	330	0	…	0	376	0	13 234	…	…
Zimbabwe	1 220	0	…	…	…	319 935	0	…	…

Number of reported cases									Member State
Pertussis[b] 2011	Plague[a] 2012	Poliomyelitis[h] 2012	Congenital rubella syndrome[b] 2011	Rubella[b] 2011	Neonatal tetanus[b] 2011	Total tetanus[b] 2011	Tuberculosis[i] 2011	Yellow fever[b] 2011	
0	…	0	0	0	0	0	…	0	San Marino
0	…	0	…	…	0	0	136	0	Sao Tome and Principe
13	…	0	…	…	14	26	3 932	0	Saudi Arabia
…	…	0	…	141	21	144	11 022	7	Senegal
25	…	0	0	14	0	6	2 171	…	Serbia
5	…	0	0	0	0	0	21	0	Seychelles
23	…	0	…	54	56	112	12 734	361	Sierra Leone
29	…	0	2	110	0	0	1 641	0	Singapore
936	…	0	0	0	0	1	352	0	Slovakia
284	…	0	0	0	0	2	181	0	Slovenia
0	…	0	0	0	0	0	398	0	Solomon Islands
3 028	…	1[j]	…	…	233	233	11 653	…	Somalia
181	…	0	…	3 266	3	…	343 715	0	South Africa
…	…	0	…	…	45	…	7 217	128	South Sudan
3 088	…	0	0	30	0	9	6 044	0	Spain
23	…	0	3	416	0	14	9 755	0	Sri Lanka
132	…	0	…	237	168	174	19 348	…	Sudan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sudan (former)
0	…	0	0	0	0	1	124	0	Suriname
0	…	0	0	20	0	1	8 337	0	Swaziland
177	…	0	1	4	0	3	457	0	Sweden
…	…	0	0	9	…	…	379	…	Switzerland
90	…	0	0	7	2	3	3 395	0	Syrian Arab Republic
56	…	0	0	0	0	3	6 290	…	Tajikistan
15	…	0	…	514	1	109	65 824	0	Thailand
6	…	0	…	8	0	0	335	0	The former Yugoslav Republic of Macedonia
4	…	0	0	0	2	3	4 386	0	Timor-Leste
34	…	0	…	69	28	28	2 888	0	Togo
0	…	0	0	0	0	0	9	0	Tonga
0	…	0	0	0	0	0	224	0	Trinidad and Tobago
0	…	0	…	1 075	0	1	3 015	…	Tunisia
242	…	0	1	1 734	0	24	15 054	0	Turkey
0	…	0	0	0	0	0	…	…	Turkmenistan
0	…	0	0	0	0	0	12	…	Tuvalu
…	…	0	…	3 312	207	623	46 306	66	Uganda
2 937	…	0	2	3 667	0	12	34 237	0	Ukraine
…	…	0	…	…	…	…	103	…	United Arab Emirates
1 243	…	0	1	5	0	3	7 850	0	United Kingdom
0	7	0	…	18	0	…	59 357	…	United Republic of Tanzania
18 610	1	0	0	4	1	37	10 521	0	United States of America
…	…	0	0	0	0	0	817	0	Uruguay
36	…	0	0	23	0	0	14 501	0	Uzbekistan
0	…	0	…	…	0	0	110	…	Vanuatu
3	…	0	0	0	3	26	6 282	0	Venezuela (Bolivarian Republic of)
105	…	0	189	7 259	32	186	98 804	…	Viet Nam
2 280	…	2[j]	…	337	38	38	8 636	0	Yemen
0	…	0	0	1 124	0	0	43 583	0	Zambia
0	…	0	…	447	7	7	38 404	…	Zimbabwe

3. Selected infectious diseases

	Number of reported cases								
	Cholera [a]	Diphtheria [b]	H5N1 influenza [c]	Japanese encephalitis [b]	Leprosy [d]	Malaria [e]	Measles [b]	Meningitis [f]	Mumps [b]
	2011	2011	2012	2011	2011	2011	2011	2012	2011
Ranges of country values									
Minimum	1	0	0	0	0	0	0	41	0
Median	120	0	0	0	108	8 997	25	533	38
Maximum	340 311	3 485	11	8 247	127 295	4 561 981	133 802	10 141	454 385
WHO region									
African Region	110 915	13	…	…	17 953	20 168 253	194 364	28 281	…
Region of the Americas	361 266	13	…	…	36 817	489 296	1 249	…	31 472
South-East Asia Region	…	4 432	…	8 582	160 132	2 149 205	65 161	…	…
European Region	…	33	…	…	…	…	37 073	…	27 308
Eastern Mediterranean Region	114 999	352	…	…	4 346	796 178	35 923	…	…
Western Pacific Region	2 296	37	9	1 844	5 086	223 338	21 050	…	599 473
Income group									
Low income	472 017	124	…	…	26 407	18 057 540	190 072	…	…
Lower middle income	…	4 532	…	8 430	159 287	3 656 120	110 192	…	…
Upper middle income	24 791	187	2	1 690	38 386	2 086 744	23 040	…	504 267
High income	116	37	…	…	…	…	31 516	…	157 455
Global	589 854	4 880	…	10 426	224 334	23 826 496	354 820	…	726 169

a. Cholera annual report 2011. *Weekly Epidemiological Record*, 2012, 87(31/32):289–304 (www.who.int/wer).

b. Data provided by Member States through WHO/UNICEF Joint Reporting Form and WHO regional offices. Geneva, World Health Organization, 2012 (www.who.int/immunization_monitoring/data/en/, October 2012 update).

c. *Cumulative number of confirmed human cases of avian influenza A/(H5N1) reported to WHO*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/H5N1_cumulative_table_archives/en/index.html, accessed 15 January 2013).

d. Global leprosy situation, 2012. *Weekly Epidemiological Record*, 2012, 87(34):317–328 (www.who.int/wer).

e. *World Malaria Report 2012*. Annex 6A Reported malaria cases and deaths, 2011, and estimated cases and deaths, 2010. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/index.html).

f. Suspected meningitis cases reported to WHO Global Alert and Response (GAR) in African countries under enhanced surveillance up to 28 November 2012.

g. Plague cases reported to WHO Global Alert and Response (GAR) as of January 2013.

h. Data from World Health Organization, Polio Eradication Initiative, as of 15 January 2013. (Updated information can be found at: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm). Afghanistan, Nigeria and Pakistan are currently endemic countries. For non-endemic countries, cases are the result of importation.

i. The number of new and relapse tuberculosis cases diagnosed and treated in national tuberculosis control programmes and notified to WHO. *Global Tuberculosis Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (www.who.int/tb/publications/global_report/). WHO regional and global figures include territories.

j. Confirmed polio cases refer to any circulating polioviruses from AFP (Wild poliovirus and circulating Vaccine Derived Poliovirus -cVDPV). Figures include 4 cVDPV in Afghanistan, 12 cVDPV in Chad, 17 cVDPV in Democratic Republic of the Congo, 3 cVDPV in Kenya, 8 cVDPV in Nigeria, 15 cVDPV in Pakistan, 1 cVDPV in Somalia and 2 cVDPV in Yemen.

k. All reported cases are imported.

l. Number of cases reported up to 20 May 2012.

m. Number of cases reported up to 10 June 2012.

n. Number of cases reported up to 2 December 2012.

o. 1 of 26 reported cases are imported.

p. Number of cases reported up to 23 December 2012.

q. 45 of 20 851 reported cases are imported.

r. 11 of 12 reported cases are imported.

s. 117 of 586 reported cases are imported.

t. Number of cases reported up to 1 July 2012.

u. 40 of 42 reported cases are imported.

Number of reported cases

Pertussis[b] 2011	Plague[a] 2012	Poliomyelitis[h] 2012	Congenital rubella syndrome[b] 2011	Rubella[b] 2011	Neonatal tetanus[b] 2011	Total tetanus[b] 2011	Tuberculosis[i] 2011	Yellow fever[b] 2011	
0	1	0	0	0	0	0	0	0	Minimum
14	7	0	0	4	0	2	3 809	0	Median
38 040	256	130	189	65 549	888	4 493	1 323 949	1 024	Maximum
5 816	…	168	…	16 190	1 863	4 355	1 367 193	2 446	African Region
26 901	…	0	1	9	22	572	218 328	17	Region of the Americas
38 995	…	0	…	…	995	5 850	2 138 688	…	South-East Asia Region
29 732	…	0	7	9 672	0	197	285 789	0	European Region
8 514	…	117	…	2 749	1 062	1 350	411 587	…	Eastern Mediterranean Region
52 089	…	0	…	76 022	…	…	1 350 639	…	Western Pacific Region
9 014	…	80	…	15 112	2 122	4 305	1 215 765	…	Low income
49 997	…	205	…	21 379	1 967	7 983	2 643 991	…	Lower middle income
18 047	…	0	…	77 100	…	…	1 788 357	…	Upper middle income
84 989	…	0	9	858	18	313	124 093	2	High income
162 047	…	285	…	114 449	4 214	14 272	5 772 224	…	Global

4. Health service coverage

Health service coverage indicators reflect the extent to which people in need actually receive important health interventions. Such interventions include reproductive health services; the provision of skilled care to women during pregnancy and childbirth; immunization to prevent common childhood infections; vitamin A supplementation in children; and the prevention and treatment of disease in children, adolescents and adults. Table 4 presents data on the following related MDG indicators: unmet need for family planning; contraceptive prevalence; antenatal care coverage; births attended by skilled health personnel; measles immunization coverage among 1-year-olds; children aged <5 years sleeping under insecticide-treated nets; children aged < 5 years with fever who received treatment with any antimalarial; antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection; case-detection rate for all forms of tuberculosis; and treatment-success rate for smear-positive tuberculosis.

Data are also presented on births by caesarean section; postnatal care coverage; neonates protected at birth against neonatal tetanus; 1-year-olds immunized against diphtheria, tetanus and pertussis, hepatitis B and *Haemophilus influenzae* type B; children aged 6–59 months who received vitamin A supplementation; children aged < 5 years with acute respiratory infection (ARI) symptoms taken to a health facility; children aged < 5 years with ARI symptoms receiving antibiotics; children aged <5 years with diarrhoea receiving oral rehydration therapy (ORT); and coverage of antiretroviral therapy among pregnant women with HIV to prevent mother-to-child transmission (MTCT).

Coverage indicators are typically calculated by dividing the number of people receiving a defined intervention by the population eligible for – or in need of – the intervention. For example, immunization coverage among 1-year-old children can be calculated from the number of children having received a specific vaccine divided by the total population of 1-year-old children in each country. For indicators on antenatal care, births attended by skilled health personnel and births by caesarean section, the denominator is the total number of live births in the defined population.

The main sources of data on health service coverage are household surveys and completed questionnaires on health service use. The principal types of surveys used are the UNICEF Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), the Demographic and Health Survey (DHS) and country health and economic surveys. Other sources of data include the administrative records of routine service provision, which provide data on the numerator. The denominator is estimated on the basis of census projections. It should be borne in mind that administrative records tend to overestimate coverage as a result of double counting in the numerator and uncertainty in the denominator. Although household surveys are generally considered to be more reliable, these are subject to respondent reporting errors as well as to margins of uncertainty due to sampling errors. In generating global estimates, it is good practice to reconcile data from multiple sources in order to maximize the accuracy of all estimates.

Unavoidable terminology differences also exist between countries making standardization difficult.

For example, there are significant variations across countries in the precise skills and training of health workers classified as “skilled birth attendants”. Indicator definitions may also change over time. As a result of these and other issues, there may be limitations in the comparability of results across countries and over time. WHO regional aggregates are not available for several coverage indicators, reflecting both the limited availability of data for several indicators, and the fact that some conditions (such as malaria) are not of public health significance in all countries.

4. Health service coverage

Member State	MDG 5								MDG 4					
	Unmet need for family planning[a] (%)	Contraceptive prevalence[a] (%)	Antenatal care coverage[b] (%)		Births attended by skilled health personnel[b] (%)	Births by caesarean section[b] (%)	Postnatal care visit within two days of childbirth[b] (%)	Neonates protected at birth against neonatal tetanus[c] (%)	Immunization coverage among 1-year-olds[d] (%)					
			At least 1 visit	At least 4 visits					Measles			DTP3	HepB3	Hib3
	2005–2012	2005–2012	2005–2012		2005–2012	2005–2011	2005–2011	2011	1990	2000	2011	2011	2011	2011
Afghanistan	…	22	46	15	36	4	23	60	20	27	62	66	66	66
Albania	13	69	97	67	99	19	83	87	88	95	99	99	99	99
Algeria	…	61	89	…	95	…	…	90	83	80	95	95	95	95
Andorra	…	…	…	…	…	…	…	…	…	97	99	99	99	99
Angola	…	…	68[k]	47	49[k]	…	…	70	38	41	88	86	86	86
Antigua and Barbuda	…	…	100[k]	100	100[k]	…	…	…	89	95	99	99	99	99
Argentina	…	79	91[l]	25	99	23	…	…	93	91	93	93	93	93
Armenia	19	55	99	93	100	13	92	…	…	92	97	95	95	95
Australia	…	72	97[m]	91[m,n]	99[o]	32	…	…	86	91	94	92	92	92
Austria	…	…	…	…	99[o]	29	…	…	60	75	76	83	83	83
Azerbaijan	15	51	77	45	89	5	66	…	…	67	67	74	48	38
Bahamas	…	…	98[k]	86	99[k]	…	…	92	86	93	90	98	95	98
Bahrain	…	…	100	100	97[o]	27	…	94	87	98	99	99	99	99
Bangladesh	12	61	50	26	31	17	27	94	65	72	96	96	96	96
Barbados	…	…	100[k]	89	100[k]	…	…	…	87	94	93	91	91	91
Belarus	…	73	99	…	100	23	…	…	…	98	99	98	98	21
Belgium	…	…	…	…	99[q]	20	…	…	85	82	95	98	97	98
Belize	…	34	99[l]	…	94[o]	…	…	88	86	96	98	95	95	95
Benin	27	17	86	61	84	4	66	92	79	70	72	85	85	85
Bhutan	12	66	74	77	58	12	…	89	93	78	95	95	95	…
Bolivia (Plurinational State of)	20	61	86	72	71	19	28	74	53	84	84	82	82	82
Bosnia and Herzegovina	…	36	99	…	100	15	…	…	…	80	89	88	88	85
Botswana	…	53	94	73	99[k]	…	…	92	87	91	94	96	93	96
Brazil	6	80	97[l]	90	99[o]	52	…	92	78	99	97	96	96	97
Brunei Darussalam	…	…	100[l]	100	10[k]	…	…	95	99	99	91	97	93	96
Bulgaria	…	…	…	…	99[k]	31	…	…	99	89	95	95	96	95
Burkina Faso	…	16	95	34	67	2	72	88	79	59	63	91	91	91
Burundi	…	22	99	33	60	4	30	80	74	76	92	96	96	96
Cambodia	24	51	89	59	71	3	70	91	34	65	93	94	94	94
Cameroon	…	23	85[k]	…	64[k]	…	…	75	56	49	76	66	66	66
Canada	…	…	100[l]	99	99[o]	28	…	…	89	96	98	95	70	95
Cape Verde	17	61	95[l]	72	76	11	26	92	79	86	96	90	90	90
Central African Republic	…	19	57	…	41	…	…	80	82	36	62	54	54	54
Chad	…	…	43	23	17	2	…	60	32	28	28	22	22	22
Chile	…	64	…	…	100[o]	37[s]	…	…	97	97	91	94	94	94
China	…	85	94[l]	…	96	27	…	…	98	84	99	99	99	…
Colombia	8	79	97	89	99	43	3[t]	79	82	80	88	85	85	85
Comoros	…	…	…	…	…	…	…	85	87	70	72	83	83	83
Congo	20	45	93[k]	75	94[k]	3	24[t]	83	75	34	90	90	90	90
Cook Islands	…	…	100[l]	…	100[k]	…	…	…	67	76	89	93	93	93
Costa Rica	…	82	99[l]	97	95	21[u]	…	…	90	82	83	85	84	81
Côte d'Ivoire	…	13	91[k]	45	59[k]	6	…	82	56	68	49	62	62	62
Croatia	…	…	…	…	100	19	…	…	…	93	96	96	97	96
Cuba	…	73	100[k]	100	100[o]	…	…	…	94	94	99	96	96	96
Cyprus	…	…	99[l]	…	98[o]	51	…	…	77	86	87	99	96	96
Czech Republic	…	…	98[l]	95	100[o]	24	…	…	…	98	98	99	99	99
Democratic People's Republic of Korea	…	…	100	94	100	13	…	93	98	78	99	94	94	…
Democratic Republic of the Congo	24	18	89	44	80	7	80	70	38	46	71	70	70	70
Denmark	…	…	…	…	99[o]	21	…	…	84	99	87	91	…	91

Children aged 6–59 months who received vitamin A supplementation [e] (%)	Children aged <5 years (%)					Pregnant women with HIV receiving antiretrovirals to prevent MTCT [h] (%)	MDG 6					Member State
	With ARI symptoms taken to a health facility [e]	With ARI symptoms receiving antibiotics [e]	With diarrhoea receiving ORT (ORS and/or RHF) [e]	MDG 6: Sleeping under insecticide-treated nets [f]	MDG 6: With fever who received treatment with any antimalarial [g]		Antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection [h] (%)	Case-detection rate for all forms of tuberculosis [i] (%)		Treatment-success rate for smear-positive tuberculosis [j] (%)		
2005–11		2005–2011		2005–2011	2005–2012	2011	2011	2000	2011	2000	2010	
…	…	…	…	4	…	…	6	16	46	85	90	Afghanistan
…	70	60	68	…	…	…	…	87	100	…	91	Albania
…	53	59	27	…	…	…	…	70	67	87	89	Algeria
…	…	…	…	…	…	…	…	110	59	50	…	Andorra
…	…	…	…	26	28	16	36	46	78	68	48	Angola
…	…	…	…	…	…	…	…	110	97	100	33	Antigua and Barbuda
…	…	…	…	…	…	…	79	79	90	47	48	Argentina
…	…	…	90	…	…	…	22	71	74	87	72	Armenia
…	…	…	…	…	…	…	…	90	90	72	80	Australia
…	…	…	…	…	…	…	…	91	130	73	65	Austria
9	33	…	31	…	…	…	28	9	62	90	77	Azerbaijan
…	…	…	…	…	…	…	…	110	90	…	68	Bahamas
…	…	…	…	…	…	…	…	110	95	73	96	Bahrain
84 [p]	57	…	81	…	…	…	31	26	45	81	92	Bangladesh
…	…	…	…	…	…	…	…	49	…	…	100	Barbados
…	90	67	85	…	…	…	…	81	70	…	66	Belarus
…	…	…	…	…	…	…	…	92	…	66	…	Belgium
65	82	71	55	…	…	…	62	110	58	78	0	Belize
61	36	…	30	20	38	30	61	48	67	78	91	Benin
…	74	49	81	…	…	…	24	50	87	90	90	Bhutan
25	51	64	44	…	…	…	15	66	64	79	88	Bolivia (Plurinational State of)
…	91	73	65	…	…	…	…	110	74	94	…	Bosnia and Herzegovina
…	…	…	…	…	…	94	>95	58	71	77	81	Botswana
…	50	0	51	…	…	…	71	74	91	71	74	Brazil
…	…	…	…	…	…	…	…	110	81	63	81	Brunei Darussalam
…	…	…	…	…	…	…	25	72	83	…	86	Bulgaria
63	56	47	24	47	35	46	57	27	55	60	77	Burkina Faso
81	55	43	41	44	17	52	54	35	57	80	92	Burundi
71	64	39	34	4	0	…	>95	26	64	91	94	Cambodia
…	30	…	22	13	21	53	41	11	50	77	78	Cameroon
…	…	…	…	…	…	…	…	85	89	35	76	Canada
…	51 [r]	…	100	…	…	…	46	…	52	64	…	Cape Verde
60	32	39	34	15	32	48	22	…	31	58	68	Central African Republic
98	26	31	48	…	36	11	34	…	60	…	68	Chad
…	…	…	…	…	…	…	66	75	79	82	71	Chile
…	…	…	…	…	…	…	…	33	89	93	96	China
…	65	…	61	…	…	…	46	68	73	80	79	Colombia
…	…	…	…	…	…	…	19	55	45	93	91	Comoros
69	48	…	27	6	25	6	44	83	68	69	77	Congo
…	…	…	…	…	…	…	…	69	82	…	…	Cook Islands
…	…	…	…	…	…	…	…	43	88	57	87	Costa Rica
55	35	19	33	6	18	68	41	25	59	57	77	Côte d'Ivoire
…	…	…	…	…	…	…	…	85	82	…	75	Croatia
…	97	70	53	…	…	…	>95	83	77	93	89	Cuba
…	…	…	…	…	…	…	…	79	…	…	…	Cyprus
…	…	…	…	…	…	…	…	84	…	70	…	Czech Republic
98	80	88	92	…	…	…	…	43	110	82	90	Democratic People's Republic of Korea
82	40	42	53 [v]	6	39	…	…	38	50	78	90	Democratic Republic of the Congo
…	…	…	…	…	…	…	…	98	…	86	…	Denmark

4. Health service coverage

Member State	MDG 5								MDG 4					
	Unmet need for family planning[a] (%)	Contra-ceptive preva-lence[a] (%)	Antenatal care coverage[b] (%)		Births attended by skilled health person-nel[b] (%)	Births by cae-sarean section[b] (%)	Postnatal care visit within two days of child-birth[b] (%)	Neonates protected at birth against neonatal tetanus[c] (%)	Immunization coverage among 1-year-olds[d] (%)					
			At least 1 visit	At least 4 visits					Measles			DTP3	HepB3	Hib3
	2005–2012	2005–2012	2005–2012		2005–2012	2005–2011	2005–2011	2011	1990	2000	2011	2011	2011	2011
Djibouti	…	18	81	…	78	…	…	79	85	50	84	87	87	87
Dominica	…	…	100	…	100 [k]	…	…	…	88	99	99	98	98	98
Dominican Republic	11	73	96	95	95	39	82	90	70	84	79	84	80	71
Ecuador	…	…	84 [k]	…	89	…	…	85	60	99	98	99	98	99
Egypt	12	60	74	66	79	28	65	86	86	98	96	96	96	…
El Salvador	…	73	94 [l]	78 [n]	85 [o]	25	…	88	98	97	89	89	90	90
Equatorial Guinea	…	…	…	…	…	…	…	75	88	51	51	33	…	…
Eritrea	…	…	…	…	…	…	…	93	…	76	99	99	99	99
Estonia	…	…	95 [w]	97	99 [o]	20	…	…	…	93	94	93	94	93
Ethiopia	25	29	34	19	10	2	7	88	38	33	57	51	51	51
Fiji	…	…	100 [l]	…	100 [k]	…	…	94	84	81	94	99	99	99
Finland	…	…	…	…	99 [o]	16	…	…	97	96	97	99	…	99
France	2	77	100 [l]	99	98 [o]	21	…	…	71	84	89	99	65	97
Gabon	…	…	…	…	…	…	…	75	76	55	55	45	45	45
Gambia	…	…	97	72	56	3	…	91	86	89	91	96	96	96
Georgia	16	47	98 [k]	90	97 [k]	24	73	…	…	73	94	94	92	92
Germany	…	…	…	…	99 [o]	32	…	…	75	92	99	99	93	93
Ghana	36	24	87	78	55	7	68	88	61	90	91	91	91	91
Greece	…	…	…	…	…	…	…	…	76	89	99	99	95	83
Grenada	…	…	100 [k]	…	100 [k]	…	…	…	85	92	95	94	94	94
Guatemala	…	…	93 [l]	…	51	16	26 [x]	85	68	86	87	85	85	85
Guinea	22	9	88 [k]	50	46 [k]	2	41 [x]	80	35	42	58	59	59	59
Guinea-Bissau	…	14	93 [k]	70	44 [k]	…	…	80	53	71	61	76	76	76
Guyana	29	43	86	79	87	13	79	90	73	86	98	93	93	93
Haiti	37	32	85 [k]	54	26 [k]	3	30	70	31	55	59	59	…	…
Honduras	17	65	84	81	66	13	66	94	90	98	99	98	98	98
Hungary	…	…	…	…	99 [k]	33	…	…	99	99	99	99	…	99
Iceland	…	…	…	…	…	17	…	…	99	91	93	96	…	96
India	21	55	75 [l]	50 [y]	58 [o]	8	48	87	56	55	74	72	47	…
Indonesia	13	61	93 [k]	82	80 [k]	7	70	85	58	74	89	63	63	…
Iran (Islamic Republic of)	…	…	98	94	97	40	…	95	85	99	99	99	99	…
Iraq	…	51	84	…	89	21	…	85	75	87	76	77	76	…
Ireland	…	65	100	…	100 [o]	26	…	…	78	79	92	95	95	95
Israel	…	…	…	…	…	20	…	…	91	97	98	94	99	93
Italy	…	…	98 [l]	84	100 [o]	38	…	…	43	74	90	96	96	96
Jamaica	…	…	99 [l]	87	98	15	…	80	74	88	88	99	99	99
Japan	…	54	…	…	100 [o]	23	…	…	73	96	94	98	…	…
Jordan	13	59	99	94	99	19	40	90	87	94	98	98	98	98
Kazakhstan	…	51	98	…	99 [k]	14	…	…	…	99	99	99	99	95
Kenya	26	46	92	47	44	6	42	73	78	78	87	88	88	88
Kiribati	…	…	100 [l]	…	98 [k]	…	…	…	75	80	90	99	95	95
Kuwait	…	…	…	…	99 [o]	…	…	95	66	99	99	99	99	99
Kyrgyzstan	…	48	97	…	98 [k]	7	…	…	…	98	97	96	96	96
Lao People's Democratic Republic	27	38	71	…	37	2	…	80	32	42	69	78	78	78
Latvia	…	…	97 [l]	… [z]	99 [o]	24	…	…	…	97	99	94	91	93
Lebanon	…	…	…	…	…	…	…	…	61	71	79	81	81	81
Lesotho	23	47	92	70	62	7	48	83	80	74	85	83	83	83
Liberia	36	11	79	66	46	4	60	91	…	63	40	49	49	49
Libya	…	…	93	…	98 [o]	…	…	…	89	93	98	98	98	98

Children aged 6–59 months who received vitamin A supplementation [e] (%)	Children aged <5 years (%)					Pregnant women with HIV receiving antiretrovirals to prevent MTCT [h] (%)	MDG 6					Member State
	With ARI symptoms taken to a health facility [e]	With ARI symptoms receiving antibiotics [e]	With diarrhoea receiving ORT (ORS and/or RHF) [e]	MDG 6: Sleeping under insecticide-treated nets [f]	MDG 6: With fever who received treatment with any antimalarial [g]		Antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection [h] (%)	Case-detection rate for all forms of tuberculosis [i] (%)		Treatment-success rate for smear-positive tuberculosis [j] (%)		
2005–11	2005–2011			2005–2011	2005–2012	2011	2011	2000	2011	2000	2010	
18	…	43	71	1	1	14	27	88	66	62	80	Djibouti
…	…	…	…	…	…	…	…	…	23	…	100	Dominica
29	67	57	46	…	…	…	80	62	66	70	80	Dominican Republic
…	…	…	…	…	…	…	68	53	56	…	79	Ecuador
12	73	58	28	…	…	…	21	62	63	87	86	Egypt
…	…	…	…	…	…	…	72	68	110	79	91	El Salvador
…	…	…	…	42	…	…	…	…	61	…	70	Equatorial Guinea
…	…	…	…	…	13	…	49	120	58	76	84	Eritrea
…	…	…	…	…	…	…	…	93	89	70	68	Estonia
53	27	7	31	33	10	24	56	33	72	80	83	Ethiopia
…	…	…	…	…	…	…	87	33	92	85	67	Fiji
…	…	…	…	…	…	…	…	87	78	…	74	Finland
…	…	…	…	…	…	…	…	83	…	…	…	France
…	…	…	…	…	…	48	53	…	64	…	63	Gabon
80	69	61	48	49	30	…	54	…	45	…	88	Gambia
…	74	56	50	…	…	…	76	36	84	63	76	Georgia
…	…	…	…	…	…	…	…	91	96	77	77	Germany
56	60	24	52	38	52	75	47	37	78	50	86	Ghana
…	…	…	…	…	…	…	…	82	…	…	…	Greece
…	…	…	…	…	…	…	…	0	47	…	75	Grenada
…	…	…	…	…	…	…	56	38	34	86	83	Guatemala
69	42	…	37	…	74	40	58	28	61	68	80	Guinea
59	4	42	46	39	51	32	56	54	56	…	73	Guinea-Bissau
55	65	18	59	24	6	…	82	55	85	55	71	Guyana
29	32	5	44	…	5	77	58	44	64	71	82	Haiti
49	54	54	56	…	1	…	41	89	96	86	85	Honduras
…	…	…	…	…	…	…	…	81	…	64	…	Hungary
…	…	…	…	…	…	…	…	100	51	100	88	Iceland
16	67	13	26	…	8	…	…	49	59	34	88	India
69	66 [r]	…	46	3	1	…	24	19	70	87	90	Indonesia
…	…	…	…	…	…	…	7	71	71	85	83	Iran (Islamic Republic of)
2	82	74	31	…	…	…	…	81	60	92	89	Iraq
…	…	…	…	…	…	…	…	85	83	84	62	Ireland
…	…	…	…	…	…	…	…	88	94	83	76	Israel
…	…	…	…	…	…	…	…	71	96	74	…	Italy
…	75	52	…	…	…	…	60	75	58	45	47	Jamaica
…	…	…	…	…	…	…	…	89	86	45	52	Japan
9	75	79	25	…	…	…	…	79	83	90	87	Jordan
…	81	87	65	…	…	…	27	49	87	79	61	Kazakhstan
30	56	50	72	46	23	67	72	72	81	80	87	Kenya
…	…	…	…	…	…	…	…	81	95	91	93	Kiribati
…	…	…	…	…	…	…	…	80	66	69	87	Kuwait
47	62	45	20	…	…	…	23	50	80	82	…	Kyrgyzstan
18	32	52	51	…	8	…	53	13	32	77	91	Lao People's Democratic Republic
…	…	…	…	…	…	…	18	69	93	72	76	Latvia
…	…	…	…	…	…	…	36	88	77	92	80	Lebanon
34	67	…	71	…	…	62	58	90	82	…	69	Lesotho
43	62	49	58	36	57	59	38	22	64	80	…	Liberia
…	…	…	…	…	…	…	…	64	59	…	64	Libya

4. Health service coverage

Member State	MDG 5								MDG 4					
	Unmet need for family planning[a] (%)	Contra-ceptive preva-lence[a] (%)	Antenatal care coverage[b] (%)		Births attended by skilled health person-nel[b] (%)	Births by cae-sarean section[b] (%)	Postnatal care visit within two days of child-birth[b] (%)	Neonates protected at birth against neonatal tetanus[c] (%)	Immunization coverage among 1-year-olds[d] (%)					
			At least 1 visit	At least 4 visits					Measles			DTP3	HepB3	Hib3
	2005–2012	2005–2012	2005–2012		2005–2012	2005–2011	2005–2011	2011	1990	2000	2011	2011	2011	2011
Lithuania	…	…	…	…	…	25	…	…	…	97	94	92	95	92
Luxembourg	…	…	…	…	…	31	…	…	80	91	96	99	95	99
Madagascar	19	40	86	49	44	2	46	78	47	56	70	89	89	89
Malawi	26	46	95	46	71	5	43	87	81	73	96	97	97	97
Malaysia	…	…	83 [l]	…	99 [k]	16 [aa]	…	90	70	88	95	99	97	99
Maldives	29	35	99	85	95	32	67	95	96	99	96	96	96	…
Mali	28	8	70	35	49	2	22	89	43	49	56	72	72	72
Malta	…	…	…	…	100 [o]	32	…	…	80	74	84	96	82	96
Marshall Islands	8	45	81	77	86	9	64	…	52	94	97	94	97	92
Mauritania	…	9	72	…	57	…	…	80	38	62	67	75	75	75
Mauritius	…	…	…	…	100 [o]	44 [ab]	…	95	76	84	99	98	98	98
Mexico	12	71	96 [k]	… [z]	95 [k]	39	55 [ac]	88	75	96	98	97	98	97
Micronesia (Federated States of)	…	…	…	…	100 [k]	11	…	…	81	85	92	84	83	72
Monaco	…	…	…	…	…	…	…	…	99	99	99	99	99	99
Mongolia	14	55	99 [k]	81	99 [k]	21	…	…	92	92	98	99	99	99
Montenegro	…	39	97	…	100 [o]	19	…	…	…	…	91	95	91	90
Morocco	…	…	77	64	74	16	…	89	79	93	95	99	98	99
Mozambique	…	12	91 [k]	…	54 [k]	…	…	83	59	71	82	76	76	76
Myanmar	…	46	83 [k]	43 [ae]	71 [k]	…	…	93	68	84	99	99	52	…
Namibia	21	55	95	70	81	13	65	83	57	69	74	82	82	82
Nauru	…	36	94 [k]	40	97 [k]	8	66	…	…	7	99	99	99	99
Nepal	27	50	58	50	36	5	45	82	57	71	88	92	92	92
Netherlands	…	69	…	…	…	15	…	…	94	96	96	97	…	97
New Zealand	…	…	…	…	96 [o]	24	…	…	90	85	93	95	95	94
Nicaragua	8	72	90	78	74 [k]	20	7 [af]	81	82	86	99	98	98	98
Niger	16	11	46	15	18	1	12	84	25	37	76	75	75	75
Nigeria	19	14	53	45	34	2	38	60	54	33	71	47	50	…
Niue	…	…	100 [l]	…	100 [k]	…	…	…	99	99	99	98	98	99
Norway	…	88	…	…	99 [o]	17	…	…	87	88	93	94	…	95
Oman	…	…	99 [l]	85	99 [k]	16 [ag]	…	91	98	99	99	99	99	99
Pakistan	25	27	64 [l]	28	45	7	39	75	50	59	80	80	80	80
Palau	…	…	90 [l]	81	100 [k]	…	…	…	98	83	85	84	91	85
Panama	…	52	96	…	89	20	72 [af]	…	73	97	97	87	87	87
Papua New Guinea	…	36	65 [l]	29	43 [o]	…	…	61	67	62	60	61	62	61
Paraguay	5	79	96 [l]	91	85 [o]	33	77 [ah]	85	69	92	93	90	90	90
Peru	7	74	95	94	85	23	92	85	64	97	96	91	91	91
Philippines	22	49	91	78	62	10	77	76	85	78	79	80	76	14
Poland	…	…	…	…	100 [o]	34	…	…	95	97	98	99	98	99
Portugal	…	87	…	…	…	36	…	…	85	87	96	98	97	97
Qatar	…	…	91 [k]	85	100 [k]	…	…	…	79	91	99	93	93	93
Republic of Korea	…	80	100 [l]	… [z]	100 [o]	37	…	…	93	95	99	99	99	…
Republic of Moldova	11	68	98	89	100 [k]	15	89	…	…	89	91	93	96	78
Romania	…	…	…	…	99 [k]	30	…	…	92	98	93	89	96	89
Russian Federation	…	80	…	…	100 [k]	18	…	…	…	97	98	97	97	…
Rwanda	19	52	98	35	69	7	18	85	83	74	95	97	97	97
Saint Kitts and Nevis	…	…	100 [k]	…	100 [k]	…	…	…	99	99	99	97	98	98
Saint Lucia	…	…	99 [k]	99	99 [k]	…	…	…	82	88	95	97	97	97
Saint Vincent and the Grenadines	…	…	100 [k]	…	99 [k]	…	…	…	96	95	99	95	96	96
Samoa	48	29	93 [k]	58	81 [k]	13	66	…	89	93	67	91	91	91

Children aged 6–59 months who received vitamin A supplementation [e] (%)	Children aged <5 years (%)					Pregnant women with HIV receiving antiretrovirals to prevent MTCT [h] (%)	MDG 6					Member State
	With ARI symptoms taken to a health facility [e]	With ARI symptoms receiving antibiotics [e]	With diarrhoea receiving ORT (ORS and/or RHF) [e]	MDG 6			Antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection [h] (%)	Case-detection rate for all forms of tuberculosis [i] (%)		Treatment-success rate for smear-positive tuberculosis [j] (%)		
				Sleeping under insecticide-treated nets [f]	With fever who received treatment with any antimalarial [g]							
2005–11		2005–2011		2005–2011	2005–2012	2011	2011	2000	2011	2000	2010	
…	…	…	…	…	…	…	25	85	90	73	68	Lithuania
…	…	…	…	…	…	…	…	97	410	…	0	Luxembourg
72	42	…	29	75	20	…	3	…	51	70	82	Madagascar
86	70	…	69	39	43	53	67	45	66	73	87	Malawi
…	…	…	…	…	…	…	37	68	85	78	80	Malaysia
48	74	…	63	…	…	…	22	65	81	97	82	Maldives
72	38	…	24	70	32	…	53	48	56	…	76	Mali
…	…	…	…	…	…	…	…	85	58	100	20	Malta
…	…	…	…	…	…	…	…	25	47	91	80	Marshall Islands
56	45	24	31	…	21	…	21	42	15	…	69	Mauritania
…	…	…	…	…	…	…	37	55	41	93	90	Mauritius
…	…	…	…	…	…	…	84	60	76	76	87	Mexico
…	…	…	…	…	…	…	…	30	66	93	97	Micronesia (Federated States of)
…	…	…	…	…	…	…	…	0	…	…	…	Monaco
61	87	72	56 [ad]	…	…	…	27	51	68	87	86	Mongolia
…	89	57	98	…	…	…	…	…	100	…	87	Montenegro
…	…	…	…	…	…	…	37	86	86	89	85	Morocco
…	…	…	…	7	30	51	46	23	34	75	85	Mozambique
56	69	34	66	…	…	…	32	17	74	82	86	Myanmar
52	72	…	69	10	20	85	>95	40	64	56	85	Namibia
…	…	…	…	…	…	…	…	130	150	25	67	Nauru
87	50	…	31	…	1	…	24	74	71	84	90	Nepal
…	…	…	…	…	…	…	…	80	86	76	78	Netherlands
…	…	…	…	…	…	…	…	80	91	30	74	New Zealand
…	…	…	…	…	…	…	65	70	110	82	85	Nicaragua
70	47	…	26	7	33	…	34	23	59	65	82	Niger
26	45	23	31	29	49	18	30	12	45	79	84	Nigeria
…	…	…	…	…	…	…	…	0	170	…	…	Niue
…	…	…	…	…	…	…	…	80	…	70	…	Norway
…	…	…	…	…	…	…	…	98	87	93	97	Oman
…	…	…	…	0	3	…	10	3	64	74	91	Pakistan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	38	…	88	Palau
…	…	…	…	…	…	…	49	83	91	60	80	Panama
…	…	…	…	…	…	20	68	56	61	63	58	Papua New Guinea
…	…	…	…	…	…	…	69	74	79	66	78	Paraguay
9	68	51	40	…	…	…	60	81	110	90	68	Peru
76	50	42	59	…	0	…	51	47	76	88	91	Philippines
…	…	…	…	…	…	…	…	84	91	72	65	Poland
…	…	…	…	…	…	…	…	81	…	79	…	Portugal
…	…	…	…	…	…	…	…	91	80	66	67	Qatar
98	80	88	92 [ai]	…	…	…	…	60	88	83	89	Republic of Korea
…	60	…	35	…	…	…	29	49	74	63	57	Republic of Moldova
…	…	…	…	…	…	…	74	68	78	70	84	Romania
…	…	…	…	…	…	…	…	75	81	68	53	Russian Federation
93	50	…	35	69	11	56	82	23	64	61	88	Rwanda
…	…	…	…	…	…	…	…	0	34	…	100	Saint Kitts and Nevis
…	…	…	…	…	…	…	…	49	78	100	89	Saint Lucia
…	…	…	…	…	…	…	…	57	64	100	0	Saint Vincent and the Grenadines
…	87	54	87	…	…	…	…	100	110	92	100	Samoa

4. Health service coverage

Member State	MDG 5								MDG 4					
	Unmet need for family planning[a] (%)	Contra-ceptive preva-lence[a] (%)	Antenatal care coverage[b] (%)		Births attended by skilled health person-nel[b] (%)	Births by cae-sarean section[b] (%)	Postnatal care visit within two days of child-birth[b] (%)	Neonates protected at birth against neonatal tetanus[c] (%)	Immunization coverage among 1-year-olds[d] (%)					
			At least 1 visit	At least 4 visits					Measles			DTP3	HepB3	Hib3
	2005–2012	2005–2012	2005–2012		2005–2012	2005–2011	2005–2011	2011	1990	2000	2011	2011	2011	2011
San Marino	…	…	…	…	…	35	…	…	…	74	83	86	86	85
Sao Tome and Principe	38	38	98	72	81	5	37	…	71	69	91	96	96	96
Saudi Arabia	…	24	98[l]	…	100[k]	22[ag]	…	…	88	94	98	98	98	98
Senegal	32	13	93	50	65[k]	6	68	88	51	48	82	83	83	83
Serbia	7	61	99	94	100	25	…	…	83	89	95	91	89	91
Seychelles	…	…	…	…	99[k]	23	…	…	86	97	99	99	99	99
Sierra Leone	28	8	91	75	61[k]	5	58	85	…	37	80	84	84	84
Singapore	…	…	100[l]	…	100[o]	…	…	…	84	96	95	96	96	…
Slovakia	…	…	…	…	100[k]	29	…	…	…	98	98	99	99	99
Slovenia	…	…	…	…	100[o]	18	…	…	…	95	95	96	…	96
Solomon Islands	11	35	74	65	70	6	51	85	70	85	73	88	88	88
Somalia	…	15	22	6	9	…	…	64	30	24	46	41	…	…
South Africa	…	…	…	…	…	…	…	77	79	72	78	72	76	72
South Sudan	…	4	…	…	…	…	…	44	…	…	64	46	…	…
Spain	…	66	…	…	…	25	…	…	99	94	95	97	97	97
Sri Lanka	7	68	99	93	99	24	71	95	80	99	99	99	99	99
Sudan	…	9	…	…	…	…	…	74	…	…	87	93	93	93
Sudan (former)	…	…	…	…	…	…	…	…	57	58	…	…	…	…
Suriname	…	46	89	…	87	…	…	93	65	84	85	86	86	86
Swaziland	13	65	97	77	82	12	22	86	85	92	98	91	91	91
Sweden	…	…	…	…	…	17	…	…	96	91	96	98	…	98
Switzerland	…	…	…	…	…	33	…	…	90	81	92	95	…	95
Syrian Arab Republic	…	58	88[k]	…	96[k]	…	27	94	87	84	80	72	66	72
Tajikistan	…	37	89[k]	49	88[k]	3	…	…	…	88	98	96	96	96
Thailand	3	80	99[l]	80	99	…	…	91	80	94	98	99	98	…
The former Yugoslav Republic of Macedonia	…	…	94[l]	…	100	22	…	…	…	97	98	95	90	89
Timor-Leste	32	22	84	55	30	2	25	81	…	…	62	67	67	…
Togo	31	15	51	55	44	9	…	81	73	58	67	81	81	81
Tonga	…	…	99[l]	86	99[k]	11	…	…	86	95	99	99	99	99
Trinidad and Tobago	…	43	95	…	97	…	…	…	70	90	92	90	90	90
Tunisia	…	60	96	68	95	21	…	96	93	95	96	98	98	43
Turkey	6	73	92	74	91	37	80	90	78	87	97	97	96	97
Turkmenistan	…	…	99[l]	…	100[k]	4	…	…	…	96	99	97	97	71
Tuvalu	24	31	93	67	93	7	51	…	95	81	98	96	96	96
Uganda	38	30	95	48	58	5	33	85	52	57	75	82	82	82
Ukraine	10	67	99	75[ae]	99	10	87	…	…	99	67	50	21	26
United Arab Emirates	…	…	100[l]	…	100[k]	21	…	…	80	94	94	94	94	94
United Kingdom	…	84	…	…	…	…[aj]	…	…	87	88	90	95	…	95
United Republic of Tanzania	25	34	88	43	49	5	31	88	80	78	93	90	90	90
United States of America	7	79	…	97	99	33	…	…	90	91	90	94	91	88
Uruguay	…	…	96[l]	90	100	33	…	…	97	89	95	95	95	95
Uzbekistan	…	65	99	…	100	9	…	…	…	99	99	99	99	99
Vanuatu	…	38	84	…	74	…	…	75	66	61	52	68	59	…
Venezuela (Bolivarian Republic of)	…	…	…	47	98[k]	…	…	50	61	84	86	78	78	78
Viet Nam	4	78	94	60	92	20	…	87	88	97	96	95	95	95
Yemen	…	28	47	…	36	7	…	66	69	71	71	81	81	81
Zambia	27	41	94	60	47	3	39	81	90	85	83	81	81	81
Zimbabwe	16	59	90	65	66	5	27	66	87	75	92	99	93	93

Children aged 6–59 months who received vitamin A supplementation [e] (%)	Children aged <5 years (%)					Pregnant women with HIV receiving antiretrovirals to prevent MTCT [h] (%)	MDG 6					Member State
	With ARI symptoms taken to a health facility [e]	With ARI symptoms receiving antibiotics [e]	With diarrhoea receiving ORT (ORS and/or RHF) [e]	MDG 6: Sleeping under insecticide-treated nets [f]	With fever who received treatment with any antimalarial [g]		Antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection [h] (%)	Case-detection rate for all forms of tuberculosis [i] (%)		Treatment-success rate for smear-positive tuberculosis [j] (%)		
2005–11	2005–2011			2005–2011	2005–2012	2011	2011	2000	2011	2000	2010	
…	…	…	…	…	…	…	…	240	…	0	…	San Marino
48	75	60	57	56	8	…	52	60	86	78	78	Sao Tome and Principe
…	…	…	…	…	…	…	…	89	80	73	62	Saudi Arabia
…	50	…	27	34	8	…	56	58	63	52	85	Senegal
…	90	82	73	…	…	…	65	…	130	…	86	Serbia
…	…	…	…	…	…	…	…	70	80	82	100	Seychelles
91	74	58	84	25	62	74	41	24	29	77	86	Sierra Leone
…	…	…	…	…	…	…	…	85	86	71	80	Singapore
…	…	…	…	…	…	…	…	83	89	82	84	Slovakia
…	…	…	…	…	…	…	…	83	96	84	85	Slovenia
…	…	…	…	…	19	…	…	40	70	81	87	Solomon Islands
24	13	32	21	9	8	…	7	27	43	83	89	Somalia
…	…	…	…	…	…	>95	66	59	69	63	79	South Africa
…	…	…	…	…	51	…	6	…	48	…	75	South Sudan
…	…	…	…	…	…	…	…	88	84	…	70	Spain
…	…	…	…	…	0	…	21	68	70	79	86	Sri Lanka
…	56	66	52 [ad]	16	65	…	9	50	48	75	80	Sudan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sudan (former)
…	2	…	44	…	…	…	53	22	53	68	60	Suriname
81	72	24	89	1	2	>95	83	69	53	…	73	Swaziland
…	…	…	…	…	…	…	…	88	72	79	85	Sweden
…	…	…	…	…	…	…	…	56	100	…	…	Switzerland
3	77	71	68	…	…	…	…	92	87	78	89	Syrian Arab Republic
47	64	41	58	1	2	…	22	20	47	77	80	Tajikistan
…	84	65	68	…	…	…	71	32	76	69	85	Thailand
…	93	74	81	…	…	…	…	77	83	86	90	The former Yugoslav Republic of Macedonia
51	71	45	78	41	6	…	…	…	76	…	88	Timor-Leste
…	…	41	24 [ad]	35	34	61	42	38	64	…	84	Togo
…	…	…	…	…	…	…	…	88	55	93	83	Tonga
…	…	…	…	…	…	…	…	92	78	68	76	Trinidad and Tobago
…	59	…	74	…	…	…	67	87	95	91	85	Tunisia
…	…	…	…	…	…	…	50	78	85	73	91	Turkey
…	…	…	…	…	…	…	…	42	…	81	…	Turkmenistan
…	…	…	…	…	…	…	…	48	53	86	100	Tuvalu
57	79	47	48	42	65	50	54	29	69	63	71	Uganda
…	…	…	…	…	…	…	22	63	86	…	60	Ukraine
…	…	…	…	…	…	…	…	32	36	74	69	United Arab Emirates
…	…	…	…	…	…	…	…	89	89	…	81	United Kingdom
61	31	…	59	62	59	74	40	68	76	78	90	United Republic of Tanzania
…	…	…	…	…	…	…	…	86	86	83	64	United States of America
…	…	…	…	…	…	…	41	80	110	85	85	Uruguay
72	68	56	79	…	…	…	…	22	52	80	81	Uzbekistan
…	63	48	54	…	53	…	…	75	67	88	80	Vanuatu
…	…	…	…	…	…	…	79	77	64	76	83	Venezuela (Bolivarian Republic of)
83	73	68	66	5	1	…	58	56	56	92	92	Viet Nam
…	…	38	87	8	…	…	8	67	79	72	87	Yemen
63	68	47	67	28	34	86	82	68	73	67	86	Zambia
66	48	31	63	10	2	54	77	56	50	69	81	Zimbabwe

4. Health service coverage

	MDG 5								MDG 4					
	Unmet need for family planning[a] (%)	Contraceptive prevalence[a] (%)	Antenatal care coverage[b] (%)		Births attended by skilled health personnel[b] (%)	Births by caesarean section[b] (%)	Postnatal care visit within two days of child-birth[b] (%)	Neonates protected at birth against neonatal tetanus[c] (%)	Immunization coverage among 1-year-olds[d] (%)					
			At least 1 visit	At least 4 visits					Measles			DTP3	HepB3	Hib3
	2005–2012	2005–2012	2005–2012		2005–2012	2005–2011	2005–2011	2011	1990	2000	2011	2011	2011	2011
Ranges of country values														
Minimum	2	4	22	6	9	1	3	44	20	7	28	22	21	14
Median	19	50	94	72	96	17	51	85	80	87	93	94	93	93
Maximum	48	88	100	100	100	52	92	96	99	99	99	99	99	99
WHO region														
African Region	25	27	74	43	49	4	45	77	58	54	75	71	71	61
Region of the Americas	9	74	95	86	94	36	42	85	80	92	92	92	90	90
South-East Asia Region	14	59	76	52	59	9	49	88	59	61	79	75	56	11
European Region	10	71	96	80	98	23	81	90	80	91	94	94	77	76
Eastern Mediterranean Region	20	45	70	44	63	16	42	78	66	72	83	85	83	57
Western Pacific Region	6	80	93	70	92	24	76	81	94	85	96	96	91	14
Income group														
Low income	23	38	72	37	47	6	42	82	56	59	77	79	76	73
Lower middle income	16	53	76	53	60	9	50	81	61	62	78	73	62	23
Upper middle income	6	79	94	80	97	31	59	86	89	87	96	96	96	39
High income	…	70	99	96	99	30	…	90	83	91	93	96	72	80
Global	12	63	81	55	70	16	49	82	72	72	84	83	75	43

a. *World Contraceptive Use 2012*. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2012. WHO regional, income-group and global aggregates refer to 2010. The methodology for the aggregates is available in *World Contraceptive Use 2012* and in the technical paper: Alkema, et al. National, regional and global levels and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis (forthcoming).

b. WHO global database on maternal health indicators, 2013 update. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gho). Antenatal care coverage only includes visits to a skilled provider (doctor, nurse and/or midwife). Births attended by skilled health personnel refer to doctor, nurse and/or midwife. Postnatal care was surveyed only for the mother.

c. Proportion of neonates protected at birth against neonatal tetanus through maternal immunization with tetanus toxoid, based on a mathematical model taking into account the mother's immunization in infancy, during pregnancy and in tetanus campaigns. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/immunization_monitoring/routine/immunization_coverage/en/index4.html). Estimates based on data available up to July 2012. This indicator applies only to countries where tetanus is recommended for girls and women and therefore WHO regional, income-group and global aggregates relate only to these same Member States.

d. Measles = measles-containing vaccine (MCV); DTP3 = 3 doses of diphtheria-tetanus pertussis vaccine; HepB3 = 3 doses of hepatitis B vaccine; Hib3 = 3 doses of *Haemophilus influenzae* type B vaccine. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/immunization_monitoring/routine/immunization_coverage/en/index4.html). Estimates based on data available up to July 2012. For countries recommending the first dose of measles vaccine in children older than 12 months of age, the indicator is calculated as the proportion of children less than 24 months of age receiving one dose of measles-containing vaccine. Complete coverage estimates available online at the above web site.

e. Data compiled by WHO from Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS), January 2013 (http://www.measuredhs.com and http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html). Vitamin A supplementation data refer to the six months preceding the survey; data on children receiving oral rehydration salts (ORS) and/or recommended home fluids (RHF) refer to the two weeks preceding the survey; and data on children who were ill with a cough accompanied by rapid breathing (ARI symptoms) and who were taken to a health facility and/or received antibiotics refer to the two weeks preceding the survey.

f. *World Malaria Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/index.html).

g. *State of the World's Children 2013: Children with Disabilities*. New York, UNICEF (forthcoming).

h. *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012*. Geneva, UNAIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/20121120_globalreport2012/globalreport). WHO regional aggregates include low- and middle-income countries only. For uncertainty ranges see the report.

i. The case-detection rate for all forms of tuberculosis is the estimated number of new and relapse tuberculosis cases diagnosed and treated in national tuberculosis control programmes and notified to WHO, divided by WHO's estimate of the number of incident tuberculosis cases for the same year, expressed as a percentage. *Global Tuberculosis Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/). For uncertainty ranges see the full report. WHO regional, income-group and global aggregates include territories.

Children aged 6–59 months who received vitamin A supplementation [e] (%)	Children aged <5 years (%)					Pregnant women with HIV receiving antiretrovirals to prevent MTCT [h] (%)	MDG 6						
	With ARI symptoms taken to a health facility [e]	With ARI symptoms receiving antibiotics [e]	With diarrhoea receiving ORT (ORS and/or RHF) [e]	MDG 6 Sleeping under insecticide-treated nets [f]	With fever who received treatment with any antimalarial [g]		Antiretroviral therapy coverage among people with advanced HIV infection [h] (%)	Case-detection rate for all forms of tuberculosis [i] (%)		Treatment-success rate for smear-positive tuberculosis [j] (%)		
2005–11	2005–2011			2005–2011	2005–2012	2011	2011	2000	2011	2000	2010	
2	2	5	20	1	0	6	3	0	15	0	0	Minimum
59	63	44	53	26	21	53	49	68	74	78	82	Median
98	97	88	100	75	74	>95	>95	240	410	100	100	Maximum
65	48	24	42	32	…	59	57	39	61	71	82	African Region
…	…	…	…	…	…	70	68	70	84	76	75	Region of the Americas
42	83	63	68	…	…	16	46	41	62	50	88	South-East Asia Region
…	…	…	…	…	…	>95	26	58	76	75	67	European Region
15	60	59	44	…	…	6	10	25	62	81	88	Eastern Mediterranean Region
…	…	…	…	…	…	39	48	39	81	90	93	Western Pacific Region
68	46	24	44	32	…	52	56	34	59	78	87	Low income
34	61	34	46	…	…	37	43	41	62	56	88	Lower middle income
…	…	…	…	…	…	>95	63	45	81	81	86	Upper middle income
…	…	…	…	…	…	…	…	81	81	66	68	High income
50	78	…	64	…	…	57	54	41	67	69	87	Global

j. The treatment-success rate for new pulmonary smear-positive tuberculosis cases is the proportion of new smear-positive tuberculosis cases registered under a national tuberculosis control programme in a given year that successfully completed treatment – with or without bacteriological evidence of success ("cured" and "treatment completed" respectively). *Global Tuberculosis Report 2012*. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/). WHO regional, income-group and global aggregates include territories.

k. Definition of skilled personnel differs from standard definition.

l. Skilled personnel not defined.

m. Data only includes information from Queensland, South Australia, Australian Capital Territory and the Northern Territory.

n. Five or more visits.

o. Institutional births.

p. Data refer to children aged 9–59 months.

q. Separate surveys for Wallonie, Brussels and the Flemish region all report figures for institutional births above 99%.

r. Refers to ARI and/or fever.

s. Data from the public system only.

t. Only women who gave birth outside of a health facility.

u. Caesarean section covered by the Costa Rican Social Security Fund – Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

v. ORT and/or RHF and/or increased fluids.

w. Visits to gynaecologist.

x. No timing of postnatal visit was provided.

y. Three or more visits.

z. Mean number of visits reported is more than seven.

aa. Data from public hospitals only.

ab. Data from government and private hospitals only.

ac. Postnatal care visit was 1–15 days postpartum.

ad. Continued feeding.

ae. Six or more visits.

af. Postnatal care visit was 0–7 days postpartum.

ag. Deliveries in Ministry of Health institutions only.

ah. Postnatal care visit was 0–15 days postpartum.

ai. ORS or any other fluid.

aj. Separate datasets for England, Wales, Scotland and Northern Ireland report figures of 24.8, 26.0, 26.6 and 29.9 respectively.

5. Risk factors

Table 5 presents information on indicators for certain risk factors that are associated with increased mortality and morbidity. These preventable risk factors include: unsafe water and lack of sanitation; use of solid fuels in households; low birth weight; poor infant-feeding practices; childhood under-nutrition and overnutrition; diabetes; hypertension; obesity; harmful consumption of alcohol; use of tobacco; and unsafe sex.

Unsafe water supplies and inadequate levels of sanitation and hygiene increase the transmission of diarrhoeal diseases (including cholera); trachoma; and hepatitis. The use of solid fuels in households is a proxy indicator for household air pollution. Using solid fuels such as wood, charcoal and crops is associated with increased mortality from pneumonia and other acute lower respiratory diseases among children, as well as increased mortality from chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer (where coal is used) and other diseases among adults.

One in ten babies are born preterm (born alive before 37 weeks of pregnancy) and one million die from the complications of such births each year. More than three quarters of premature babies can be saved with feasible and cost-effective care.

Child growth is the most widely used measure of children's nutritional status. Included in the estimates presented in Table 5 are the four indicators: "wasted"; "stunted"; "underweight" (which is an MDG indicator); and "overweight". Stunting (i.e. low height-for-age) reflects the cumulative effects of under-nutrition and infections since birth – and even before birth. Evidence of this condition indicates chronic malnutrition, which is likely to have serious and long-lasting impacts on health. Being underweight may reflect wasting (i.e. low weight-for-height) which indicates acute weight loss and/or stunting. Thus, it is a composite indicator that is more difficult to interpret. Fewer data are available on the number of overweight children, although it is known that many countries face a double burden of malnutrition (with high numbers of underweight or stunted children) in some population groups coupled with high numbers of overweight children in other groups.

In adults, diabetes, hypertension and being overweight or obese increase the risk of cardiovascular disease and several types of cancer. These risks also contribute to non-fatal diseases such as arthritis and loss of vision due to diabetic retinopathy. Once considered a problem only in high-income countries, obesity is on the rise in low- and middle-income countries, particularly in the WHO African Region and the WHO Region of the Americas. The prevalence of hypertension is highest in some low-income countries in Africa, whereas public health interventions have reduced its prevalence in many high-income countries.

The prevalence of current tobacco smoking is an important predictor of the future burden of tobacco-related diseases. Harmful use of alcohol can cause alcohol dependence, hepatic cirrhosis, cancer and injuries.

Data on risk factors and health-related behaviours are generally drawn from household surveys. It is important to note that the reliability of these estimates depends upon the overall quality of the sampling frames and methods used; on interviewer training, data-quality assurance procedures, and statistical data analyses; and on the ability and willingness of respondents to provide accurate responses. Where data from household surveys are not available, statistical techniques may be used to develop estimates.

5. Risk factors

Member State	MDG 7													
	Population using improved drinking-water sources[a] (%)			Population using improved sanitation[a] (%)			Population using solid fuels[b] (%)	Preterm birth rate[c] (per 100 live births)	Infants exclusively breastfed for the first 6 months of life[d] (%)	Children aged <5 years[e] (%)				
												MDG 1		
										Wasted	Stunted	Underweight		Overweight
	1990	2000	2011	1990	2000	2011	2010	2010	2005–2012	2005–2012	2005–2012	1990–1995	2005–2012	2005–2012
Afghanistan	…	22	61	…	23	28	85	12	…	…	…	…	…	…
Albania	97	97	95	81	86	94	39	9	39	9.4	23.1	…	6.3	23.4
Algeria	94	89	84	89	92	95	<5	7	7	4.0	15.9	9.2	3.7	12.9
Andorra	100	100	100	100	100	100	<5[p]	…	…	…	…	…	…	…
Angola	42	46	53	29	42	59	55	13	…	8.2	29.2	…	15.6	…
Antigua and Barbuda	97	98	98	75	85	91	<5	6	…	…	…	…	…	…
Argentina	93	97	99	87	92	96	<5	8	…	1.2	8.2	1.7	2.3	9.9
Armenia	…	93	99	…	89	90	19	11	35	4.2	20.8	…	5.3	16.8
Australia	100	100	100	100	100	100	<5[p]	8	…	0.0	1.8	…	0.2	8.0
Austria	100	100	100	100	100	100	<5[p]	11	10	…	…	…	…	…
Azerbaijan	70	74	80	…	62	82	7	9	12	6.8	26.8	…	8.4	13.9
Bahamas	…	96	96	…	88	…	<5[p]	10	…	…	…	…	…	…
Bahrain	95	99	100	99	99	99	<5[p]	14	…	…	…	7.6	…	…
Bangladesh	76	79	83	38	45	55	91	14	64	17.5	43.2	61.5	41.3	1.1
Barbados	95	99	100	82	90	…	<5	9	…	…	…	…	…	…
Belarus	100	100	100	93	93	93	<5	4	9	2.2	4.5	…	1.3	9.7
Belgium	100	100	100	100	100	100	<5[p]	8	…	…	…	…	…	…
Belize	73	85	99	76	83	90	12	10	15	1.9	22.2	5.4	4.9	13.7
Benin	57	66	76	5	9	14	91	11	33	8.4	44.7	…	20.2	11.4
Bhutan	…	86	97	…	39	45	40	10	49	5.9	33.5	…	12.7	7.6
Bolivia (Plurinational State of)	69	79	88	28	37	46	29	9	60	1.4	27.2	9.7	4.5	8.7
Bosnia and Herzegovina	97	98	99	…	95	96	45	8	18	4.0	11.8	…	1.6	25.6
Botswana	92	95	97	39	52	64	37	15	…	7.2	31.4	…	11.2	11.2
Brazil	88	93	97	67	75	81	6	9	40	1.6	7.1	…	2.2	7.3
Brunei Darussalam	…	…	…	…	…	…	<5[p]	12	…	…	…	…	…	…
Bulgaria	100	100	99	99	100	100	7[q]	8	…	…	…	…	…	…
Burkina Faso	44	60	80	8	12	18	92	11	25	11.3	35.1	29.6	26.0	6.9
Burundi	69	72	74	42	46	50	>95	11	69	9.0	57.7	…	35.2	…
Cambodia	31	44	67	9	18	33	89	11	74	10.8	40.9	…	29.0	1.9
Cameroon	49	62	74	47	48	48	75	13	20	5.8	32.6	18.0	15.1	6.5
Canada	100	100	100	100	100	100	<5[p]	8	14	…	…	…	…	…
Cape Verde	…	83	89	…	44	63	32	11	60	…	…	11.8	…	…
Central African Republic	58	63	67	11	22	34	>95	13	23	7.4	40.7	23.3	23.5	1.8
Chad	40	45	50	8	10	12	88	13	3	15.6	38.8	…	30.3	2.8
Chile	90	95	98	85	92	99	6	7	…	0.3	2.0	0.8	0.5	9.5
China	67	80	92	24	45	65	46	7	…	2.3	9.4	12.6	3.4	6.6
Colombia	88	91	93	67	73	78	14	9	43	0.9	12.7	6.3	3.4	4.8
Comoros	87	92	…	18	28	…	71	17	…	…	…	16.2	…	…
Congo	…	71	72	…	20	18	77	17	21	8.0	31.2	…	11.8	8.5
Cook Islands	100	100	100	100	100	95	<5	…	…	…	…	…	…	…
Costa Rica	93	95	96	88	91	94	6	14	19	1.0	5.6	2.5	1.1	8.1
Côte d'Ivoire	76	78	80	20	22	24	78	14	12	14.0	39.0	20.9	29.4	4.9
Croatia	98	98	99	98	98	98	8	6	…	…	…	0.6	…	…
Cuba	…	91	94	81	87	92	9	6	49	…	…	…	…	…
Cyprus	100	100	100	100	100	100	<5[p]	15	…	…	…	…	…	…
Czech Republic	100	100	100	100	100	100	<5	7	…	…	…	0.9	…	…
Democratic People's Republic of Korea	100	100	98	…	61	82	91	11	89	5.2	32.4	…	18.8	0.0
Democratic Republic of the Congo	43	44	46	17	23	31	93	12	37	8.5	43.4	30.7	24.2	6.8

Prevalence of raised fasting blood glucose among adults aged ≥ 25 years[f] (%)		Prevalence of raised blood pressure among adults aged ≥ 25 years[g] (%)		Adults aged ≥20 years who are obese[h] (%)		Alcohol consumption among adults aged ≥15 years[i] (litres of pure alcohol per person per year)	Prevalence of smoking any tobacco product among adults aged ≥15 years[j] (%)		Prevalence of current tobacco use among adolescents aged 13–15 years[k] (%)		MDG 6 Prevalence of condom use by adults aged 15–49 years during higher-risk sex[l] (%)		MDG 6 Population aged 15–24 years with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS[m] (%)		Member State
Male	Female	Male	Female	Male	Female		Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
2008		2008		2008		2008	2009		2005–2010		2005–2011		2005–2011		
8.9[n]	9.5[n]	27.2[n]	27.9[n]	1.5[n]	3.3[n]	<0.1	…	…	…	…	…	…	…	…	Afghanistan
10.3[n]	9.0[n]	39.3	31.7	21.7	20.5	7.3	60	19	18	7	37	…	22	36	Albania
9.0	9.3	33.9	33.2	10.7	24.3	0.7	…	…	26[o]	6[o]	…	…	…	…	Algeria
10.4[n]	7.0[n]	29.2[n]	17.5[n]	25.7[n]	22.6[n]	10.2	38	32	…	…	…	…	…	…	Andorra
8.2[n]	8.7[n]	39.6[n]	33.8[n]	3.8[n]	10.2[n]	5.6	…	…	…	…	…	…	…	…	Angola
11.3[n]	12.0[n]	38.5[n]	27.5[n]	18.1[n]	33.1[n]	8.2	…	…	24	16	…	…	…	…	Antigua and Barbuda
11.0	10.3	31.0	17.9	27.4	31.0	9.4	32	22	26	30	…	…	…	…	Argentina
11.5[n]	11.5[n]	42.1	37.0	14.4	30.2	13.7	51	2	11	4	72	…	15	23	Armenia
9.6	6.7	22.8	13.7	25.2	24.9	10.2	22	19	…	…	…	…	…	…	Australia
7.1	4.6	28.7	19.8	19.2	17.1	12.4	47	45	…	…	…	…	…	…	Austria
12.1[n]	12.3[n]	36.6	30.9	15.8	32.1	13.3	41	…	…	…	…	…	…	…	Azerbaijan
12.7[n]	13.7[n]	37.6[n]	25.6[n]	26.7[n]	42.6[n]	8.7	…	…	18	15	…	…	…	…	Bahamas
13.5	12.1	34.5	32.9	28.9	38.2	4.2	34	8	…	…	…	…	…	…	Bahrain
9.2	9.9	27.4[n]	27.9[n]	1.0	1.3	0.2	46	2	9	5	…	…	…	…	Bangladesh
12.8	15.2	35.4	29.1	21.6	44.2	6.4	13	1	35	23	…	…	…	…	Barbados
10.4[n]	10.0[n]	44.3	32.9	19.7[n]	26.4[n]	18.9	49	9	…	…	…	…	…	…	Belarus
9.3[n]	6.4[n]	24.6	16.8	21.2	16.9	10.4	30	22	…	…	…	…	…	…	Belgium
8.7	12.7	30.2	22.4	24.4	45.4	5.9	23	3	22	15	…	…	…	…	Belize
6.7	6.5	38.1	34.1	3.5	9.5	2.1	15	1	…	…	18	21	35	16	Benin
12.0	12.6	29.0	26.9	4.7	6.6	0.5	…	…	28	12	…	…	…	…	Bhutan
8.9[n]	10.2[n]	30.7[n]	23.5[n]	10.0	27.1	5.8	42	18	…	…	35	…	28	22	Bolivia (Plurinational State of)
11.4[n]	10.4[n]	38.7	38.4	22.7	25.3	9.6	47	36	16	11	…	…	…	…	Bosnia and Herzegovina
8.0[n]	10.0[n]	39.1	37.9	3.0	22.8	7.0	…	…	27	21	…	…	…	…	Botswana
10.4	10.0	39.4	26.6	16.5	22.1	10.1	22	13	29[o]	31[o]	…	…	…	…	Brazil
8.7[n]	5.9[n]	23.6[n]	16.9[n]	8.5[n]	7.2[n]	1.9	32	4	…	…	…	…	…	…	Brunei Darussalam
10.4[n]	8.9[n]	40.0	31.2	22.0	20.4	11.4	48	27	26	32	…	…	…	…	Bulgaria
8.9[n]	8.7[n]	36.7[n]	35.2[n]	1.7	3.0	7.3	18	8	23[o]	12[o]	27	62	36	31	Burkina Faso
6.2[n]	5.9[n]	42.2[n]	39.5[n]	2.8[n]	3.7[n]	9.7	…	…	21	17	14	14	47	45	Burundi
4.7	5.2	22.5	16.8	1.6	2.8	4.7	42	3	…	…	40	…	44	44	Cambodia
9.5	10.4	35.6	29.8	7.0	15.1	7.9	14	2	14[o]	8[o]	…	…	…	…	Cameroon
10.9[n]	8.3[n]	17.4	13.2	24.6	23.9	10.2	24	17	…	…	…	…	…	…	Canada
15.6	14.7	47.7	38.4	6.3	15.3	5.0	14	3	15	12	…	…	…	…	Cape Verde
7.3[n]	8.0[n]	39.1[n]	34.5[n]	2.0	5.3	3.2	…	…	30[o]	35[o]	…	…	27	17	Central African Republic
8.8[n]	8.7[n]	35.5	31.3	2.4	3.8	4.4	22	3	21	14	…	…	…	…	Chad
11.2	9.5	39.4	27.4	24.5	33.6	8.8	38	33	30[o]	40[o]	…	…	…	…	Chile
9.6	9.4	29.8	25.6	4.6	6.5	5.6	51	2	7[o]	4[o]	…	…	…	…	China
6.7	6.1	34.3	26.5	11.9	23.7	6.6	…	…	27[o]	28[o]	…	34	…	24	Colombia
7.9[n]	7.6[n]	40.8[n]	36.5[n]	3.5	5.3	0.3	24	9	22	15	…	…	…	…	Comoros
7.8[n]	8.5[n]	40.3	36.1	2.8	7.5	4.5	10	…	28	20	28	29	22	8	Congo
20.5	21.1	40.1	28.1	59.7	68.5	3.2	43	31	34	36	…	…	…	…	Cook Islands
10.1	10.2	31.6	22.5	20.9	28.3	5.8	24	8	16	13	…	…	…	…	Costa Rica
9.2[n]	9.7[n]	41.6	35.7	3.9	9.7	6.5	17	4	26	11	38	41	28	18	Côte d'Ivoire
10.2[n]	8.4[n]	42.4	34.2	22.8	19.4	15.0	36	30	23	26	…	…	…	…	Croatia
11.3	12.0	33.2[n]	28.7[n]	13.3	27.5	5.1	…	…	20	15	…	…	…	…	Cuba
10.2[n]	6.8[n]	28.9	18.5	24.8	21.9	8.8	…	…	13	8	…	…	…	…	Cyprus
11.5	9.1	39.3	27.7	30.5	26.5	16.5	43	31	36	34	…	…	…	…	Czech Republic
7.7[n]	7.5[n]	26.7[n]	23.7[n]	3.7[n]	3.9[n]	4.3	…	…	…	…	…	…	…	…	Democratic People's Republic of Korea
6.6[n]	7.8[n]	38.5	33.3	0.7	3.0	3.4	10	2	37[o]	29[o]	16	9	21	15	Democratic Republic of the Congo

5. Risk factors

Member State	MDG 7: Population using improved drinking-water sources[a] (%)			MDG 7: Population using improved sanitation[a] (%)			Population using solid fuels[b] (%)	Preterm birth rate[c] (per 100 live births)	Infants exclusively breastfed for the first 6 months of life[d] (%)	Children aged <5 years[e] (%)				
										Wasted	Stunted	MDG 1: Underweight		Overweight
	1990	2000	2011	1990	2000	2011	2010	2010	2005–2012	2005–2012	2005–2012	1990–1995	2005–2012	2005–2012
Denmark	100	100	100	100	100	100	<5 [p]	7	…	…	…	…	…	…
Djibouti	75	82	92	62	62	61	13	12	1	21.5	33.5	…	29.8	8.1
Dominica	…	94	…	…	81	…	<5	12	…	…	…	…	…	…
Dominican Republic	89	86	82	73	78	82	7	11	8	2.3	10.1	8.4	3.4	8.3
Ecuador	76	84	92	69	81	93	<5	5	…	…	…	…	…	…
Egypt	93	96	99	72	86	95	<5	7	53	7.9	30.7	10.5	6.8	20.5
El Salvador	74	83	90	50	61	70	22	13	31	1.6	20.6	7.2	6.6	5.7
Equatorial Guinea	…	51	…	…	89	…	77 [q]	17	…	…	…	…	…	…
Eritrea	43	54	…	9	11	…	60	12	…	…	…	36.9	…	…
Estonia	99	99	99	96	95	100	11	6	…	…	…	…	…	…
Ethiopia	14	29	49	2	8	21	>95	10	52	10.1	44.2	…	29.2	1.8
Fiji	85	91	96	57	74	87	37	10	…	…	…	6.9	…	…
Finland	100	100	100	100	100	100	<5 [p]	6	15	…	…	…	…	…
France	100	100	100	100	100	100	<5 [p]	7	…	…	…	…	…	…
Gabon	…	85	88	…	36	33	26	16	…	…	…	…	…	…
Gambia	74	83	89	…	63	68	91	14	36	9.9	24.4	…	18.1	1.8
Georgia	85	89	98	96	95	93	46	9	11	1.6	11.3	…	1.1	19.9
Germany	100	100	100	100	100	100	<5 [p]	9	22	1.0	1.3	…	1.1	3.5
Ghana	53	71	86	6	10	13	84	15	46	8.7	28.6	25.1	14.3	5.9
Greece	96	99	100	97	98	99	<5 [p]	7	…	…	…	…	…	…
Grenada	…	94	…	…	92	…	<5	10	…	…	…	…	…	…
Guatemala	81	87	94	62	71	80	57	8	50	1.1	48.0	21.7	13.0	4.9
Guinea	51	63	74	10	14	18	>95	14	21	8.3	40.0	21.2	20.8	5.1
Guinea-Bissau	36	52	72	…	12	19	>95	11	38	5.8	32.2	…	18.1	3.2
Guyana	…	89	95	…	79	84	7	13	33	5.3	19.5	16.1	11.1	6.7
Haiti	61	62	64	21	23	26	91	14	40	10.3	29.7	23.7	18.9	3.9
Honduras	73	81	89	49	65	81	51	12	30	1.4	29.9	15.8	8.6	5.8
Hungary	96	99	100	100	100	100	<5 [p]	9	…	…	…	…	…	…
Iceland	100	100	100	100	100	100	<5 [p]	7	…	…	…	…	…	…
India	70	81	92	18	25	35	58	13	46	20.0	47.9	56.6	43.5	1.9
Indonesia	70	78	84	35	47	59	55	16	32	12.3	39.2	29.8	18.6	12.3
Iran (Islamic Republic of)	91	93	95	81	89	100	<5	13	28	…	…	13.8	…	…
Iraq	78	80	85	…	75	84	<5	7	20	5.8	27.5	10.4	7.1	15.0
Ireland	100	100	100	99	99	99	<5 [p]	6	15	…	…	…	…	…
Israel	100	100	100	100	100	100	<5 [p]	8	…	…	…	…	…	…
Italy	100	100	100	…	…	…	<5 [p]	7	…	…	…	…	…	…
Jamaica	93	93	93	79	80	80	11	10	15	3.5	4.8	4.0	3.2	4.0
Japan	100	100	100	100	100	100	<5 [p]	6	…	…	…	…	…	…
Jordan	97	97	96	97	98	98	<5	14	22	1.6	8.3	4.8	1.9	6.6
Kazakhstan	96	96	95	96	97	97	9	9	32	3.7	17.5	6.7	4.9	14.8
Kenya	43	52	61	25	27	29	80	12	32	7.0	35.2	20.1	16.4	5.0
Kiribati	50	59	66	28	34	39	46 [q]	10	…	…	…	…	…	…
Kuwait	99	99	99	100	100	100	<5 [p]	11	…	1.8	3.8	9.2	1.7	9.0
Kyrgyzstan	…	81	89	…	93	93	34	10	32	3.4	18.1	…	2.7	10.7
Lao People's Democratic Republic	…	45	70	…	28	62	>95	11	26	7.3	47.6	39.8	31.6	1.3
Latvia	98	98	98	…	79	…	5	5	29	…	…	…	…	…
Lebanon	100	100	100	…	98	…	<5	8	17	…	…	…	…	…
Lesotho	80	79	78	…	25	26	61	12	54	3.9	39.0	13.8	13.5	7.3

Prevalence of raised fasting blood glucose among adults aged ≥ 25 years[f] (%)		Prevalence of raised blood pressure among adults aged ≥ 25 years[g] (%)		Adults aged ≥20 years who are obese[h] (%)		Alcohol consumption among adults aged ≥15 years[i] (litres of pure alcohol per person per year)	Prevalence of smoking any tobacco product among adults aged ≥15 years[j] (%)		Prevalence of current tobacco use among adolescents aged 13–15 years[k] (%)		MDG 6 Prevalence of condom use by adults aged 15–49 years during higher-risk sex[l] (%)		MDG 6 Population aged 15–24 years with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS[m] (%)		Member State
Male	Female	Male	Female	Male	Female		Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
2008		2008		2008		2008	2009		2005–2010		2005–2011		2005–2011		
8.8[n]	5.9[n]	26.5	15.6	17.1	15.4	12.0	30	28	…	…	…	…	…	…	Denmark
9.7[n]	9.4[n]	38.8[n]	32.5[n]	6.7[n]	13.8[n]	1.9	…	…	23	14	…	…	…	…	Djibouti
15.6	20.7	41.9	35.3	10.1	39.1	8.7	11	4	30	20	…	…	…	…	Dominica
8.0	9.0	35.6	29.5	14.4	29.3	6.3	17	13	…	…	45	35	34	41	Dominican Republic
9.2[n]	9.8[n]	32.3[n]	23.9[n]	15.7	28.2	9.4	…	…	31[o]	26[o]	…	…	…	…	Ecuador
7.0	7.4	27.1	27.0	22.5	46.3	0.3	40	…	20	4	…	…	…	4	Egypt
11.3	10.7	27.8	20.7	20.2	32.9	4.0	…	…	18	11	…	…	…	…	El Salvador
8.7[n]	8.7[n]	43.5[n]	35.8[n]	7.9[n]	14.8[n]	6.1	…	…	25	17	…	…	…	…	Equatorial Guinea
7.8[n]	7.3[n]	32.2	28.1	1.3	2.3	1.6	10	2	8	5	…	…	…	…	Eritrea
9.0	7.8	47.3	33.2	20.2	17.6	17.2	46	23	34	28	…	…	…	…	Estonia
7.3[n]	7.0[n]	33.0	28.3	0.9	1.6	4.1	8	…	…	…	16	47	34	24	Ethiopia
13.2	16.4	32.5	29.7	21.3	42.2	2.8	18	3	18	10	…	…	…	…	Fiji
10.3	6.3	34.9	22.7	21.0	18.6	13.1	28	22	…	…	…	…	…	…	Finland
7.2	4.3	29.1	16.2	16.8	14.6	12.5	36	27	…	…	…	…	…	…	France
9.1[n]	9.9[n]	40.0	33.0	8.4	21.5	9.5	19	3	…	…	…	…	…	…	Gabon
9.9	11.3	39.7	34.2	2.3	14.4	3.6	31	3	34[o]	37[o]	…	…	…	…	Gambia
11.9[n]	11.1[n]	42.6	34.3	15.9[n]	25.7[n]	6.7	57	6	15	3	…	…	…	…	Georgia
9.8	6.3	31.1	20.7	23.1	19.2	12.1	33	25	…	…	…	…	…	…	Germany
9.9	10.3	32.7	31.6	4.4	11.7	3.1	11	3	14	11	26	18	34	28	Ghana
9.5	7.9	25.1	19.8	18.8	16.1	11.0	63	41	17	14	…	…	…	…	Greece
11.1[n]	12.4[n]	35.9[n]	28.1[n]	14.9[n]	32.1[n]	10.7	…	…	25	17	…	…	…	…	Grenada
11.5	14.0	28.5	22.2	13.8	26.7	7.1	22	4	20	13	…	…	…	…	Guatemala
8.8[n]	8.6[n]	38.4[n]	36.8[n]	4.3	5.1	0.8	25	2	31	20	24	20	23	17	Guinea
8.6[n]	9.1[n]	37.6[n]	35.3[n]	2.6[n]	8.1[n]	3.9	…	…	12[o]	10[o]	…	…	…	…	Guinea-Bissau
10.8[n]	13.1[n]	32.1[n]	28.0[n]	8.3[n]	27.1[n]	8.7	27	6	25	16	65	48	47	54	Guyana
9.6[n]	9.6[n]	33.6[n]	28.1[n]	8.4	8.4	5.9	…	…	22[o]	24[o]	34	21	40	34	Haiti
8.6	8.4	30.8	25.1	12.9	26.3	4.4	…	3	…	…	…	27	…	30	Honduras
10.6[n]	8.5[n]	42.7	31.3	26.2	22.9	16.1	43	33	28	27	…	…	…	…	Hungary
10.9[n]	6.9[n]	25.8	14.2	23.4	20.3	7.4	27	21	…	…	…	…	…	…	Iceland
11.1	10.8	23.1	22.6	1.3	2.5	2.7	26	4	19	8	23	12	36	20	India
6.6	7.1	32.5	29.3	2.5	6.9	0.6	61	5	41	6	…	…	…	…	Indonesia
9.3	10.5	30.9	26.9	13.6	29.5	1.0	26	2	33	20	…	…	…	…	Iran (Islamic Republic of)
12.7	12.5	30.1[n]	28.7[n]	22.3	36.2	0.5	31	4	18[o]	15[o]	…	…	…	…	Iraq
8.4	5.6	34.9	20.7	25.7	23.3	14.9	…	…	…	…	…	…	…	…	Ireland
10.2	8.7	23.1	16.5	23.2	27.6	2.5	29	13	…	…	…	…	…	…	Israel
8.8	5.4	28.6	20.6	19.3	14.9	9.7	33	19	…	…	…	…	…	…	Italy
10.2	12.9	32.3	28.0	10.0	38.2	5.2	…	…	31	25	…	…	…	…	Jamaica
7.2	4.7	26.4	16.7	5.5	3.5	7.8	42	12	…	…	…	…	…	…	Japan
17.2	18.1	26.0	20.3	27.3	41.7	0.7	47	6	34	19	…	…	…	13	Jordan
12.5[n]	10.8[n]	40.4[n]	31.8[n]	20.2	27.4	11.1	40	9	12	8	…	…	…	…	Kazakhstan
7.6[n]	7.8[n]	37.1	33.0	2.5	6.8	3.9	26	1	15	15	37	32	55	47	Kenya
23.6	24.9	31.2	21.6	37.7	53.6	2.7	71	43	43	32	…	…	…	…	Kiribati
17.0	14.8	29.0	23.7	37.2	52.4	0.1	35	4	25	11	…	…	…	…	Kuwait
11.1[n]	10.4[n]	38.5[n]	33.4[n]	11.7	21.6	4.7	45	2	10	4	…	…	…	…	Kyrgyzstan
7.1[n]	7.6[n]	28.1	24.0	1.7	4.1	7.0	51	4	8[o]	4[o]	…	…	…	…	Lao People's Democratic Republic
10.4[n]	9.0[n]	44.5[n]	32.7[n]	21.5	21.8	13.5	50	22	42	34	…	…	…	…	Latvia
13.0	11.0	33.9	26.1	26.4	29.7	2.3	46	31	66	54	…	…	…	…	Lebanon
9.0[n]	12.0[n]	36.4[n]	35.9[n]	3.1	26.6	5.6	…	…	26	22	52	39	29	39	Lesotho

5. Risk factors

Member State	MDG 7: Population using improved drinking-water sources[a] (%)			MDG 7: Population using improved sanitation[a] (%)			Population using solid fuels[b] (%)	Preterm birth rate[c] (per 100 live births)	Infants exclusively breastfed for the first 6 months of life[d] (%)	Children aged <5 years[e] (%)				
										Wasted	Stunted	MDG 1: Underweight		Overweight
	1990	2000	2011	1990	2000	2011	2010	2010	2005–2012	2005–2012	2005–2012	1990–1995	2005–2012	2005–2012
Liberia	…	61	74	…	12	18	>95	14	29	7.8	39.4	…	20.4	4.2
Libya	54	54	…	97	97	97	<5	8	…	6.5	21.0	4.3	5.6	22.4
Lithuania	…	92	…	…	87	…	7[q]	6	…	…	…	…	…	…
Luxembourg	100	100	100	100	100	100	<5[p]	8	…	…	…	…	…	…
Madagascar	29	38	48	8	11	14	>95	14	51	…	49.2	35.5	…	…
Malawi	42	63	84	39	46	53	>95	18	71	4.1	47.8	24.4	13.8	9.2
Malaysia	88	96	100	84	92	96	<5	12	…	…	17.2	22.1	12.9	…
Maldives	93	95	99	68	79	98	8	8	48	10.2	20.3	32.5	17.8	6.5
Mali	28	45	65	15	18	22	>95	12	34	8.9	27.8	…	18.9	4.7
Malta	100	100	100	100	100	100	<5[p]	6	…	…	…	…	…	…
Marshall Islands	92	93	94	65	70	76	32	12	27	…	…	…	…	…
Mauritania	30	40	50	16	21	27	58	15	19	8.1	23.0	43.3	15.9	1.0
Mauritius	99	99	100	89	89	91	<5	13	…	…	…	13.0	…	…
Mexico	82	89	94	66	75	85	14	7	…	1.6	13.6	…	2.8	7.6
Micronesia (Federated States of)	91	90	89	19	34	55	41	11	…	…	…	…	…	…
Monaco	100	100	100	100	100	100	<5[p]	…	…	…	…	…	…	…
Mongolia	54	65	85	…	49	53	72	14	59	2.7	27.5	10.8	5.3	14.2
Montenegro	97	98	98	…	90	90	28	9	19	4.2	7.9	…	2.2	15.6
Morocco	73	78	82	53	64	70	<5	7	15	2.3	14.9	8.1	3.1	10.7
Mozambique	34	41	47	9	14	19	95	16	41	4.2	43.7	23.9	18.3	3.6
Myanmar	56	67	84	…	62	77	92	12	…	7.9	35.1	28.8	22.6	2.6
Namibia	64	80	93	24	28	32	55	14	24	7.5	29.6	21.5	17.5	4.6
Nauru	…	93	96	66	66	66	<5	…	67	1.0	24.0	…	4.8	2.8
Nepal	67	77	88	7	21	35	82	14	70	11.2	40.5	44.1	29.1	1.5
Netherlands	100	100	100	100	100	100	<5[p]	8	40	…	…	…	…	…
New Zealand	100	100	100	…	…	…	<5[p]	8	…	…	…	…	…	…
Nicaragua	74	80	85	43	48	52	54	9	31	1.5	23.0	9.6	5.7	6.2
Niger	35	42	50	4	7	10	>95	9	10	12.4	54.8	41.0	39.9	3.5
Nigeria	47	55	61	38	34	31	74	12	15	14.4	41.0	35.1	26.7	10.5
Niue	99	99	99	…	79	100	<5	…	…	…	…	…	…	…
Norway	100	100	100	100	100	100	<5[p]	6	…	…	…	…	…	…
Oman	79	84	92	82	89	97	<5[p]	14	…	7.1	9.8	21.4	8.6	1.7
Pakistan	85	88	91	27	37	47	64	16	40	14.8	43.0	39.0	30.9	6.4
Palau	90	92	95	46	81	100	<5	…	…	…	…	…	…	…
Panama	84	90	94	58	65	71	18	8	14	1.2	19.1	…	3.9	…
Papua New Guinea	33	35	40	20	19	19	73	7	…	4.4	43.9	…	18.1	3.4
Paraguay	52	74	…	38	58	…	49	8	24	1.1	17.5	2.8	3.4	7.1
Peru	75	80	85	54	63	72	36	7	71	0.4	19.5	8.8	4.1	9.8
Philippines	85	89	92	57	65	74	50	15	34	6.9	32.3	29.9	20.7	3.3
Poland	…	…	…	…	89	…	<5[p]	7	…	…	…	…	…	…
Portugal	96	98	100	94	98	100	<5[p]	8	…	…	…	…	…	…
Qatar	100	100	100	100	100	100	<5	11	…	…	…	4.8	…	…
Republic of Korea	…	93	98	100	100	100	<5	9	50	…	…	…	…	…
Republic of Moldova	…	93	96	…	79	86	11	12	46	5.8	11.3	…	3.2	9.1
Romania	75	84	…	71	72	…	17	7	…	…	…	5.0	…	…
Russian Federation	93	95	97	74	72	70	<5	7	…	…	…	…	…	…
Rwanda	62	66	69	32	47	61	>95	10	85	3.0	44.3	24.3	11.7	7.1
Saint Kitts and Nevis	…	98	98	…	87	…	14[q]	…	…	…	…	…	…	…

Prevalence of raised fasting blood glucose among adults aged ≥ 25 years[f] (%)		Prevalence of raised blood pressure among adults aged ≥ 25 years[g] (%)		Adults aged ≥20 years who are obese[h] (%)		Alcohol consumption among adults aged ≥15 years[i] (litres of pure alcohol per person per year)	Prevalence of smoking any tobacco product among adults aged ≥15 years[j] (%)		Prevalence of current tobacco use among adolescents aged 13–15 years[k] (%)		MDG 6 Prevalence of condom use by adults aged 15–49 years during higher-risk sex[l] (%)		MDG 6 Population aged 15–24 years with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS[m] (%)		Member State
Male	Female	Male	Female	Male	Female		Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
2008		2008		2008		2008	2009		2005–2010		2005–2011		2005–2011		
8.4[n]	9.3[n]	38.5[n]	35.7[n]	3.1	7.7	5.1	14	…	14[o]	12[o]	22	14	27	21	Liberia
14.5	14.4	45.2	38.9	21.5	41.3	0.1	47	…	11	5	…	…	…	…	Libya
11.2[n]	9.7[n]	45.5	34.3	23.9	24.7	16.3	50	22	38	29	…	…	…	…	Lithuania
9.9[n]	6.7[n]	28.5[n]	17.9[n]	24.5	22.2	12.8	…	…	…	…	…	…	…	…	Luxembourg
8.1[n]	7.0[n]	40.6	37.5	1.8	1.5	1.3	…	…	33	14	7	8	26	23	Madagascar
6.4	6.2	44.5	39.4	2.6	6.2	1.4	26	4	17	11	25	27	…	…	Malawi
11.6	11.2	28.8	24.6	10.4	17.9	0.9	50	2	35	9	…	…	…	…	Malaysia
7.8	7.5	30.6[n]	24.5[n]	6.5	26.1	…	43	11	9	3	…	…	…	…	Maldives
9.0[n]	9.5[n]	30.5	31.3	2.4	6.8	1.0	28	2	23	9	12	8	22	18	Mali
11.8	8.9	29.9	20.3	26.1	26.8	4.1	30	21	…	…	…	…	…	…	Malta
25.5	31.9	29.6	22.7	38.8	53.9	…	36	7	29	22	20	11	39	27	Marshall Islands
7.5	8.3	38.4[n]	33.9[n]	4.3	23.3	0.1	29	4	28	18	…	…	…	…	Mauritania
11.6	9.9	40.6[n]	34.5[n]	12.9	23.0	3.5	31	2	20	8	…	…	…	…	Mauritius
13.2	14.9	27.4	21.5	26.7	38.4	8.6	24	8	28[o]	29[o]	…	…	…	…	Mexico
14.0	19.8	36.9	27.0	30.9	53.4	5.3	30	18	52	40	…	…	…	…	Micronesia (Federated States of)
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Monaco
10.9	8.9	44.8	32.9	11.9	20.7	3.4	48	6	26	16	…	…	…	…	Mongolia
9.8[n]	8.4[n]	42.0[n]	32.5[n]	22.8[n]	20.7[n]	…	…	…	7	6	…	…	…	…	Montenegro
10.6	10.9	34.0	37.6	11.1	23.1	1.2	33	2	13	8	…	…	…	…	Morocco
8.0[n]	8.2[n]	46.3	41.4	2.6	7.8	2.3	18	2	13[o]	7[o]	22	24	35	37	Mozambique
6.1	7.1	34.0	29.2	2.0	6.1	0.6	40	8	23	8	…	…	…	…	Myanmar
8.6[n]	9.6[n]	43.7	38.1	4.3	16.8	11.5	30	9	32	30	74	66	53	59	Namibia
12.8	15.2	40.3	29.9	67.5	74.7	4.8	49	50	…	…	…	…	…	…	Nauru
9.8	9.3	26.6[n]	28.6[n]	1.4	1.6	2.4	36	29	13	5	27	…	34	26	Nepal
6.1	4.1	28.9	17.6	16.1	16.1	9.8	31	26	…	…	…	…	…	…	Netherlands
11.1[n]	8.8[n]	22.8	15.1	26.2	27.7	10.0	27	24	19	22	…	…	…	…	New Zealand
8.6	9.4	31.9	24.7	16.8	31.3	5.2	…	…	…	…	…	…	…	…	Nicaragua
7.8[n]	8.3[n]	50.3	41.0	1.5	3.7	0.3	9	…	12	6	7	8	16	13	Niger
7.9	12.0	38.6	41.2	5.1	9.0	12.7	10	3	19[o]	11[o]	33	23	33	22	Nigeria
…	…	…	…	…	…	8.7	…	…	…	…	…	…	…	…	Niue
10.6	7.7	33.7	22.2	21.6	17.9	8.4	31	28	…	…	…	…	…	…	Norway
12.0	12.3	32.4	27.5	19.4	25.9	0.9	12	…	5	2	…	…	…	…	Oman
11.7	14.1	28.6	28.0	3.5	8.4	<0.1	34	6	…	…	…	…	…	…	Pakistan
17.5[n]	19.0[n]	34.6[n]	25.5[n]	44.9[n]	56.3[n]	9.9	37	9	58	42	…	…	…	…	Palau
10.9[n]	11.2[n]	33.1[n]	23.3[n]	19.4	32.1	7.3	17	4	11	7	…	…	…	…	Panama
15.2	14.7	21.1	18.1	11.8	20.1	3.6	58	31	55	40	…	…	…	…	Papua New Guinea
10.6	10.1	34.6[n]	24.8[n]	16.2[n]	22.3[n]	7.9	30	14	21	13	…	…	…	…	Paraguay
5.8	6.1	26.0	19.6	11.1	21.7	6.5	…	9	22	17	…	…	…	…	Peru
6.5	6.6	28.7	23.6	4.5	8.3	6.1	47	10	28	18	22	…	…	21	Philippines
8.2	6.9	41.3	33.0	22.9	22.9	14.4	36	25	26[o]	32[o]	…	…	…	…	Poland
7.5	5.7	34.5	24.3	20.4	22.3	13.9	32	16	…	…	…	…	…	…	Portugal
12.4	11.0	34.4	27.6	30.8	39.3	1.3	…	…	25	13	…	…	…	…	Qatar
6.8	5.3	18.0	13.1	6.9	7.7	14.8	49	7	15	11	…	…	…	…	Republic of Korea
9.5[n]	11.1[n]	40.4[n]	34.0[n]	10.0	28.8	23.0	43	5	21	7	72	27	…	…	Republic of Moldova
10.0[n]	8.9[n]	39.0	32.9	16.3	19.0	16.2	46	24	18	10	…	…	…	…	Romania
10.5[n]	10.7[n]	37.2	31.8	18.4	29.8	16.2	59	24	…	…	…	…	…	…	Russian Federation
6.7[n]	6.1[n]	43.6[n]	40.2[n]	4.9	4.0	10.0	…	…	13	10	28	29	46	52	Rwanda
13.6[n]	14.6[n]	43.2	32.5	32.0	49.4	10.6	12	2	10	8	…	…	…	…	Saint Kitts and Nevis

5. Risk factors

Member State	MDG 7: Population using improved drinking-water sources[a] (%)			MDG 7: Population using improved sanitation[a] (%)			Population using solid fuels[b] (%)	Preterm birth rate[c] (per 100 live births)	Infants exclusively breastfed for the first 6 months of life[d] (%)	Children aged <5 years[e] (%)				
										Wasted	Stunted	MDG 1: Underweight		Overweight
	1990	2000	2011	1990	2000	2011	2010	2010	2005–2012	2005–2012	2005–2012	1990–1995	2005–2012	2005–2012
Saint Lucia	93	94	94	58	62	65	<5	11	…	…	…	…	…	…
Saint Vincent and the Grenadines	88	93	95	63	73	…	<5	12	…	…	…	…	…	…
Samoa	89	93	98	93	92	92	53	6	51	…	…	…	…	…
San Marino	…	…	…	…	…	…	<5[p]	…	…	…	…	…	…	…
Sao Tome and Principe	…	78	97	…	21	34	71	11	51	11.2	31.6	…	14.4	11.6
Saudi Arabia	92	95	97	92	97	100	<5[p]	6	…	11.8	9.3	13.5	5.3	6.1
Senegal	60	66	73	36	43	51	51	10	39	9.8	28.7	19.0	19.2	2.8
Serbia	99	100	99	96	96	97	32	7	14	3.5	6.6	…	1.6	15.6
Seychelles	96	96	96	97	97	97	<5	12	…	…	…	…	…	…
Sierra Leone	37	47	57	11	12	13	>95	10	32	7.6	32.6	25.4	18.6	1.4
Singapore	100	100	100	99	100	100	<5[p]	12	…	…	…	…	…	…
Slovakia	100	100	100	100	100	100	<5	6	…	…	…	…	…	…
Slovenia	100	100	100	100	100	100	<5	8	…	…	…	…	…	…
Solomon Islands	…	78	79	…	25	29	90	12	74	4.3	32.8	…	11.5	2.5
Somalia	…	21	30	…	22	24	>95	12	5	13.2	42.1	…	32.8	4.7
South Africa	83	87	91	64	69	74	15	8	…	4.7	23.9	8.0	8.7	…
South Sudan	…	…	57	…	…	9	…	…	…	…	…	…	…	…
Spain	100	100	100	100	100	100	<5[p]	7	…	…	…	…	…	…
Sri Lanka	68	79	93	68	79	91	75	11	76	11.8	19.2	33.8	21.6	0.8
Sudan	67	62	55	27	25	24	…	…	41	…	…	…	…	…
Sudan (former)	…	…	…	…	…	…	79	13	…	21.0	37.9	31.8	31.7	5.3
Suriname	…	89	92	…	81	83	12	9	2	4.9	10.7	…	7.5	4.0
Swaziland	39	52	72	49	52	57	55	14	44	0.8	30.9	…	5.8	10.7
Sweden	100	100	100	100	100	100	<5[p]	6	…	…	…	…	…	…
Switzerland	100	100	100	100	100	100	<5[p]	7	…	…	…	…	…	…
Syrian Arab Republic	86	88	90	85	89	95	<5	11	29	11.5	27.5	11.5	10.1	17.9
Tajikistan	…	61	66	…	90	95	34	11	25	6.7	39.2	…	15.0	6.7
Thailand	86	92	96	82	91	93	26	12	15	4.7	15.7	16.3	7.0	8.0
The former Yugoslav Republic of Macedonia	99	99	100	…	90	91	33	7	16	3.4	11.5	…	1.8	16.2
Timor-Leste	…	54	69	…	37	39	92	12	52	18.9	57.7	…	45.3	5.8
Togo	48	53	59	13	12	11	94	13	63	4.8	29.5	…	16.6	1.6
Tonga	99	99	99	95	94	92	43	8	…	…	…	…	…	…
Trinidad and Tobago	89	92	94	93	92	92	<5	8	13	…	…	…	…	…
Tunisia	82	89	96	73	82	90	<5	9	9	3.4	9.0	8.1	3.3	8.8
Turkey	85	93	100	84	87	91	<5	12	42	0.8	12.3	8.7	1.7	…
Turkmenistan	…	83	71	98	98	99	<5	10	11	…	…	…	…	…
Tuvalu	90	94	98	73	78	83	19	…	35	3.3	10.0	…	1.6	6.3
Uganda	41	57	75	27	31	35	>95	14	63	4.8	33.7	21.5	14.1	3.8
Ukraine	…	97	98	…	95	94	<5	7	18	…	…	…	…	…
United Arab Emirates	100	100	100	97	97	98	<5	8	…	…	…	…	…	…
United Kingdom	100	100	100	100	100	100	<5[p]	8	<1	…	…	…	…	…
United Republic of Tanzania	55	54	53	7	9	12	94	11	50	4.9	42.5	25.1	16.2	5.5
United States of America	98	99	99	100	100	100	<5[p]	12	16[r]	…	…	0.9	…	…
Uruguay	96	98	100	95	97	99	<5	10	57	1.1	11.7	…	4.5	7.7
Uzbekistan	90	89	87	84	91	100	11	9	26	4.5	19.6	…	4.4	12.8
Vanuatu	62	76	91	…	42	58	84	13	40	5.9	25.9	…	11.7	4.7
Venezuela (Bolivarian Republic of)	90	92	…	82	89	…	<5	8	12	4.1	13.4	6.7	2.9	6.4
Viet Nam	58	77	96	37	55	75	56	9	17	9.7	30.5	36.9	20.2	3.0
Yemen	66	60	55	24	39	53	33	13	…	…	…	29.6	…	…
Zambia	48	54	64	42	41	42	83	13	61	5.6	45.8	21.2	14.9	8.4
Zimbabwe	79	80	80	40	40	40	66	17	31	3.1	32.3	11.7	10.1	5.8

Prevalence of raised fasting blood glucose among adults aged ≥ 25 years[f] (%)		Prevalence of raised blood pressure among adults aged ≥ 25 years[g] (%)		Adults aged ≥20 years who are obese[h] (%)		Alcohol consumption among adults aged ≥15 years[i] (litres of pure alcohol per person per year)	Prevalence of smoking any tobacco product among adults aged ≥15 years[j] (%)		Prevalence of current tobacco use among adolescents aged 13–15 years[k] (%)		MDG 6 Prevalence of condom use by adults aged 15–49 years during higher-risk sex[l] (%)		MDG 6 Population aged 15–24 years with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS[m] (%)		Member State
Male	Female	Male	Female	Male	Female		Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
2008		2008		2008		2008	2009		2005–2010		2005–2011		2005–2011		
10.3[n]	11.8[n]	37.1[n]	27.4[n]	11.9	31.9	12.1	28	12	22	15	…	…	…	…	Saint Lucia
11.1[n]	12.5[n]	35.4[n]	27.5[n]	16.4[n]	33.5[n]	5.0	18	6	22	17	…	…	…	…	Saint Vincent and the Grenadines
21.2	23.7	37.2	28.3	45.3	66.7	4.5	58	23	26	20	…	…	…	…	Samoa
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	San Marino
9.3[n]	10.3[n]	46.3	42.4	6.4	15.4	8.5	9	2	…	…	33	…	43	43	Sao Tome and Principe
22.0	21.7	32.9	28.7	29.5	43.5	0.3	24	1	21	9	…	…	…	…	Saudi Arabia
9.3[n]	10.6[n]	37.9[n]	34.4[n]	3.2	12.5	0.5	16	…	20	10	21	22	31	29	Senegal
10.3[n]	8.2[n]	42.5	33.6	25.5	20.3	12.2	38	27	11	10	…	…	…	…	Serbia
13.7	13.2	43.2	31.9	15.1	33.7	12.1	24	5	27	25	…	…	…	…	Seychelles
9.2[n]	10.0[n]	41.9	40.5	3.6	10.1	9.5	39	8	20	24	15	7	28	17	Sierra Leone
7.5	5.4	24.3	18.5	6.6	6.2	1.5	35	6	…	…	…	…	…	…	Singapore
10.6[n]	9.2[n]	42.1[n]	32.5[n]	24.9[n]	24.3[n]	13.3	39	19	29	25	…	…	…	…	Slovakia
10.7[n]	8.8[n]	43.3[n]	32.8[n]	28.1[n]	25.9[n]	14.9	30	22	17	24	…	…	…	…	Slovenia
17.1	18.3	26.5	25.9	25.3	39.2	1.4	46	19	44	37	…	…	…	…	Solomon Islands
7.9[n]	7.7[n]	39.9[n]	35.7[n]	3.4[n]	7.1[n]	0.5	…	…	16[o]	12[o]	…	…	…	…	Somalia
11.9	11.7	39.9	34.9	23.2	42.8	10.2	24	8	29	20	…	…	…	…	South Africa
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	South Sudan
11.0	8.8	27.7	18.6	24.9	23.0	11.8	36	27	…	…	…	…	…	…	Spain
9.3	8.6	31.0	26.2	2.6	7.3	0.8	27	…	12	6	…	…	…	…	Sri Lanka
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sudan
8.6[n]	8.1[n]	39.9[n]	33.5[n]	4.1[n]	8.9[n]	2.6	24	2	10	4	…	…	…	…	Sudan (former)
11.6[n]	13.5[n]	34.2[n]	26.7[n]	16.5[n]	34.6[n]	6.6	…	…	21	17	…	…	…	…	Suriname
9.0[n]	12.2[n]	40.5[n]	36.4[n]	6.1	37.1	5.1	16	2	16	9	56	55	52	52	Swaziland
8.1	6.0	29.7	19.3	18.2	15.0	10.0	…	…	…	…	…	…	…	…	Sweden
9.3	5.3	27.4	14.9	18.3	11.6	11.4	31	21	…	…	…	…	…	…	Switzerland
12.9[n]	12.8[n]	31.8[n]	29.6[n]	23.8	39.0	1.5	42	…	32	19	…	…	…	…	Syrian Arab Republic
10.7[n]	9.7[n]	37.4[n]	34.1[n]	8.0	11.6	3.4	…	…	…	…	…	…	…	…	Tajikistan
7.3	7.1	24.6	20.2	4.9	11.8	7.1	45	3	24	8	…	…	…	…	Thailand
10.4[n]	8.8[n]	39.8[n]	33.2[n]	21.6	18.9	8.9	…	…	12	12	…	…	…	…	The former Yugoslav Republic of Macedonia
6.4[n]	6.9[n]	28.2[n]	24.7[n]	1.5[n]	4.3[n]	0.7	…	…	60	53	…	…	20	12	Timor-Leste
8.7[n]	9.1[n]	38.8[n]	35.3[n]	3.0	6.1	1.9	…	…	18	8	…	…	…	…	Togo
17.0	19.3	34.1	27.0	49.1	70.3	3.9	44	13	…	…	…	…	…	…	Tonga
12.1[n]	13.0[n]	34.8	27.7	21.6	38.0	6.2	27	11	21	18	…	…	…	…	Trinidad and Tobago
12.0	12.7	32.4	31.6	13.9	33.4	1.1	58	5	20	4	…	…	…	…	Tunisia
10.1	9.8	24.0	24.9	22.8	35.6	3.0	47	15	14	7	…	…	…	…	Turkey
12.0[n]	10.1[n]	38.3[n]	32.8[n]	13.9	14.5	5.0	…	…	…	…	…	…	…	…	Turkmenistan
…	…	…	…	…	…	2.1	51	20	42	33	…	…	…	…	Tuvalu
6.8[n]	6.5[n]	42.9[n]	39.6[n]	4.3	4.9	16.4	16	3	17	15	15	16	38	32	Uganda
10.2[n]	10.2[n]	45.8	35.4	15.5	23.6	17.5	50	13	30	22	46	48	43	45	Ukraine
15.3	15.8	30.4	21.2	30.2	43.0	0.5	19	2	25	13	…	…	…	…	United Arab Emirates
7.8	5.7	27.7	19.1	24.4	25.2	13.2	25	23	…	…	…	…	…	…	United Kingdom
8.3	8.5	36.2	33.9	4.0	6.8	7.9	21	3	12[o]	9[o]	24	27	43	48	United Republic of Tanzania
12.6	9.1	17.0	14.2	30.2	33.2	9.7	33	25	15	11	…	…	…	…	United States of America
10.7	10.0	37.5	25.4	20.7	26.0	9.0	31	22	21	25	…	…	…	…	Uruguay
12.6	10.9	30.5	26.3	14.5	19.8	3.6	22	3	3[o]	2[o]	…	…	…	…	Uzbekistan
9.2	9.6	40.7	36.5	22.9	36.8	1.0	43	8	34	20	…	…	…	…	Vanuatu
11.1	10.9	37.1	25.4	26.6	34.8	7.6	…	…	11	7	…	…	…	…	Venezuela (Bolivarian Republic of)
7.5	7.9	29.1	23.3	1.2	2.0	3.9	48	2	7	2	…	…	50	42	Viet Nam
11.1[n]	11.0[n]	32.2[n]	29.3[n]	10.5[n]	22.7[n]	0.2	35	11	15	11	…	…	…	…	Yemen
7.2	7.5	41.0	37.9	1.2	7.0	3.6	24	4	26[o]	26[o]	28	33	37	34	Zambia
8.7[n]	9.9[n]	36.9	36.4	2.8	13.8	5.0	30	4	15[o]	8[o]	33	48	47	52	Zimbabwe

5. Risk factors

	MDG 7									Children aged <5 years[e] (%)				
	Population using improved drinking-water sources[a] (%)			Population using improved sanitation[a] (%)			Population using solid fuels[b] (%)	Preterm birth rate[c] (per 100 live births)	Infants exclusively breastfed for the first 6 months of life[d] (%)			MDG 1		
										Wasted	Stunted	Underweight		Overweight
	1990	2000	2011	1990	2000	2011	2010	2010	2005–2012	2005–2012	2005–2012	1990–1995	2005–2012	2005–2012
Ranges of country values														
Minimum	14	21	30	2	7	9	<5	4	<1	0.0	1.3	0.6	0.2	0.0
Median	88	90	95	73	79	84	14	10	32	5.3	27.8	16.1	11.6	6.6
Maximum	100	100	100	100	100	100	>95	18	89	21.5	57.7	61.5	45.3	25.6
WHO region														
African Region	50	57	64	29	31	34	77	12	35	10.4	40.9	34.0	25.2	7.9
Region of the Americas	90	93	96	80	84	89	10	8	30	1.1	8.2	4.6	2.2	7.6
South-East Asia Region	71	80	90	26	34	44	61	13	47	14.4	35.7	47.1	27.6	3.3
European Region	96	97	98	91	91	92	5	9	25	1.3	7.8	10.8	1.5	12.5
Eastern Mediterranean Region	85	82	86	55	61	68	33	11	35	10.1	27.2	22.6	14.4	8.1
Western Pacific Region	70	82	92	36	53	70	42	12	…	2.8	10.0	17.5	4.1	5.1
Income group														
Low income	53	58	67	20	30	37	91	12	47	9.1	38.2	40.1	22.3	4.4
Lower middle income	71	79	87	30	39	47	54	11	38	12.8	35.9	38.1	24.4	4.8
Upper middle income	76	85	93	46	61	74	29	9	…	2.2	8.5	12.3	2.9	6.4
High income	99	99	99	100	99	100	<5	9	18	0.8	3.5	1.3	1.7	8.4
Global	76	83	89	49	56	64	41	11	38	8.0	25.7	25.1	15.7	6.6

a. *Progress on Drinking Water and Sanitation: 2013 Update*. New York, UNICEF and Geneva, World Health Organization, 2012 (forthcoming).

b. These estimates are based on the WHO Household Energy database (available at: http://apps.who.int/ghodata/). This database contains compiled information on cooking-fuel use and cooking practices from about 580 nationally representative data sources, including all Demographic and Health Surveys (Macro International), Multiple Indicator Cluster Surveys (UNICEF), World Health Surveys (WHO) and Living Standards Measurement Studies (World Bank) as well as national censuses/surveys and national energy statistics. Unless otherwise noted, where solid fuel use information is available for a country it was derived using a multi-level model approach which only accounts for regions, countries and time as a spline function, and estimates are restricted to values ranging from zero to one. Income-group aggregates are based on the 2011 World Bank list of economies.

c. Blencowe H et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012 9 June, 379(9832):2162–2172. See the paper for income groupings used.

d. WHO global data bank on infant and young child feeding. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding).

e. Global database on child growth and malnutrition. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en). For the reference period 1990–1995, figures refer to the first available survey year in the period. For the reference period 2005–2011, figures refer to the latest available survey year in the period. Wasted is calculated as the prevalence of low weight-for-height less than -2 standard deviations; underweight is the prevalence of weight-for-age less than -2 standard deviations; stunting is the prevalence of height-for-age less than -2 standard deviations; and overweight is the prevalence of weight-for-height above +2 standard deviations (using the WHO Child Growth Standards median). Global estimates refer to 2011 for wasted, stunting and overweight, and 1990 and 2011 for underweight. For more information, see the above database.

f. Percentage of population aged 25 years and over with fasting glucose ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/l) or on medication for raised blood glucose. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010). See Annex 4: Country estimates of NCD mortality and selected risk factors, 2008. Figures reported are age-standardized point estimates, and uncertainty ranges are available at the Global Health Observatory web site (http://www.who.int/gho). Income-group aggregates are based on the 2008 World Bank list of economies.

g. Percentage of population aged 25 years and over with raised blood pressure (systolic blood pressure ≥ 140 or diastolic blood pressure ≥ 90). Global Health Observatory. Geneva, World Health Organization, 2011. Figures reported are age-standardized point estimates, and uncertainty ranges are available at the Global Health Observatory web site (http://www.who.int/gho). Income-group aggregates are based on the 2008 World Bank list of economies.

h. Percentage of population aged 20 years and over with a body mass index ≥ 30.00 kg/m^2. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010). See Annex 4: Country estimates of NCD mortality and selected risk factors, 2008. Figures reported are age-standardized point estimates, and uncertainty ranges are available at the Global Health Observatory web site (http://www.who.int/gho). Income-group aggregates are based on the 2008 World Bank list of economies.

Prevalence of raised fasting blood glucose among adults aged ≥ 25 years[f] (%)		Prevalence of raised blood pressure among adults aged ≥ 25 years[g] (%)		Adults aged ≥20 years who are obese[h] (%)		Alcohol consumption among adults aged ≥15 years[i] (litres of pure alcohol per person per year)	Prevalence of smoking any tobacco product among adults aged ≥15 years[j] (%)		Prevalence of current tobacco use among adolescents aged 13–15 years[k] (%)		MDG 6				
											Prevalence of condom use by adults aged 15–49 years during higher-risk sex[l] (%)		Population aged 15–24 years with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS[m] (%)		
Male	Female	Male	Female	Male	Female		Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	
2008		2008		2008		2008	2009		2005–2010		2005–2011		2005–2011		
4.7	4.1	17.0	13.1	0.7	1.3	0.0	8	1	3	2	7	7	15	4	Minimum
9.9	9.5	34.6	28.3	14.9	22.1	6.0	32	8	21	14	27	27	34	28	Median
25.5	31.9	50.3	42.4	67.5	74.7	23.0	71	50	66	54	74	66	55	59	Maximum
8.3	9.2	38.1	35.5	5.3	11.1	…	17	3	20	13	…	…	34	28	African Region
11.5	9.9	26.3	19.7	23.5	29.7	…	26	16	23	21	…	…	…	…	Region of the Americas
9.9	9.8	25.4	24.2	1.7	3.7	…	30	5	21	8	…	…	36	20	South-East Asia Region
9.6	8.0	33.1	25.6	20.4	23.1	…	41	22	20	15	…	…	…	…	European Region
11.0	11.6	30.7	29.1	13.0	24.5	…	33	4	17	9	…	…	…	…	Eastern Mediterranean Region
9.2	8.6	28.7	23.7	5.1	6.8	…	51	4	10	6	…	…	…	…	Western Pacific Region
8.2	8.4	32.9	29.9	2.6	5.1	…	30	4	16	11	…	…	35	31	Low income
9.8	9.8	28.7	26.0	4.7	8.4	…	39	4	17	8	…	…	36	22	Lower middle income
10.4	10.3	35.3	28.3	19.5	28.9	…	37	15	26	22	…	…	…	…	Upper middle income
10.0	7.1	24.8	17.4	21.8	21.6	…	32	19	17	13	…	…	…	…	High income
9.8	9.2	29.2	24.8	10.0	14.0	…	36	8	18	11	…	…	…	…	Global

i. Global information system on alcohol and health. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://apps.who.int/gho/data/view.main?showonly=GISAH). The figures for 2008 have been produced by the projection of 2005 estimates. Definition of indicator: total (sum of recorded and unrecorded) amount of alcohol consumed per adult (15+ years) over a calendar year, in litres of pure alcohol. Recorded alcohol consumption refers to official statistics (production, import, export, and sales or taxation data), while the unrecorded alcohol consumption refers to alcohol which is not taxed and is outside the usual system of governmental control. When the number of yearly tourists is greater than or equal to the number of inhabitants, the tourist consumption is deducted from the country's recorded consumption.

j. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/). See Appendix VII: Age-standardized prevalence estimates for smoking, 2009. Definition of indicator: smoking at the time of the survey of any form of tobacco, including cigarettes, cigars, pipes, bidis, etc. and excluding smokeless tobacco. These figures represent age-standardized prevalence rates for smoking tobacco and should only be used to draw comparisons of prevalence between countries, and between men and women within a country. They should not be used to calculate the number of smokers in a country, region or globally. Income-group aggregates are based on the 2011 World Bank list of economies.

k. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/). Data relate to tobacco use in any form in the 30 days prior to the most recent Global Youth Tobacco Survey (http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/). Data from other youth surveys are excluded for comparability reasons. Income-group aggregates are based on the 2011 World Bank list of economies.

l. Percentage of women and men aged 15–49 years who had more than one sexual partner in the past 12 months reporting the use of a condom during their last sexual intercourse. Data compiled from Demographic and Health Surveys, January 2013 (http://www.measuredhs.com).

m. Percentage of women and men aged 15–24 years who both correctly identify ways of preventing the sexual transmission of HIV and reject major misconceptions about HIV transmission. Data compiled from Demographic and Health Surveys, January 2013 (http://www.measuredhs.com).

n. No country data available. Estimate modelled using data from other countries and specific country characteristics.

o. Subnational data.

p. For high-income countries with a Gross National Income (GNI) of more than US$ 12 276 per capita in any given year, as classified by the World Bank (http://data.worldbank.org/about/country-classifications, accessed 12 January 2012) solid fuel use is assumed to be less than 5%. Rehfuess EA, Mehta S, Pruss-Ustun A. Assessing Household Solid Fuel Use – Multiple Implications for the Millennium Development Goals. *Environmental Health Perspectives*, 2006, 114(3):373–378.

q. No solid fuel use information was available for the country, and population-weighted regional means were used. Estimates in countries without survey data should be interpreted with caution, and provide indicative values only.

r. Data refer to children at 6 months. *Breastfeeding Report Card 2012, United States: Outcome Indicators*. Atlanta, United States CDC (http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard2.htm).

6. Health systems

Table 6 presents data on the resources available to health systems, such as workforce (physicians, nurses and midwives, other health-care workers); infrastructure (hospitals, and hospital and psychiatric beds); medical technologies and devices (radiotherapy and computed tomography units); and access to essential medicines.[29] Such data are essential in enabling governments to determine how best to meet the health-related needs of their populations. For example, mental health services depend primarily on trained human resources such as mental health specialists (for example, psychiatrists), psychosocial workers (for example, psychologists) and non-specialist health workers such as primary care staff. The density of psychiatrists is the most widely available and reliable indicator of the human resources available to mental health services, and provides a crude proxy of mental health system capacity.

Estimates of health personnel densities refer to the active health workforce – i.e. those currently participating in the health labour market. Data are derived from multiple sources, including national population censuses, labour-force and employment surveys, health-facility assessments and routine administrative information systems.[30] Due to the wide diversity of available information sources, there is considerable variability in the coverage and quality of data. Figures may be under-estimated or over-estimated where it is not possible to determine whether or not they include health workers in the private sector, or to identify the double counting of health workers holding two or more jobs at different locations. In addition, health service providers may be working outside the health-care sector, working in unpaid and/or unregulated conditions, or not currently engaged in the national health labour market.

The density of hospital beds can be used to indicate the availability of inpatient services. Statistics on hospital-bed density are generally drawn from routine administrative records but in some settings only public-sector beds are included. The density of psychiatric beds provides an estimate of national capacity to treat serious mental disorders that require brief or extended inpatient care. The density of psychiatric beds in any country should be interpreted alongside other resources for mental health care, since beds very often account for a high proportion of all the resources allocated to mental health care.

Medical devices are indispensable in the prevention, diagnosis or treatment of a disease and in rehabilitation and palliative care. As essential basic equipment is still not available everywhere, a United Nations Commission on Life Saving Commodities will be addressing the availability of basic neonatal resuscitation units along with 13 other commodities. At present, the density of computed tomography scanners and radiotherapy equipment acts as an indicator of the availability of expensive high-end equipment for diagnostic imaging and cancer radiotherapy.

---

29. MDG 8; Target 8.E: In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable essential drugs in developing countries.

30. These include registries on public expenditure, staffing and payroll, as well as records of professional training, registration and licensure.

Data on the availability of medicines are poor in most developing countries. However, data on the availability and consumer prices for selected generic medicines have been derived from surveys conducted using WHO/Health Action International (HAI) standard methods between 2001 and 2012. In individual surveys, availability is reported as the percentage of medicine outlets in which a medicine was found on the day of data collection. As baskets of medicines differ by country, results are not strictly comparable across countries. The consumer price ratio is an expression of how much more – or less – the local medicine price is than the international reference price.

Member State	Health workforce						
	Physicians[a]	Nursing and midwifery personnel[a,b]	Dentists[a]	Pharmacists[a]	Environment and public health professionals[a]	Community health workers[a]	Psychiatrists[c]
	per 10 000 population						
	2005–2012						
Afghanistan	1.9	…	<0.05	0.4[h]	…	…	<0.05
Albania	11.1	39.0	3.3	4.3	…	…	0.2
Algeria	12.1	19.5	3.1	2.2	…	…	0.2
Andorra	39.1	45.7	7.5	11.5	…	…	0.7
Angola	1.7	16.6	…	…	…	…	<0.05
Antigua and Barbuda	…	…	…	…	…	…	0.1
Argentina	…	…	…	…	…	…	…
Armenia	28.5	49.2	4.2	0.4	…	…	0.4
Australia	38.5	95.9	6.9	11.7[h]	…	0.5	1.3
Austria	48.6	79.7	5.6	6.8	…	…	2.0
Azerbaijan	33.8	68.4	2.6	2.4	…	…	0.5
Bahamas	28.2	41.4	2.4	4.1	…	…	…
Bahrain	14.9	38.6	1.5	2.5	…	…	0.8
Bangladesh	3.6	2.2	0.3	0.6	0.1	3.3	<0.05
Barbados	18.1	48.6	…	…	…	…	0.4
Belarus	37.6	105.3	5.4	3.1	…	…	0.9
Belgium	37.8	222.1	7.9	15.6	…	…	…
Belize	8.3	19.6	0.4	3.9	2.1	5.4	0.1
Benin	0.6	7.7	<0.05	<0.05	0.2	…	<0.05
Bhutan	0.7	2.9	<0.05	0.2[h]	…	0.9	<0.05
Bolivia (Plurinational State of)	…	…	…	…	…	…	0.1
Bosnia and Herzegovina	16.9	51.7	2.0	0.9	…	…	0.5
Botswana	3.4	28.4	…	…	…	5.2	<0.05
Brazil	17.6	64.2	11.7	5.4	…	…	0.3
Brunei Darussalam	13.6	70.2	2.1	1.0	…	…	<0.05
Bulgaria	37.6	47.1	8.5	…	…	…	0.7
Burkina Faso	0.5	5.7	<0.05	0.1	<0.05	1.3	<0.05
Burundi	…	…	…	0.1[h]	…	…	<0.05
Cambodia	2.3	7.9	0.2	1.0[h]	…	…	<0.05
Cameroon	0.8	4.4	<0.05	<0.05	…	…	<0.05
Canada	20.7	104.3	5.9	10.1[h]	0.4	…	1.3
Cape Verde	3.0	4.5	0.1	0.1	…	…	0.1
Central African Republic	0.5	2.6	<0.05	<0.05	…	4.0	<0.05
Chad	0.4	1.9	…	…	…	…	<0.05
Chile	10.3	1.4	<0.05	<0.05	…	…	0.6
China	14.6	15.1	…	2.6	…	8.1	0.1
Colombia	14.7	6.2	9.2	…	…	…	…
Comoros	…	…	…	…	…	…	<0.05
Congo	1.0	8.2	…	0.1	<0.05	…	<0.05
Cook Islands	28.9	64.4	2.2	0.6	0.6	5.0	…
Costa Rica	…	…	…	8.0[h]	…	…	0.2
Côte d'Ivoire	1.4	4.8	0.1	0.2	…	…	<0.05
Croatia	27.2	55.2	7.0	7.0[h]	…	…	1.0
Cuba	67.2	90.5	16.3	…	…	…	1.1
Cyprus	27.5	44.5	8.8	2.1	1.1	…	0.7
Czech Republic	37.1	87.9	7.2	7.6[h]	…	…	1.2
Democratic People's Republic of Korea	…	…	…	…	…	…	…
Democratic Republic of the Congo	…	…	…	<0.05[h]	…	…	<0.05
Denmark	34.2	160.9	8.1	4.6	…	…	1.4

Infrastructures and technologies					Essential medicines				Member State
					MDG 8				
Hospital [d]	Hospital beds [e]	Psychiatric beds [c]	Computed tomography units [d]	Radiotherapy units [d]	Median availability of selected generic medicines [f] (%)		Median consumer price ratio of selected generic medicines [g]		
					Public	Private	Public	Private	
per 100 000 population	per 10 000 population		per million population						
2010	2005–2012	2005–2010	2010	2010	2001–2012				
0.4 [i]	4	0.1	0.2	<0.05	…	…	…	…	Afghanistan
1.3	24	2.1	5.3	0.3	…	…	…	…	Albania
…	…	1.4	…	0.5 [j]	…	…	…	…	Algeria
…	25	1.4	…	…	…	…	…	…	Andorra
…	…	…	0.5	0.1 [i]	…	…	…	…	Angola
1.1 [i]	21	12.4	22.5	…	…	…	…	…	Antigua and Barbuda
…	45	2.8	…	2.8 [j]	…	…	…	…	Argentina
3.9	39	4.8	2.9	1.3	…	…	…	3.4	Armenia
…	39	3.9	…	4.2 [i]	…	…	…	…	Australia
…	76	4.0	28.8 [i]	5.5 [i]	…	…	…	…	Austria
8.2 [i]	46	4.3	1.1 [i]	1.6 [i]	…	…	…	…	Azerbaijan
1.2	31	…	14.6	2.9	…	…	…	…	Bahamas
…	18	2.8	…	…	…	…	…	…	Bahrain
0.2	6	0.1	…	0.1 [j]	…	…	…	…	Bangladesh
1.1	66	21.2	7.3 [i]	3.7 [i]	…	…	…	…	Barbados
7.3 [i]	111	6.3	6.0 [i]	3.0 [i]	…	…	…	…	Belarus
…	65	…	…	9.0 [j]	…	…	…	…	Belgium
2.2	11	0.1	12.8	<0.05	…	…	…	…	Belize
0.5 [i]	5	0.2	0.3	<0.05	…	…	…	…	Benin
1.8 [i]	18	…	1.4	<0.05	…	…	…	…	Bhutan
1.1	11	…	…	0.6 [j]	31.9	86.7	3.5	4.5	Bolivia (Plurinational State of)
1.0	35	2.4	13.8	2.4	…	…	…	…	Bosnia and Herzegovina
1.3 [i]	18	2.2	1.0 [i]	<0.05 [i]	…	…	…	…	Botswana
…	23	1.9	…	1.8 [j]	0.0 [k]	76.7 [k]	… [l]	11.3 [k]	Brazil
1.5	28	1.0	7.5	…	…	…	…	…	Brunei Darussalam
…	65	6.9	…	2.0 [j]	…	…	…	…	Bulgaria
1.1	4	…	0.2	<0.05	87.1	72.1	2.2	2.9	Burkina Faso
0.6 [i]	19	…	0.2	<0.05	…	…	…	…	Burundi
0.6 [i]	7	<0.05	1.3	0.1	…	…	…	…	Cambodia
0.9	13	0.1	0.7	0.2	60.0	52.5	2.2	13.6	Cameroon
2.3 [i]	32	…	14.2	8.7 [j]	…	…	…	…	Canada
1.0	21	0.9	2.0	<0.05	…	…	…	…	Cape Verde
0.5	10	0.1	<0.05	<0.05	…	…	…	…	Central African Republic
0.7	…	0.0	0.1 [m]	…	31.3	13.6	3.9	15.1	Chad
1.1 [i]	20	0.5	13.0	0.9 [i]	…	…	…	…	Chile
…	39	1.4	…	1.1 [j]	15.5 [n]	13.3 [n]	1.6 [n]	1.4 [n]	China
…	14	…	…	1.4 [j]	86.7	87.9	… [l]	3.1	Colombia
0.7 [i]	…	0.0	1.4	<0.05	…	…	…	…	Comoros
…	…	…	…	<0.05 [j]	21.2	31.3	6.5	11.5	Congo
…	63	…	…	…	…	…	…	…	Cook Islands
0.8	12	2.3	3.0	1.7	…	…	…	…	Costa Rica
1.8	…	…	0.7	<0.05	…	…	…	…	Côte d'Ivoire
1.5 [i]	56	9.6	14.5	3.0	…	…	…	…	Croatia
2.0 [i]	51	6.8	4.8 [i]	1.2	…	…	…	…	Cuba
7.8	35	2.2	21.7	2.7	…	…	…	…	Cyprus
1.3	70	10.5	13.2	5.0	…	…	…	…	Czech Republic
7.0 [i]	132	…	…	0.2 [j]	…	…	…	…	Democratic People's Republic of Korea
0.5 [i]	…	…	0.1	<0.05	55.6	65.4	2.0	2.3	Democratic Republic of the Congo
1.0 [i]	35	…	24.1	9.7	…	…	…	…	Denmark

Member State	Health workforce						
	Physicians[a]	Nursing and midwifery personnel[a,b]	Dentists[a]	Pharmacists[a]	Environment and public health professionals[a]	Community health workers[a]	Psychiatrists[c]
	per 10 000 population						
	2005–2012						
Djibouti	2.3	8.0	1.2	3.2	…	…	…
Dominica	…	…	…	…	…	…	0.3
Dominican Republic	…	…	…	…	…	…	0.1
Ecuador	16.9	19.8	2.4	0.5	…	…	0.1
Egypt	28.3	35.2	4.2	16.7	…	…	0.1
El Salvador	16.0	4.1	6.5	3.2	…	…	<0.05
Equatorial Guinea	…	…	…	…	…	…	…
Eritrea	…	…	…	…	…	…	<0.05
Estonia	33.4	65.6	9.3	11.2	…	…	1.4
Ethiopia	0.3	2.5	…	0.1	0.2	3.6	<0.05
Fiji	4.3	22.4	2.0	0.9	1.4	…	<0.05
Finland	29.1	239.6	7.6	11.0	…	…	2.8
France	33.8	93.0	6.4	11.5	…	…	2.2
Gabon	…	…	…	…	…	…	<0.05
Gambia	1.1	8.7	0.1	0.1	0.5	7.1	<0.05
Georgia	42.4	…	…	…	…	…	0.7
Germany	36.9	113.8	7.9	9.5[h]	…	…	…
Ghana	0.9	10.5	<0.05	0.2	<0.05	1.9	<0.05
Greece	…	…	…	…	…	…	1.3
Grenada	6.6	38.3	1.8	8.5[h]	7.0	…	0.2
Guatemala	9.3	…	1.8	…	…	…	0.1
Guinea	1.0	…	…	…	…	…	<0.05
Guinea-Bissau	0.7	5.9	<0.05	0.1	<0.05	…	…
Guyana	2.1	5.3	0.2	0.2	…	3.3	0.1
Haiti	…	…	…	…	…	…	<0.05
Honduras	3.7	10.8	…	…	…	…	0.1
Hungary	34.1	64.2	5.3	5.8	…	…	0.7
Iceland	34.6	…	9.7	11.7	1.8	…	2.0
India	6.5	10.0	0.8	5.4[h]	…	0.5	<0.05
Indonesia	2.0	13.8	0.4	1.0	1.8	…	<0.05
Iran (Islamic Republic of)	8.9	14.1	…	2.0[h]	…	…	0.1
Iraq	6.1	…	1.5	1.7	…	…	<0.05
Ireland	…	…	…	10.6[h]	…	…	0.6
Israel	31.1	49.7	8.7	8.5	…	…	0.8
Italy	38.0	…	…	…	…	…	0.8
Jamaica	4.1	10.9	0.2	0.4	1.7	2.7	0.1
Japan	21.4	41.4	7.4	21.5[h]	…	…	1.0
Jordan	25.6	40.5	9.0	21.4[h]	…	…	0.1
Kazakhstan	38.4	82.8	3.9	8.3	…	…	0.6
Kenya	1.8	7.9	0.2	0.5[h]	…	…	<0.05
Kiribati	3.8	37.1	1.7	2.1	1.2	…	…
Kuwait	17.9	45.5	3.5	3.0	…	…	0.3
Kyrgyzstan	24.7	58.2	1.9	1.9	…	…	0.4
Lao People's Democratic Republic	1.9	8.2	0.4	…	…	…	…
Latvia	29.0	48.6	6.6	6.4	…	…	1.1
Lebanon	35.4	22.3	13.3	12.3	…	…	0.1
Lesotho	…	…	…	…	…	…	<0.05
Liberia	…	2.7	<0.05	<0.05	0.1	…	<0.05
Libya	19.0	68.0	6.0	3.6	…	…	…

Infrastructures and technologies					Essential medicines				Member State
					MDG 8				
Hospital [d]	Hospital beds [e]	Psychiatric beds [c]	Computed tomography units [d]	Radiotherapy units [d]	Median availability of selected generic medicines [f] (%)		Median consumer price ratio of selected generic medicines [g]		
per 100 000 population	per 10 000 population		per million population		Public	Private	Public	Private	
2010	2005–2012	2005–2010	2010	2010	2001–2012				
…	14	…	…	…	…	…	…	…	Djibouti
5.9	38	…	14.8	<0.05	…	…	…	…	Dominica
…	17	0.3	…	1.0 [j]	…	…	…	…	Dominican Republic
0.4 [i]	16	1.2	1.7 [i]	0.1 [i]	41.7	71.7	… [l]	5.0	Ecuador
0.6 [i]	17	1.0	…	0.7 [j]	…	…	…	…	Egypt
0.5 [i]	10	0.1	3.7	0.8	53.8	69.2	… [l]	28.3	El Salvador
…	21	…	…	…	…	…	…	…	Equatorial Guinea
0.4	7	…	0.4	<0.05	…	…	…	…	Eritrea
1.9 [i]	53	…	14.9	2.2	…	…	…	…	Estonia
0.2	63	<0.05	0.3	<0.05	…	…	…	…	Ethiopia
…	21	1.6	3.5	<0.05	…	75.0	…	2.7	Fiji
1.4	58	7.6	20.3 [i]	7.5 [i]	…	…	…	…	Finland
…	66	9.5	…	6.8 [j]	…	…	…	…	France
3.9	63	0.8	4.0	0.7	…	…	…	…	Gabon
0.8 [i]	11	0.6	1.2	<0.05 [m]	…	…	…	…	Gambia
2.2	29	2.9	8.7	1.4	…	…	…	…	Georgia
…	82	…	…	6.4 [j]	…	…	…	…	Germany
1.4	9	0.7	0.2 [i]	0.1 [i]	17.9	44.6	2.4	3.8	Ghana
…	48	2.4	…	4.2 [j]	…	…	…	…	Greece
1.0	35	…	19.1	<0.05	…	…	…	…	Grenada
0.4 [i]	7	0.3	…	0.8 [j]	…	…	…	…	Guatemala
0.4	3	0.1	<0.05 [i]	<0.05 [i]	…	…	…	…	Guinea
63.5	…	…	<0.05	<0.05	…	…	…	…	Guinea-Bissau
3.6	20	3.2	4.0 [m]	1.3 [m]	…	…	…	…	Guyana
0.3	…	0.2	0.3 [m]	<0.05 [j]	17.6	54.3	4.8	7.3	Haiti
0.4 [i]	7	0.5	2.2	0.8	…	…	…	…	Honduras
1.0 [i]	72	7.5	6.6	1.8	…	…	…	…	Hungary
3.7 [i]	58	4.3	40.6	6.2	…	…	…	…	Iceland
…	9	0.2	…	0.4 [j]	22.1	76.8	… [l]	1.9 [o]	India
0.4	6	…	…	0.1 [j]	65.5	57.8	1.8	2.0	Indonesia
…	17	0.9	…	0.4 [j]	96.7	96.7	1.3	1.3	Iran (Islamic Republic of)
1.0	13	0.5	2.4 [i]	0.2 [i]	…	…	…	…	Iraq
…	31	7.4	4.7 [i]	4.0 [i]	…	…	…	…	Ireland
0.6	34	4.7	7.8	3.5	…	…	…	…	Israel
2.1	35	1.1	…	6.5 [j]	…	…	…	…	Italy
0.8 [i]	18	1.8	1.5 [i]	1.1	…	…	…	…	Jamaica
…	137	27.8	101.7	7.2 [j]	…	…	…	…	Japan
2.3	18	…	6.5	1.0	27.8	80.0	0.9	10.5	Jordan
3.6	76	6.3	1.5 [i]	1.4 [i]	0.0	70.0	4.8	3.7	Kazakhstan
1.6	14	…	0.3	<0.05	37.7	72.4	2.0	3.3	Kenya
…	13	…	<0.05	<0.05	…	…	…	…	Kiribati
…	20	3.3	…	1.5 [j]	12.0	0.0	… [l]	15.7	Kuwait
2.7 [i]	48	3.5	0.9	…	… [p]	70.0	… [p]	3.4	Kyrgyzstan
2.4 [i]	7	<0.05	0.8	<0.05	…	…	…	…	Lao People's Democratic Republic
1.4 [i]	53	12.2	…	4.9 [j]	…	…	…	…	Latvia
3.5	35	4.1	28.6	2.1	0.0	83.8	… [l]	6.1	Lebanon
…	…	0.3	…	…	…	…	…	…	Lesotho
0.4 [i]	8	…	…	<0.05 [j]	…	…	…	…	Liberia
2.6	37	…	9.4	0.9	…	…	…	…	Libya

Member State	Health workforce						
	Physicians[a]	Nursing and midwifery personnel[a,b]	Dentists[a]	Pharmacists[a]	Environment and public health professionals[a]	Community health workers[a]	Psychiatrists[c]
	per 10 000 population						
	2005–2012						
Lithuania	36.4	70.6	7.3	7.4[h]	…	…	1.8
Luxembourg	27.8	171.0	8.1	7.6	…	…	2.1
Madagascar	1.6	…	<0.05	…	…	…	<0.05
Malawi	0.2	3.4	…	0.2	0.2	7.3	<0.05
Malaysia	12.0	32.8	1.4	3.1[h]	…	…	0.1
Maldives	16.0	44.5	0.1	8.2	…	13.8	0.2
Mali	0.8	4.3	<0.05	0.1	0.1	0.1	<0.05
Malta	32.3	70.6	4.5	8.0	…	…	0.3
Marshall Islands	4.4	17.4	1.6	1.5	1.5	…	0.2
Mauritania	1.3	6.7	0.2	0.2	0.1	…	<0.05
Mauritius	…	…	…	…	…	…	0.2
Mexico	19.6	…	…	…	…	…	0.2
Micronesia (Federated States of)	1.8	33.2	1.2	…	3.5	2.7	0.1
Monaco	70.6	172.2	10.7	26.3	…	…	3.6
Mongolia	27.6	35.0	1.9	4.0	…	0.2	0.1
Montenegro	20.3	55.1	0.5	1.5	…	…	0.7
Morocco	6.2	8.9	0.8	2.7	…	…	0.1
Mozambique	0.3	3.4	…	0.2	…	…	<0.05
Myanmar	5.0	8.6	0.5	…	…	0.6	<0.05
Namibia	3.7	27.8	0.4	1.2	0.7	…	<0.05
Nauru	7.1	70.7	0.7	0.7	7.1	2.1	<0.05
Nepal	…	…	…	0.4[h]	…	…	<0.05
Netherlands	…	…	…	3.1[h]	…	…	1.9
New Zealand	27.4	108.7	4.6	10.1[h]	…	…	1.0
Nicaragua	…	…	…	…	…	…	0.1
Niger	0.2	1.4	<0.05	<0.05	0.1	…	<0.05
Nigeria	4.0	16.1	0.2	1.0[h]	0.3	1.4	<0.05
Niue	60.0	160.0	20.0	10.0	20.0	…	<0.05
Norway	41.6	319.3	9.1	…	…	…	3.1
Oman	20.5	44.9	2.3	4.4	0.8	…	0.2
Pakistan	8.1	5.6	0.6	…	…	0.6	<0.05
Palau	13.8	57.1	2.5	0.5	…	…	0.5
Panama	…	…	…	…	…	…	…
Papua New Guinea	0.5	4.6	…	0.5[h]	…	6.2	<0.05
Paraguay	…	…	…	…	…	…	0.1
Peru	9.2	12.7	1.2	0.6	<0.05	…	0.1
Philippines	…	…	…	6.2[h]	…	…	<0.05
Poland	20.7	54.0	3.2	6.6	…	…	0.5
Portugal	…	…	…	7.2	…	…	…
Qatar	27.6	73.7	5.8	12.6	…	…	0.2
Republic of Korea	20.2	52.9	5.0	12.6[h]	…	…	0.5
Republic of Moldova	36.4	65.0	4.7	5.3	…	…	0.5
Romania	23.9	54.6	6.1	6.5[h]	…	…	0.6
Russian Federation	43.1	85.2	3.2	0.8	…	…	1.2
Rwanda	0.6	6.9	0.1	<0.05	0.1	…	<0.05
Saint Kitts and Nevis	…	…	…	…	…	…	0.2
Saint Lucia	…	…	…	…	…	…	0.2
Saint Vincent and the Grenadines	…	…	…	…	…	…	0.2
Samoa	4.8	18.5	0.9	0.9	1.2	…	0.1

Infrastructures and technologies					Essential medicines				Member State
					MDG 8				
Hospital [d]	Hospital beds [e]	Psychiatric beds [c]	Computed tomography units [d]	Radiotherapy units [d]	Median availability of selected generic medicines [f] (%)		Median consumer price ratio of selected generic medicines [g]		
					Public	Private	Public	Private	
per 100 000 population	per 10 000 population		per million population						
2010	2005–2012	2005–2010	2010	2010	2001–2012				
2.8	68	…	18.1	3.9	…	…	…	…	Lithuania
1.2	54	9.0	19.7	3.9	…	…	…	…	Luxembourg
0.5	2	0.1	0.1	<0.05	…	…	…	…	Madagascar
0.4 [i]	13	…	0.3	<0.05	…	…	…	…	Malawi
0.5 [i]	18	1.8	6.7	1.5	25.0	43.8	… [l]	6.6	Malaysia
7.3	43	0.0	6.3	<0.05	…	…	…	…	Maldives
0.5 [i]	1	0.1	0.2 [i]	0.1	81.0	70.0	1.8	5.4	Mali
1.0	44	14.5	9.6	4.8	…	…	…	…	Malta
3.7	27	0.0	18.5	<0.05	…	…	…	…	Marshall Islands
1.2	…	…	1.7	0.3 [j]	…	…	…	…	Mauritania
0.9 [i]	34	5.5	6.2	2.3	88.8	70.0	… [l]	5.9	Mauritius
3.8	17	0.4	3.9	0.6	46.2 [q]	50.0 [q]	… [l]	4.7 [q]	Mexico
0.9	32	0.0	<0.05	<0.05	…	…	…	…	Micronesia (Federated States of)
11.3	165	17.3	141.2	28.2	…	…	…	…	Monaco
2.6	67	…	8.3	0.7 [i]	100.0	80.0	2.6	4.2	Mongolia
2.1	40	5.8	9.5	1.6 [i]	…	…	…	…	Montenegro
…	11	0.7	1.3 [i]	0.4 [i]	0.0	57.5	… [l]	9.8	Morocco
…	7	0.2	…	…	…	…	…	…	Mozambique
0.7 [i]	6	…	0.1 [i]	0.1 [i]	…	…	…	…	Myanmar
1.9	…	0.8	4.8	0.4	…	…	…	…	Namibia
9.8 [i]	50	2.0	…	<0.05 [j]	…	…	…	…	Nauru
0.4 [i]	50	0.2	…	0.2 [j]	…	…	…	…	Nepal
0.8 [i]	47	13.1	12.3	7.3	…	…	…	…	Netherlands
…	23	2.1	15.8	7.1	…	…	…	…	New Zealand
1.0	11	…	0.5 [i]	0.3 [i]	50.0	87.1	… [l]	5.7	Nicaragua
0.6	…	0.1	0.2	<0.05	…	…	…	…	Niger
…	…	…	…	0.1 [j]	26.2	36.4	3.5	4.3	Nigeria
…	52	0.0	…	…	…	…	…	…	Niue
…	33	…	…	7.8 [j]	…	…	…	…	Norway
1.8 [i]	18	0.3	8.6	0.7	96.7	70.3	… [l]	7.4	Oman
0.6	6	0.3	0.4	0.1	3.3	31.3	… [l]	2.3	Pakistan
…	48	3.9	…	…	…	…	…	…	Palau
1.0	24	…	10.5	1.7	…	…	…	…	Panama
1.7	…	0.2	0.4	0.1	…	…	…	…	Papua New Guinea
2.6 [i]	13	0.5	1.1	0.6	…	…	…	…	Paraguay
…	15	…	…	1.1 [j]	61.5	60.9	1.4	5.6	Peru
1.9	5	…	1.1	0.2	15.4	26.5	6.4	5.6	Philippines
0.9 [i]	66	5.4	10.6 [i]	2.7 [i]	…	…	…	…	Poland
…	33	…	27.3	4.0	…	…	…	…	Portugal
…	12	0.4	10.2	1.1	…	…	…	…	Qatar
3.5	103	19.1	36.2	3.1 [m]	…	…	…	…	Republic of Korea
2.0	62	5.9	2.2 [i]	0.6 [i]	46.0	56.0	5.2	4.7	Republic of Moldova
1.7 [i]	63	7.5	5.5	1.2	…	…	…	…	Romania
…	97	11.1	…	2.3 [j]	100.0 [r]	100.0 [r]	2.7 [r]	4.1 [r]	Russian Federation
…	…	0.4	…	…	…	…	…	…	Rwanda
7.6	48	2.3	19.1	<0.05	…	…	…	…	Saint Kitts and Nevis
1.7	16	…	11.5	<0.05	…	…	…	…	Saint Lucia
…	27	…	<0.05	<0.05	…	…	…	…	Saint Vincent and the Grenadines
4.4	10	0.0	5.5	<0.05	…	…	…	…	Samoa

Member State	Health workforce						
	Physicians[a]	Nursing and midwifery personnel[a,b]	Dentists[a]	Pharmacists[a]	Environment and public health professionals[a]	Community health workers[a]	Psychiatrists[c]
	per 10 000 population						
	2005–2012						
San Marino	48.8	83.2	…	7.3	…	…	1.6
Sao Tome and Principe	…	…	…	…	…	…	0.1
Saudi Arabia	9.4	21.0	2.3	0.6	…	…	0.3
Senegal	0.6	4.2	0.1	0.1	0.1	…	<0.05
Serbia	21.1	…	2.3	2.1	…	…	1.0
Seychelles	…	…	…	…	…	…	0.2
Sierra Leone	0.2	1.7	<0.05	0.1	0.3	0.2	<0.05
Singapore	19.2	63.9	3.3	3.9[h]	…	…	0.3
Slovakia	30.0	…	5.0	4.7	…	…	1.1
Slovenia	25.4	86.1	6.4	5.6	…	…	0.7
Solomon Islands	2.2	20.5	1.0	1.0	…	…	…
Somalia	0.4	1.1	…	0.1	…	…	<0.05
South Africa	7.6	…	1.2	2.5[h]	0.6	…	<0.05
South Sudan	…	…	…	…	…	…	…
Spain	39.6	…	…	9.2	…	…	0.9
Sri Lanka	4.9	19.3	0.8	0.4	0.3	…	<0.05
Sudan	…	…	…	…	…	…	…
Sudan (former)	2.8	8.4	0.2	0.1	0.8	…	<0.05
Suriname	…	…	…	…	…	…	0.1
Swaziland	1.7	16.0	0.6	0.2	1.1	…	<0.05
Sweden	38.7	…	8.2	7.6	…	…	0.4
Switzerland	40.8	174.9	5.6	5.8	…	…	4.1
Syrian Arab Republic	15.0	18.6	7.9	8.1	…	…	<0.05
Tajikistan	19.0	44.8	1.8	…	…	…	0.1
Thailand	…	…	…	…	…	…	<0.05
The former Yugoslav Republic of Macedonia	26.2	…	7.0	9.9[h]	…	…	1.0
Timor-Leste	…	…	…	…	…	…	<0.05
Togo	0.5	2.7	<0.05	<0.05	<0.05	…	<0.05
Tonga	5.6	38.8	1.1	0.9[h]	2.4	…	0.2
Trinidad and Tobago	11.8	35.6	2.2	4.9	…	…	0.2
Tunisia	12.2	32.8	2.9	3.0	…	…	0.2
Turkey	17.1	24.0	2.9	…	2.5	…	0.2
Turkmenistan	…	…	…	…	…	…	…
Tuvalu	10.9	58.2	1.8	0.9	10.9	…	…
Uganda	1.2	13.1	…	0.2[h]	…	…	<0.05
Ukraine	35.2	64.1	6.7	…	…	…	1.0
United Arab Emirates	19.3	40.9	4.3	5.9	…	…	<0.05
United Kingdom	27.7	94.7	5.3	6.7	…	…	1.5
United Republic of Tanzania	0.1	2.4	<0.05	<0.05	…	…	<0.05
United States of America	24.2	98.2	…	8.8[h]	…	…	0.8
Uruguay	37.4	55.5	7.0	…	…	…	1.7
Uzbekistan	25.4	106.8	1.8	0.4	…	…	0.3
Vanuatu	1.2	17.0	0.1	0.1	0.5	9.5	<0.05
Venezuela (Bolivarian Republic of)	…	…	…	…	…	…	…
Viet Nam	12.2	10.1	…	0.7	…	…	0.1
Yemen	2.0	6.8	0.2	0.4	0.1	<0.05	…
Zambia	…	7.8	0.2	0.2[h]	0.9	3.1	<0.05
Zimbabwe	0.6	12.5	0.1	0.5[h]	0.9	…	<0.05

Infrastructures and technologies					Essential medicines				Member State
					MDG 8				
Hospital [d]	Hospital beds [e]	Psychiatric beds [c]	Computed tomography units [d]	Radiotherapy units [d]	Median availability of selected generic medicines [f] (%)		Median consumer price ratio of selected generic medicines [g]		
					Public	Private	Public	Private	
per 100 000 population	per 10 000 population		per million population						
2010	2005–2012	2005–2010	2010	2010	2001–2012				
3.2 [i]	39	…	31.7	<0.05	…	…	…	…	San Marino
…	29	3.6	…	…	56.3	22.2	2.4	13.8	Sao Tome and Principe
1.1 [i]	22	1.2	4.0 [i]	0.1 [i]	…	…	…	…	Saudi Arabia
0.2 [i]	…	0.3	0.4 [i]	0.1 [i]	…	…	…	…	Senegal
1.1 [i]	…	…	13.2	1.4	…	…	…	…	Serbia
1.2 [i]	36	…	11.6 [i]	…	…	…	…	…	Seychelles
…	…	0.3	0.3	<0.05 [j]	…	…	…	…	Sierra Leone
0.5	27	4.2	9.4	3.7	…	…	…	…	Singapore
1.5 [i]	64	6.9	…	4.8 [j]	…	…	…	…	Slovakia
0.6 [i]	46	7.7	12.3 [i]	3.4 [i]	…	…	…	…	Slovenia
…	13	…	…	…	…	…	…	…	Solomon Islands
…	…	0.6	…	…	…	…	…	…	Somalia
0.7 [i]	…	2.2	1.0 [i]	0.6 [i]	…	71.7 [s]	…	6.5 [s]	South Africa
…	…	…	…	…	…	…	…	…	South Sudan
1.7	32	4.3	14.1	4.2	…	…	…	…	Spain
…	36	0.9	1.2	0.1	…	…	…	1.1	Sri Lanka
…		…	…	…	51.7 [t]	77.1 [t]	4.4 [t]	4.7 [t]	Sudan
1.2 [i]	7	0.1	1.0	0.2	…	…	…	…	Sudan (former)
0.4	31	5.7	7.6	3.8	…	…	…	…	Suriname
0.8	21	1.3	2.5	<0.05	…	…	…	…	Swaziland
…	27	3.5	…	8.3 [j]	…	…	…	…	Sweden
…	50.0	…	…	9.8 [j]	…	…	…	…	Switzerland
…	15	0.6	…	0.3 [j]	… [p]	98.2	… [p]	2.5	Syrian Arab Republic
5.6 [i]	55	2.1	0.2	0.1 [i]	75.0	85.0	2.4	2.3	Tajikistan
1.8	21	1.3	5.8	0.9	75.0	28.6	2.6	3.3	Thailand
…	46	6.4	…	1.5 [j]	…	…	…	…	The former Yugoslav Republic of Macedonia
…	59	…	…	…	…	…	…	…	Timor-Leste
0.7 [i]	7	0.2	0.8	…	…	…	…	…	Togo
3.8 [i]	26	2.1	<0.05	<0.05	…	…	…	…	Tonga
…	21.0	7.7	3.0 [i]	3.0	…	…	…	…	Trinidad and Tobago
2.4	21	0.9	9.4	1.7	64.3	95.1	… [l]	6.8	Tunisia
1.6	25	1.0	15.0	2.1	…	…	…	…	Turkey
…	41	…	…	…	…	…	…	…	Turkmenistan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	Tuvalu
0.4	5	0.3	0.3	0.1	20.0	80.0	… [l]	2.6	Uganda
…	87	9.4	…	2.2 [j]	88.6	91.4	3.7	3.0	Ukraine
…	19	0.2	…	0.8 [j]	61.1	73.9	… [l]	13.8	United Arab Emirates
…	30.0	5.0	…	5.5 [j]	…	…	…	…	United Kingdom
…	7	0.3	0.1	0.1 [i]	23.4	47.9	1.3	2.7	United Republic of Tanzania
…	30	3.4	…	12.8 [j]	…	…	…	…	United States of America
4.0 [i]	30	4.6	13.1	3.9	…	…	…	…	Uruguay
…	45	1.8	…	0.7 [j]	…	82.5	…	2.0	Uzbekistan
2.5	…	0.2	<0.05	<0.05	…	…	…	…	Vanuatu
…	9	…	…	2.3 [j]	…	…	…	…	Venezuela (Bolivarian Republic of)
…	22	1.8	…	0.4 [j]	…	…	…	…	Viet Nam
3.0	7.0	…	2.1	<0.05	5.0	90.0	1.1	3.5	Yemen
0.5	20	0.3	0.2	0.2	…	…	…	…	Zambia
0.6	17	1.0	0.5	0.5	…	…	…	…	Zimbabwe

	Health workforce						
	Physicians[a]	Nursing and midwifery personnel[a,b]	Dentists[a]	Pharmacists[a]	Environment and public health professionals[a]	Community health workers[a]	Psychiatrists[c]
	per 10 000 population						
	2005–2012						
Ranges of country values							
Minimum	0.1	1.1	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
Median	14.2	33.2	2.2	2.2	0.6	2.7	0.1
Maximum	70.6	319.3	20.0	26.3	20.0	13.8	4.1
WHO region							
African Region	2.5	9.1	0.4	0.6	0.3	…	<0.05
Region of the Americas	20.4	71.5	…	6.9	…	…	0.5
South-East Asia Region	5.5	9.9	0.7	4.2	…	0.8	<0.05
European Region	33.3	84.2	5.0	6.0	…	…	1.1
Eastern Mediterranean Region	10.8	15.9	1.9	5.2	…	…	0.1
Western Pacific Region	15.2	19.5	…	4.4	…	7.9	0.2
Income group							
Low income	5.1	14.9	1.2	1.2	…	…	<0.05
Lower middle income	7.8	13.4	0.9	4.4	…	0.6	0.1
Upper middle income	17.8	35.4	…	3.6	…	…	0.2
High income	27.1	72.4	5.9	10.8	…	…	1.0
Global	13.9	29.0	2.6	4.4	…	…	0.3

a. Source: WHO Global Health Workforce Statistics [http://who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/index.html]. Please see this source for the latest updates, disaggregated health workforce statistics and metadata descriptors. In general, the denominator data for health workforce density (i.e. national population estimates) were obtained from the United Nations Population Division's World population prospects database. In some cases the official report provided only workforce density indicators, from which estimates of the stock were calculated. For dentists, pharmacists and environment and public health professionals, the associate professional level occupations may not always be distinguishable from professional level occupations due to variability of data sources. Community health workers include community health officers, community health-education workers, community health aides, family health workers, lady health visitors, health extension package workers and related occupations, whenever available. Due to variability of data sources and national occupation titles, the figures provided may not always be comparable or comprehensive.

b. Figures include nursing personnel and midwifery personnel, whenever available. In many countries nurses trained with midwifery skills are counted and reported as nurses. This makes the distinction between nursing personnel and midwifery personnel difficult to achieve.

c. *Mental health atlas 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/). Income-group aggregates are based on the 2011 World Bank list of economies.

d. Data are derived from the WHO Baseline country survey on medical devices 2010 conducted between early 2010 and late 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSS_EHT_DIM_11.01_eng.pdf). Densities were computed by adding both public-sector and private-sector data unless otherwise noted. Hospitals include district, rural, provincial, specialized, teaching and research hospitals. Radiotherapy units include Linear Accelerators and Cobalt-60 units. Income-group aggregates are based on the 2011 World Bank list of economies.

e. PAHO/WHO Country Representative and National Authorities. Data provided by Member States on basic indicators via an online data-entry tool. Washington DC, 2012. As of June 2012; European health for all database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://data.euro.who.int/hfadb/); Western Pacific Country Health Information Profiles 2012–2013 Revision (forthcoming). Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2010 (http://www.wpro.who.int/hdb/Default.aspx); Regional Health Observatory. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2011 (http://rho.emro.who.int/rhodata/); additional data compiled as of January 2011 by the WHO Regional Office for Africa and the WHO Regional Office for South-East Asia. Depending on the source and means of monitoring, data may not be exactly comparable across countries. See above sources for country-specific details.

f. Surveys of medicine prices and availability using WHO/HAI standard methodology conducted between 2001 and 2012 (available at: http://www.haiweb.org/medicineprices/). In individual surveys, availability is reported as the percentage of medicine outlets in which a medicine was found on the day of data collection. As baskets of medicines differ by individual country, results are not exactly comparable across countries. Median availability is determined for the specific list of medicines in

Infrastructures and technologies					Essential medicines				
					MDG 8				
Hospital [d]	Hospital beds [e]	Psychiatric beds [c]	Computed tomography units [d]	Radiotherapy units [d]	Median availability of selected generic medicines [f] (%)		Median consumer price ratio of selected generic medicines [g]		
per 100 000 population	per 10 000 population		per million population		Public	Private	Public	Private	
2010	2005–2012	2005–2010	2010	2010	2001–2012				
0.2	1	0.0	<0.05	<0.05	0.0	0.0	0.9	1.1	Minimum
1.2	27	1.5	3.8	0.7	46.0	70.2	2.4	4.4	Median
63.5	165	27.8	141.2	28.2	100.0	100.0	6.5	28.3	Maximum
0.9	…	0.6	0.4	0.1	…	…	…	…	African Region
…	24	2.3	…	5.4	…	…	…	…	Region of the Americas
…	11	0.3	…	0.3	…	…	…	…	South-East Asia Region
…	60	6.3	…	4.0	…	…	…	…	European Region
0.9	12	0.6	1.9	0.3	…	…	…	…	Eastern Mediterranean Region
…	44	3.9	…	1.6	…	…	…	…	Western Pacific Region
0.9	21	0.2	0.2	0.1	…	…	…	…	Low income
…	12	0.6	…	0.4	…	…	…	…	Lower middle income
…	37	2.2	…	1.3	…	…	…	…	Upper middle income
…	56	8.3	…	7.6	…	…	…	…	High income
…	30	2.5	…	1.8	…	…	…	…	Global

each survey, and does not account for alternate dosage forms or strengths of these products or for therapeutic alternatives. Public-sector data may be limited by the fact that the list of survey medicines may not correspond to national essential medicines lists (EMLs) where these exist, and some public-sector facilities may not be expected to stock all of the survey medicines. This has been addressed in the revised edition of the survey tool, which allows public-sector data to be analysed by EML status and level of care.

g. Surveys of medicine prices and availability using WHO/HAI standard methodology conducted between 2001 and 2012 (available at: http://www.haiweb.org/medicineprices/). Consumer price ratio = ratio of median local unit price to the Management Sciences for Health (MSH) international reference price of selected generic medicines. Data are unadjusted for differences in the MSH reference price year used, exchange-rate fluctuations, national inflation rates, variations in purchasing power parities, levels of development or other factors. In each survey, median consumer price ratios are obtained for the basket of medicines surveyed and found in at least four medicine outlets. As baskets of medicines differ by individual country, results are not exactly comparable across countries. However, data on specific medicines are publicly available at the above HAI web site, and matched basket comparisons on a subset of medicines can be made.

h. Absolute numbers obtained from Gal D, Bates I, Eds. *2012 FIP Global Pharmacy Workforce Report*. The Hague, International Pharmaceutical Federation, 2012, p. 85. Available online at: http://www.fip.org/static/fipeducation/2012/FIP-Workforce-Report-2012/?page=hr2012.

i. Refers to the public sector only.

j. Data derived from the Directory of Radiotherapy Centres (DIRAC) from the International Atomic Energy Agency (IAEA).

k. Based on a survey of medicine prices and availability in Rio Grande do Sul State, Brazil.

l. Medicines are provided free to patients in the public sector.

m. Refers to the private sector only.

n. Simple average of three surveys of medicine prices and availability in China (Shaanxi, Shandong and Shanghai provinces).

o. Simple average across seven state surveys.

p. No public-sector medicine outlets available.

q. Based on a survey in Mexico City, Mexico.

r. Based on a survey in Tatarstan province, Russian Federation.

s. Based on a survey of medicine prices and availability in Gauteng province, South Africa.

t. Simple average of four surveys in Sudan (Gadarif, Khartoum, North Kordofan and Northern states).

7. Health expenditure

Table 7 presents data on government expenditure on health and on private expenditure on health, including externally funded expenditure on health. Sub-components of government expenditure on health ("social security expenditure") and private expenditure on health ("out-of-pocket expenditure"; and "private prepaid plans") are also included. These data are generated from information that has been collected by WHO since 1999. The most comprehensive and consistent data on health financing are generated from national health accounts (NHAs) that collect expenditure information within an internationally recognized framework. NHAs trace financing as it flows from funding sources to decision-makers (who decide upon the use of the funds) and then to the providers and beneficiaries of health services. Not all countries maintain or update NHAs – in such cases, data are obtained through technical contacts in the country or from publicly available documents and reports. Missing values are estimated using various accounting techniques depending upon the data available for each country.[31] WHO sends all such estimates to the respective ministries of health every year for validation.

[31.] To obtain the latest updates, a full series or more-disaggregated health expenditures including metadata and sources, see: http://www.who.int/nha/.

7. Health expenditure

Member State	Health expenditure ratios[a]											
	Total expenditure on health as % of gross domestic product		General government expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		Private expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		General government expenditure on health as % of total government expenditure		External resources for health as % of total expenditure on health		Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health[d]	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Afghanistan	…	10.4	…	22.5	…	77.5	…	3.9	…	27.3	…	0
Albania	6.4	6.0	36.1	42.2	63.9	57.8	7.0	8.5	6.0	1.9	20.4	70.9
Algeria	3.5	4.3	73.3	79.9	26.7	20.1	8.8	9.0	0.1	0	35.5	30.0
Andorra	6.2	7.2	64.8	73.4	35.2	26.6	19.1	21.3	…	…	88.1	88.0
Angola[g]	2.9	3.4	58.1	61.0	41.9	39.0	2.9	6.3	3.0	2.3	0	0
Antigua and Barbuda	4.8	5.9	69.0	70.8	31.0	29.2	12.1	18.7	…	0	0	10.3
Argentina[g]	9.2	8.3	53.9	64.4	46.1	35.6	14.7	17.7	0	0.1	59.6	65.9
Armenia	6.3	4.5	18.1	40.5	81.9	59.5	4.6	6.4	8.7	6.4	0	0
Australia[h]	8.1	9.0	66.8	68.5	33.2	31.5	15.1	16.8	…	…	…	…
Austria	10.0	11.0	75.6	76.2	24.4	23.8	14.6	15.9	…	…	59.0	55.7
Azerbaijan[i]	4.7	5.3	18.6	21.9	81.4	78.1	5.4	4.2	4.0	0.7	0	0
Bahamas	5.2	7.5	48.1	46.8	51.9	53.2	14.8	15.2	0	…	1.8	3.2
Bahrain[g]	3.9	4.3	67.5	71.1	32.5	28.9	10.2	9.6	0	0	0.4	1.5
Bangladesh[g,j]	2.8	3.7	39.0	36.5	61.0	63.5	7.6	8.9	6.9	7.1	0	0
Barbados	6.3	6.7	65.8	65.0	34.2	35.0	11.7	9.3	4.0	1.6	0	0.2
Belarus	6.1	5.6	75.5	77.7	24.5	22.3	10.1	13.4	0.1	0.5	0	0
Belgium	8.1	10.5	74.6	75.6	25.4	24.4	12.3	15.1	…	38.2	85.4	85.5
Belize	4.0	5.8	52.1	66.0	47.9	34.0	6.5	13.1	2.1	5.0	0	13.4
Benin	1.9	4.3	99.9	51.2	0.1	48.8	10.0	10.5	38.5	32.8	0.5	0.4
Bhutan[g,j]	6.9	4.3	79.3	84.6	20.7	15.4	12.2	8.4	21.3	13.3	0	0
Bolivia (Plurinational State of)	6.1	5.5	60.1	66.2	39.9	33.8	9.8	8.4	6.0	3.9	62.0	40.5
Bosnia and Herzegovina	7.0	10.2	57.6	68.1	42.4	31.9	11.4	16.7	9.2	1.3	97.7	90.5
Botswana[g]	4.7	5.1	62.2	64.5	37.8	35.5	7.3	8.7	0.5	8.0	…	…
Brazil	7.2	9.0	40.3	47.0	59.7	53.0	4.1	10.7	0.5	0.3	0	0
Brunei Darussalam[k]	3.0	2.9	86.5	85.4	13.5	14.6	6.3	8.8	…	…	…	…
Bulgaria	6.2	7.6	60.9	55.7	39.1	44.3	9.1	11.3	1.9	…	12.0	68.4
Burkina Faso[g]	5.1	7.4	39.6	55.4	60.4	44.6	8.8	15.7	13.9	36.1	0.8	0.4
Burundi[g,l]	6.2	9.1	29.3	35.0	70.7	65.0	7.5	8.1	19.1	40.9	25.1	23.0
Cambodia[g,j]	6.3	6.0	20.4	21.5	79.6	78.5	8.7	6.1	8.6	20.1	…	…
Cameroon[g,l]	4.4	5.1	19.3	29.6	80.7	70.4	5.5	8.5	4.3	7.0	4.2	2.6
Canada	8.8	11.4	70.4	71.1	29.6	28.9	15.1	18.3	…	…	2.0	1.9
Cape Verde[g]	4.8	2.3	73.3	49.1	26.7	50.9	9.9	2.5	13.0	19.5	34.9	87.3
Central African Republic[g]	2.2	3.8	93.1	51.0	6.9	49.0	12.9	10.4	35.4	25.3	…	…
Chad[i]	6.3	4.0	42.5	25.0	57.5	75.0	13.1	3.3	24.9	7.9	…	…
Chile[g]	7.7	7.4	43.7	47.2	56.3	52.8	14.1	15.8	0	0	15.0	13.7
China	4.6	5.0	38.3	54.3	61.7	45.7	10.9	12.1	0.1	0.1	57.2	64.2
Colombia	5.9	6.5	79.3	74.6	20.7	25.4	19.3	17.8	0.3	0.1	66.8	82.9
Comoros[g,l]	3.6	5.3	42.1	57.2	57.9	42.8	9.3	13.1	20.5	15.3	0	0
Congo[g]	2.1	2.3	57.5	60.5	42.5	39.5	4.8	6.5	4.6	4.6	0	0
Cook Islands[g,j]	3.4	4.6	90.5	92.9	9.5	7.1	9.9	11.9	2.2	5.8	0	0
Costa Rica	7.1	10.3	78.6	68.9	21.4	31.1	24.1	29.0	0.9	0.6	80.7	86.2
Côte d'Ivoire	1.4	6.2	94.9	24.5	5.1	75.5	7.2	6.8	19.4	8.3	…	…
Croatia	7.8	7.8	86.1	84.8	13.9	15.2	14.5	17.7	0.4	0	97.6	74.2
Cuba	6.1	10.2	90.8	95.2	9.2	4.8	10.8	13.9	0.2	0	0	0
Cyprus	5.8	7.4	41.7	43.3	58.3	56.7	6.5	6.9	0	…	0	1.6
Czech Republic	6.3	7.5	90.3	83.8	9.7	16.2	13.7	14.2	…	…	89.5	90.6
Democratic People's Republic of Korea	…	…	…	…	…	…	6.0	…	…	…	0	…
Democratic Republic of the Congo	4.7	7.5	4.2	28.4	95.8	71.6	1.8	10.0	2.8	33.0	…	…
Denmark	8.7	11.1	83.9	85.1	16.1	14.9	13.6	16.4	…	…	…	…

Health expenditure ratios[a]				Per capita health expenditures[a,b]								Member State
Out-of-pocket expenditure as % of private expenditure on health		Private prepaid plans as % of private expenditure on health		Per capita total expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita total expenditure on health[f] (PPP int. $)		Per capita government expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita government expenditure on health[f] (PPP int. $)		
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	
…	94.0	…	0	…	44	…	52	…	10	…	12	Afghanistan
99.9	99.8	0	…	75	220	266	515	27	93	96	217	Albania
96.7	94.7	3.1	5.1	63	198	188	364	46	158	138	291	Algeria
75.5	74.0	22.3	23.1	1330	2958	1967	3122	862	2172	1275	2293	Andorra
62.8	70.6	0	0	19	146	63	194	11	89	37	118	Angola[g]
86.8	88.5	13.2	11.5	408	771	572	981	281	546	394	694	Antigua and Barbuda
63.0	60.0	30.7	31.5	709	759	840	1321	382	489	453	851	Argentina[g]
94.2	92.7	…	0.5	39	134	128	240	7	54	23	97	Armenia
59.7	59.4	21.8	24.9	1713	5174	2253	3685	1145	3545	1505	2525	Australia[h]
62.1	67.0	19.4	18.8	2403	4964	2898	4398	1818	3783	2192	3351	Austria
77.7	88.6	0.3	0.7	30	307	102	520	6	67	19	114	Azerbaijan[i]
40.2	54.0	58.6	45.1	1107	1704	1425	2348	532	798	685	1100	Bahamas
68.7	60.9	25.4	21.1	497	748	767	937	335	531	518	666	Bahrain[g]
95.1	96.6	0.1	0.3	10	25	24	61	4	9	9	22	Bangladesh[g,j]
77.3	80.6	22.7	19.4	601	1003	791	1520	396	652	520	988	Barbados
57.1	88.9	0.1	0.8	63	320	314	762	48	248	237	592	Belarus
83.7	79.5	15.4	19.7	1844	4548	2247	3975	1376	3438	1676	3005	Belgium
80.7	69.5	2.9	16.9	133	262	199	428	69	173	104	282	Belize
…	91.2	50.0	7.2	7	33	23	70	7	17	23	36	Benin
100	94.7	0	1.2	52	89	165	226	41	75	131	192	Bhutan[g,j]
81.6	77.7	8.1	18.8	61	108	192	264	37	72	116	175	Bolivia (Plurinational State of)
100	98.5	…	…	106	453	320	893	61	308	185	608	Bosnia and Herzegovina
36.7	12.7	4.1	79.9	152	382	401	711	94	246	249	459	Botswana[g]
63.6	57.8	34.3	40.4	265	990	503	1009	107	466	203	474	Brazil
98.8	98.9	0.6	0.5	551	915	1284	1503	477	781	1111	1284	Brunei Darussalam[k]
100	96.8	…	1.0	98	480	385	1057	60	267	235	589	Bulgaria
94.3	73.8	1.0	2.2	11	39	39	92	4	22	15	51	Burkina Faso[g]
73.0	64.6	0.2	0.2	7	23	23	54	2	8	7	19	Burundi[g,l]
89.4	75.4	0.2	0.2	19	48	58	132	4	10	12	28	Cambodia[g,j]
94.4	94.5	…	…	26	61	72	122	5	18	14	36	Cameroon[g,l]
53.7	49.0	38.8	43.2	2089	5257	2519	4443	1470	3736	1772	3157	Canada
95.2	93.7	2.6	3.1	59	69	93	80	43	34	68	39	Cape Verde[g]
…	90.3	16.5	1.8	6	17	15	30	5	9	14	15	Central African Republic[g]
96.2	96.7	0.4	0.2	11	31	42	60	4	8	18	15	Chad[l]
64.8	69.1	35.2	30.9	387	933	735	1191	169	440	321	562	Chile[g]
95.6	77.2	1.0	7.4	43	219	108	373	17	119	41	203	China
59.0	67.7	41.0	32.3	148	407	345	614	118	304	274	458	Colombia
100	100	0	0	13	39	34	58	5	22	14	33	Comoros[g,l]
98.9	94.2	0.8	3.5	22	68	59	97	13	41	34	59	Congo[g]
100	100	0	0	175	544	242	404	158	506	219	375	Cook Islands[g,j]
88.2	90.5	2.3	5.5	288	802	511	1197	226	553	402	825	Costa Rica
…	91.1	100	1.1	9	71	22	115	8	17	21	28	Côte d'Ivoire
100	95.9	…	4.1	377	1051	847	1475	325	891	730	1251	Croatia
100	100	0	0	166	583	147	414	151	555	134	394	Cuba
95.7	87.0	4.3	10.8	744	2012	1107	2218	310	871	461	960	Cyprus
100	91.5	…	0.9	361	1403	982	1885	326	1175	887	1579	Czech Republic
…	…	…	…	…	…	…	…	1	…	35	…	Democratic People's Republic of Korea
77.3	65.0	0	0.2	13	15	11	26	<1	4	<1	7	Democratic Republic of the Congo
90.9	88.7	8.7	10.8	2609	6253	2508	4467	2188	5323	2103	3803	Denmark

7. Health expenditure

Member State	Health expenditure ratios[a]											
	Total expenditure on health as % of gross domestic product		General government expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		Private expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		General government expenditure on health as % of total government expenditure		External resources for health as % of total expenditure on health		Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health[d]	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Djibouti	4.0	7.9	99.2	68.5	0.8	31.5	12.0	14.1	47.7	22.1	11.3	9.6
Dominica	4.9	5.9	69.0	71.3	31.0	28.7	6.6	10.5	3.7	2.7	0	0.8
Dominican Republic[g]	6.3	5.5	34.5	50.4	65.5	49.6	15.9	14.2	2.0	4.3	17.0	26.4
Ecuador[g]	4.2	7.9	31.2	40.2	68.8	59.8	6.4	7.7	4.1	0.4	28.0	37.8
Egypt	1.7	4.7	99.6	39.2	0.4	60.8	5.6	6.1	3.3	0.6	…	21.0
El Salvador	8.0	6.9	45.2	61.8	54.8	38.2	14.3	13.4	0.9	1.9	44.2	36.7
Equatorial Guinea[l,m]	1.9	4.2	46.3	57.4	53.7	42.6	7.8	7.0	8.8	2.1	0	0
Eritrea[l,n]	4.5	2.9	39.1	45.2	60.9	54.8	2.6	3.6	29.8	35.0	0	0
Estonia	5.2	6.3	78.0	78.9	22.0	20.3	11.3	12.3	0.3	0.9	86.0	86.4
Ethiopia	4.3	4.8	53.6	52.9	46.4	47.1	8.9	13.7	16.5	36.1	0	0
Fiji[g]	3.8	4.2	84.6	70.2	15.4	29.8	11.3	10.8	7.5	8.6	0	0
Finland	7.2	9.0	71.3	74.5	28.7	25.5	10.6	12.0	0	0	19.5	19.4
France	10.1	11.7	79.4	76.9	20.6	23.1	15.5	15.9	…	9.9	94.3	95.3
Gabon[l]	2.5	3.5	42.0	51.8	58.0	48.2	4.8	6.6	2.6	2.3	5.7	24.9
Gambia[g]	3.6	4.4	34.2	56.1	65.8	43.9	10.4	11.3	19.1	39.2	0	0
Georgia[o]	6.9	10.2	17.0	23.6	83.0	76.4	6.9	6.9	1.2	2.8	46.0	79.7
Germany	10.4	11.5	79.5	76.8	20.5	23.2	18.3	18.5	…	…	87.2	88.6
Ghana[g]	4.7	5.2	48.7	58.2	51.3	41.8	8.3	12.1	14.5	16.5	0	25.2
Greece	7.9	10.8	60.0	61.5	40.0	38.5	10.1	13.2	…	…	45.9	51.8
Grenada	6.6	5.8	52.0	45.1	48.0	54.9	13.2	8.2	…	5.7	0	0.2
Guatemala[g]	5.6	6.9	40.2	34.9	59.8	65.1	17.0	15.8	3.4	1.9	51.2	42.0
Guinea[g]	5.7	6.2	18.7	32.5	81.3	67.5	6.4	6.8	13.4	26.7	1.1	4.5
Guinea-Bissau[g,l,p]	4.9	7.0	10.5	33.1	89.5	66.9	2.3	11.1	30.0	28.5	5.4	1.1
Guyana	5.8	5.6	84.7	79.5	15.3	20.5	10.8	14.8	3.9	25.6	7.1	4.5
Haiti	6.1	6.9	27.7	40.0	72.3	60.0	16.0	9.9	9.4	39.0	0	0
Honduras	6.6	8.7	54.2	49.8	45.8	50.2	18.1	17.1	2.5	4.9	13.7	24.3
Hungary	7.2	7.8	70.7	64.8	29.3	35.2	10.6	10.2	0	…	83.9	83.5
Iceland	9.7	9.3	81.5	80.4	18.5	19.6	18.9	14.5	…	80.5	32.4	36.5
India[g]	4.3	3.7	26.0	28.2	74.0	71.8	7.4	6.8	0.5	1.3	18.3	19.0
Indonesia[g]	2.0	2.8	36.1	36.1	63.9	63.9	4.5	6.2	…	1.2	6.3	17.4
Iran (Islamic Republic of)[q]	4.6	5.3	41.6	40.2	58.4	59.8	8.4	10.1	0	0	57.8	…
Iraq[l,r]	2.8	8.5	1.1	81.2	98.9	18.8	0.1	10.2	12.9	0.8	0	0
Ireland	6.1	9.2	75.1	69.2	24.9	30.8	14.7	13.5	…	…	1.2	0.5
Israel	7.5	7.7	63.7	61.7	27.0	34.2	9.4	10.5	2.2	1.5	73.1	72.5
Italy	8.0	9.5	72.5	77.6	27.5	22.4	12.7	14.7	…	…	0.1	0.2
Jamaica	5.5	5.2	52.6	55.5	47.4	44.5	6.6	6.8	1.8	1.0	0	0
Japan	7.6	9.2	80.8	80.3	19.2	19.7	16.2	18.2	…	…	84.9	87.3
Jordan[g,s]	9.7	8.3	48.0	67.6	52.0	32.4	10.9	19.2	4.5	3.6	9.7	25.6
Kazakhstan	4.2	4.3	50.9	59.1	49.1	40.9	9.2	11.4	7.4	0.7	…	…
Kenya[g]	4.7	4.4	46.3	40.2	53.7	59.8	10.5	5.9	8.0	37.9	10.9	13.0
Kiribati[g,j]	7.9	10.7	94.6	81.2	5.4	18.8	8.8	10.0	28.4	16.9	0	0
Kuwait	2.5	2.6	76.0	80.4	24.0	19.6	5.5	6.9	0	0	0	0
Kyrgyzstan	4.7	6.7	44.3	55.7	55.7	44.3	12.0	11.9	6.0	11.4	10.0	60.6
Lao People's Democratic Republic[g,t]	3.3	2.6	35.1	46.5	64.9	53.5	5.8	5.4	29.2	28.7	1.2	5.5
Latvia	6.0	6.7	54.4	60.9	45.6	39.1	8.7	9.3	0.5	…	…	…
Lebanon	8.6	6.2	37.5	27.0	62.5	73.0	7.9	5.8	2.6	0.9	49.0	78.3
Lesotho	7.0	11.5	51.2	70.3	48.8	29.7	6.3	13.8	3.1	18.2	0	0
Liberia[g,l]	5.9	16.4	24.5	19.0	75.5	81.0	6.7	11.1	9.2	42.4	0	0
Libya[l]	1.9	3.0	100	70.0	…	30.0	6.0	4.0	0	0.7	…	…

Health expenditure ratios[a]				Per capita health expenditures[a,b]								Member State
Out-of-pocket expenditure as % of private expenditure on health		Private prepaid plans as % of private expenditure on health		Per capita total expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita total expenditure on health[f] (PPP int. $)		Per capita government expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita government expenditure on health[f] (PPP int. $)		
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	
…	99.1	100	0.9	30	99	62	184	30	68	61	126	Djibouti
88.9	84.0	11.1	16.0	231	410	367	717	159	292	253	511	Dominica
71.9	78.7	18.7	18.3	175	281	326	509	60	141	113	256	Dominican Republic[g]
85.3	85.0	4.8	12.0	54	318	198	635	17	128	62	255	Ecuador[g]
…	97.7	…	1.7	24	125	61	293	24	49	61	115	Egypt
94.6	88.6	5.4	11.4	177	238	366	456	80	147	166	282	El Salvador
90.9	95.3	0	0	46	847	148	1395	21	486	69	801	Equatorial Guinea[l,m]
100	100	0	0	8	13	23	17	3	6	9	8	Eritrea[l,n]
91.5	88.0	0	1.2	217	898	518	1294	170	708	404	1020	Estonia
79.2	80.1	0.5	1.5	5	15	20	50	3	8	11	26	Ethiopia
63.5	65.8	26.2	21.8	79	155	132	194	67	109	112	136	Fiji[g]
77.7	75.5	8.8	8.4	1699	3955	1853	3252	1210	2947	1321	2423	Finland
34.4	32.2	61.6	59.3	2203	4618	2546	3997	1749	3553	2021	3075	France
100	100	…	…	102	309	293	532	43	160	123	275	Gabon[l]
53.7	48.4	2.3	3.1	22	27	51	90	7	15	17	50	Gambia[g]
99.4	89.5	0.6	4.1	45	272	143	524	8	64	24	124	Georgia[o]
51.0	51.4	40.2	39.9	2386	4654	2679	4342	1898	3573	2131	3334	Germany
64.4	66.7	10.6	6.3	12	69	45	85	6	40	22	50	Ghana[g]
94.5	94.5	5.5	5.5	917	2873	1451	3069	550	1768	871	1888	Greece
100	97.8	…	…	339	438	535	632	177	198	278	285	Grenada
89.4	81.2	4.2	5.5	96	197	197	327	39	69	79	114	Guatemala[g]
99.5	92.7	0	0.7	21	29	33	67	4	10	6	22	Guinea[g]
54.7	57.2	0	0	17	38	97	82	2	13	10	27	Guinea-Bissau[g,l,p]
86.1	86.1	0.3	0.3	57	169	129	194	48	134	110	154	Guyana
69.7	39.0	…	…	26	46	61	76	7	18	17	30	Haiti
95.0	94.3	5.0	5.7	77	176	170	340	42	88	92	169	Honduras
89.8	74.3	0.6	7.0	326	1002	853	1601	231	649	603	1037	Hungary
100.0	92.9	…	…	3034	3668	2830	3230	2473	2949	2306	2598	Iceland
91.8	86.0	1.1	4.7	20	51	65	126	5	14	17	36	India[g]
72.9	75.8	6.4	3.7	15	84	46	123	5	30	16	44	Indonesia[g]
96.2	97.0	3.6	2.8	231	302	306	797	96	121	127	320	Iran (Islamic Republic of)[q]
100	100	…	…	34	247	77	346	<1	200	<1	281	Iraq[l,r]
32.8	49.1	30.9	44.2	1561	4242	1762	3720	1172	2933	1323	2572	Ireland
62.8	59.7	18.8	29.1	1495	2198	1772	2041	952	1356	1129	1259	Israel
89.1	87.6	3.2	4.6	1554	3247	2064	3046	1127	2520	1497	2365	Italy
65.0	71.0	30.0	25.6	189	259	327	397	100	144	172	220	Jamaica
80.1	82.0	12.7	12.5	2834	3958	1974	3120	2290	3179	1595	2506	Japan
74.9	76.5	5.3	18.1	169	370	306	493	81	250	147	333	Jordan[g,s]
98.9	98.8	0.2	0.2	51	395	199	528	26	233	101	312	Kazakhstan
80.4	76.6	6.6	9.3	19	35	53	72	9	14	25	29	Kenya[g]
1.7	6.5	0	0	64	162	166	262	61	131	157	213	Kiribati[g,j]
93.2	90.6	6.8	9.4	488	1225	705	1133	371	984	535	910	Kuwait
89.3	87.3	…	…	13	60	62	152	6	33	27	84	Kyrgyzstan
91.8	78.2	0	…	11	30	40	67	4	14	14	31	Lao People's Democratic Republic[g,t]
96.8	95.3	3.2	2.1	197	762	479	1157	107	464	261	705	Latvia
96.4	75.7	…	20.1	396	574	657	872	148	155	246	235	Lebanon
74.0	69.0	…	…	27	116	68	184	14	81	35	129	Lesotho
50.3	25.8	…	0.7	11	41	18	88	3	8	4	17	Liberia[g,l]
…	100	…	0	124	389	214	573	124	272	214	401	Libya[l]

7. Health expenditure

Member State	Health expenditure ratios[a]											
	Total expenditure on health as % of gross domestic product		General government expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		Private expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		General government expenditure on health as % of total government expenditure		External resources for health as % of total expenditure on health		Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health[d]	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Lithuania	6.5	7.0	69.7	72.9	30.3	27.1	11.6	12.6	1.7	1.3	88.3	83.6
Luxembourg	7.5	7.9	85.1	84.3	14.9	15.7	16.9	15.5	…	…	71.0	81.0
Madagascar	3.7	3.6	66.5	58.1	33.5	41.9	15.5	13.5	20.1	9.5	…	…
Malawi[g]	3.0	8.4	91.2	74.2	8.8	25.8	9.0	18.5	53.4	58.1	0	0
Malaysia[g]	3.1	4.4	59.0	55.5	41.0	44.5	8.0	9.2	0.7	0	0.7	0.7
Maldives[g]	7.0	6.2	58.0	60.8	42.0	39.2	11.1	9.3	2.7	0.5	0	1.0
Mali	6.0	6.5	29.2	43.5	70.8	56.5	7.5	12.3	8.2	22.2	1.8	0.7
Malta	6.6	8.5	72.4	64.2	27.5	33.3	12.1	13.0	…	…	…	…
Marshall Islands[t]	21.9	17.1	87.9	83.8	12.1	16.2	21.1	17.0	33.1	33.9	35.0	11.2
Mauritania	6.0	6.1	66.5	66.0	33.5	34.0	12.9	13.1	11.2	7.4	8.7	8.5
Mauritius	3.7	6.2	52.0	43.7	48.0	56.3	8.7	10.8	1.4	1.9	…	…
Mexico	5.1	6.3	46.6	49.0	53.4	51.0	16.6	12.1	1.0	0	67.6	55.4
Micronesia (Federated States of)[t]	7.8	13.6	93.9	91.3	6.1	8.7	10.9	18.6	71.5	74.6	21.4	15.8
Monaco[l]	3.2	4.4	87.1	88.6	12.9	11.4	14.2	18.8	0	…	98.1	98.7
Mongolia[g]	4.7	5.5	82.2	57.0	17.8	43.0	10.9	8.6	28.0	3.8	24.1	30.4
Montenegro	7.5	9.0	69.0	66.5	31.0	33.5	16.9	13.6	…	0.4	99.0	97.9
Morocco	4.1	5.4	28.7	29.8	71.3	70.2	3.8	5.4	0.5	0.8	0	…
Mozambique[g]	6.2	6.3	70.0	52.8	30.0	47.2	17.0	10.4	25.3	62.2	0.3	20.3
Myanmar[g,u]	2.1	2.0	13.5	12.1	86.5	87.9	8.1	1.3	1.1	…	3.1	1.3
Namibia[g]	6.1	5.5	68.9	58.0	31.1	42.0	6.9	6.5	3.8	25.5	1.8	2.7
Nauru[j]	13.7	9.6	94.6	86.4	5.4	13.6	11.2	10.3	12.7	40.9	0	0
Nepal[g,j]	5.4	5.1	24.6	37.4	75.4	62.6	8.3	9.5	15.3	12.3	0	4.1
Netherlands	8.0	12.1	63.1	84.8	36.9	14.2	11.4	20.1	…	…	93.9	84.2
New Zealand	7.6	10.1	78.0	83.2	22.0	16.8	15.7	19.8	…	…	…	10.1
Nicaragua	7.0	9.9	53.5	57.3	46.5	42.7	13.1	19.8	7.8	9.5	27.0	34.5
Niger	3.4	4.8	44.5	49.2	55.5	50.8	8.4	11.1	40.4	32.7	3.3	1.3
Nigeria[g]	4.6	5.4	33.5	31.5	66.5	68.5	4.2	5.7	16.2	8.7	0	0
Niue[k]	7.9	16.2	98.5	99.2	1.5	0.8	6.5	20.3	4.5	35.9	0	0
Norway	8.4	9.3	82.5	85.5	17.4	14.5	16.4	17.7	…	…	17.1	13.7
Oman	3.1	2.7	81.8	81.1	18.2	18.9	7.1	6.2	0	0	0	…
Pakistan[g,v]	1.1	1.0	58.7	76.6	41.3	23.4	2.4	3.4	2.0	10.2	5.7	3.4
Palau[g,t]	10.6	11.5	80.4	76.1	19.6	23.9	12.0	16.0	35.1	37.5	0	0
Panama	7.8	8.7	68.1	69.9	31.9	30.1	21.3	15.1	1.0	1.2	50.0	34.9
Papua New Guinea[g]	4.0	4.1	81.7	75.2	18.3	24.8	9.9	9.8	23.8	20.9	0	0
Paraguay	9.4	9.6	39.9	34.4	60.1	65.6	17.7	17.3	2.8	2.3	52.4	35.4
Peru	4.7	4.9	58.7	56.2	41.3	43.8	14.9	14.3	1.1	1.7	49.5	43.0
Philippines	3.2	4.1	47.6	36.1	52.4	63.9	8.4	8.8	3.5	1.7	14.7	25.5
Poland	5.5	7.0	70.0	71.7	30.0	27.8	9.4	11.0	…	0.1	82.6	86.2
Portugal	9.3	10.7	66.6	65.8	33.4	34.2	14.9	13.8	…	…	1.7	1.9
Qatar[g]	2.2	2.1	72.3	77.5	27.7	22.5	5.0	5.2	0	0	0	0
Republic of Korea	4.5	7.1	48.6	58.2	51.4	41.8	9.7	13.7	…	…	77.3	77.5
Republic of Moldova[w]	6.7	11.7	48.5	45.8	51.5	54.2	9.5	13.1	14.7	9.6	…	88.1
Romania	4.3	5.9	81.2	80.3	18.8	19.6	9.1	11.9	…	0.1	81.9	79.9
Russian Federation	5.4	6.5	59.9	58.7	40.1	41.3	12.7	9.7	0.2	…	40.3	44.6
Rwanda	4.2	10.4	39.2	54.8	60.8	45.2	8.2	23.3	52.0	48.0	6.4	9.2
Saint Kitts and Nevis	4.7	4.7	60.4	55.9	39.6	44.1	9.6	6.8	5.4	0.3	0.5	0.2
Saint Lucia	5.8	7.7	54.0	55.3	46.0	44.7	11.7	13.3	0.4	2.7	4.9	3.6
Saint Vincent and the Grenadines	3.7	4.7	82.2	82.1	17.8	17.9	10.8	11.6	0.3	5.3	0	0
Samoa[g,j]	6.0	6.3	76.8	87.6	23.2	12.4	21.4	23.4	16.2	13.4	0.3	0.6

Health expenditure ratios[a]				Per capita health expenditures[a,b]								Member State
Out-of-pocket expenditure as % of private expenditure on health		Private prepaid plans as % of private expenditure on health		Per capita total expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita total expenditure on health[f] (PPP int. $)		Per capita government expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita government expenditure on health[f] (PPP int. $)		
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	
86.2	97.4	0.3	2.4	212	782	560	1286	148	570	390	937	Lithuania
79.0	72.8	13.1	19.6	3474	8193	4012	6712	2955	6910	3413	5660	Luxembourg
52.8	68.3	10.8	15.2	9	15	30	35	6	9	20	20	Madagascar
…	53.3	100	15.8	5	28	18	74	4	21	16	55	Malawi[g]
72.2	76.8	12.5	14.7	125	368	282	645	73	204	166	358	Malaysia[g]
55.4	71.6	3.4	4.6	160	409	272	510	93	249	158	310	Maldives[g]
99.1	99.6	0.1	0.4	14	39	44	69	4	17	13	30	Mali
96.9	100.2	3.1	6.3	643	1706	1249	2290	466	1095	905	1470	Malta
75.2	75.2	24.8	24.8	466	517	333	374	410	433	293	314	Marshall Islands[t]
94.5	94.5	0.6	0.6	24	59	73	138	16	39	48	91	Mauritania
74.6	88.8	8.3	6.3	145	465	305	835	75	203	159	365	Mauritius
95.3	92.2	4.7	7.8	328	603	509	962	153	296	237	471	Mexico
100	97.5	0	0	170	365	211	453	160	334	198	413	Micronesia (Federated States of)[t]
54.3	61.2	45.7	38.8	2445	6663	2823	5915	2130	5901	2459	5238	Monaco[l]
66.9	93.1	0	0	22	124	91	221	18	71	75	126	Mongolia[g]
91.1	91.0	…	…	117	584	474	1154	81	388	328	768	Montenegro
76.6	88.3	23.4	11.7	53	153	108	257	15	46	31	77	Morocco
40.6	25.0	…	…	15	25	27	57	10	13	19	30	Mozambique[g]
99.6	92.7	0	0	3	17	13	26	<1	2	2	3	Myanmar[g,u]
18.2	17.9	77.3	61.1	126	269	243	360	87	156	168	209	Namibia[g]
58.4	58.4	0	0	287	596	430	220	271	515	407	190	Nauru[j]
91.2	90.4	0.1	0.2	12	28	43	61	3	10	11	23	Nepal[g,j]
24.3	36.2	43.0	33.9	1925	5683	2341	5112	1214	4820	1477	4335	Netherlands
69.9	62.6	28.5	29.2	1051	3267	1603	2992	820	2719	1250	2490	New Zealand
91.6	92.6	0.6	2.6	54	113	133	276	29	65	71	158	Nicaragua
80.6	84.0	8.9	4.4	5	17	17	36	2	9	7	18	Niger
92.7	95.6	5.1	3.1	17	67	60	128	6	21	20	40	Nigeria[g]
100	100	0	0	318	2076	814	3200	313	2060	802	3176	Niue[k]
95.8	94.5	…	…	3155	8039	3043	5391	2603	6875	2510	4610	Norway
64.4	61.4	21.3	23.2	264	568	657	591	216	461	537	479	Oman
…	…	1.2	2.3	6	10	18	28	3	8	11	21	Pakistan[g,v]
73.4	45.8	26.6	39.3	661	966	1178	1605	532	735	947	1222	Palau[g,t]
81.3	82.2	18.7	17.8	305	663	560	1221	208	463	381	853	Panama
56.0	55.9	5.5	5.5	26	57	69	101	21	43	56	76	Papua New Guinea[g]
86.6	91.5	13.4	8.5	124	272	316	493	50	93	126	169	Paraguay
81.3	84.9	15.0	11.9	97	258	231	463	57	145	135	261	Peru
77.2	83.8	11.1	11.3	34	89	77	164	16	32	37	59	Philippines
100	79.4	0.8	2.4	247	851	584	1377	173	610	409	987	Poland
72.8	76.1	9.8	12.7	1066	2306	1654	2729	710	1517	1102	1796	Portugal
100	71.0	…	27.9	655	1489	1443	1621	473	1153	1044	1256	Qatar[g]
80.9	76.8	9.4	13.3	508	1452	771	2035	247	845	375	1185	Republic of Korea
83.3	82.8	…	0.1	24	190	98	362	11	87	47	166	Republic of Moldova[w]
100	98.2	…	0.4	72	457	248	881	59	367	201	708	Romania
74.7	87.8	8.1	7.1	96	670	369	1277	57	393	221	749	Russian Federation
40.7	49.4	0.9	…	9	55	25	120	4	30	10	66	Rwanda
94.2	94.6	5.8	5.4	388	598	565	696	234	334	341	389	Saint Kitts and Nevis
98.1	98.8	1.9	1.2	265	528	435	703	143	292	235	389	Saint Lucia
100	100	…	…	137	293	247	499	113	240	203	410	Saint Vincent and the Grenadines
81.6	63.8	0	0	79	204	163	275	61	179	125	241	Samoa[g,j]

7. Health expenditure

Member State	Health expenditure ratios[a]											
	Total expenditure on health as % of gross domestic product		General government expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		Private expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		General government expenditure on health as % of total government expenditure		External resources for health as % of total expenditure on health		Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health[d]	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
San Marino	9.6	7.2	89.0	84.7	11.0	15.3	26.9	13.6	…	…	76.0	86.2
Sao Tome and Principe	8.4	7.5	43.2	35.3	56.8	64.7	9.0	5.6	34.8	20.3	0	0
Saudi Arabia[g]	4.3	4.0	71.6	66.0	28.4	34.0	9.2	6.8	0	0	…	…
Senegal	4.3	5.8	36.8	56.9	63.2	43.1	8.5	12.1	17.4	18.4	8.8	3.9
Serbia[x]	7.4	10.4	70.0	61.9	30.0	38.1	13.5	14.1	1.1	0.8	92.5	94.2
Seychelles	4.8	3.3	82.7	91.9	17.3	8.1	7.3	9.3	4.3	4.2	5.0	1.1
Sierra Leone[y]	17.5	20.8	22.6	15.3	77.4	84.7	14.2	11.7	5.5	26.8	0	0
Singapore[g]	2.8	4.5	44.9	31.4	55.1	68.6	6.2	9.0	0	0	4.8	15.5
Slovakia	5.5	9.0	89.4	64.5	10.6	35.5	9.4	14.5	…	…	98.2	89.9
Slovenia	8.3	9.0	74.0	72.8	26.0	27.2	13.1	13.0	…	14.2	93.7	93.3
Solomon Islands[g]	4.6	7.4	94.3	93.8	5.7	6.2	20.7	20.3	13.1	36.1	0	0
Somalia[l]	2.4	…	44.8	…	55.2	…	4.2	…	40.1	…	0	…
South Africa[g]	8.1	8.7	42.3	46.6	57.7	53.4	10.9	12.4	0.3	2.2	3.3	2.9
South Sudan	…	2.1	…	32.3	…	67.7	…	4.0	…	21.4	…	…
Spain	7.2	9.6	71.6	74.2	28.4	25.8	13.2	15.4	…	…	9.6	6.1
Sri Lanka[g]	3.7	3.5	48.4	45.6	51.6	54.4	6.8	6.9	0.3	2.2	0.3	0.1
Sudan[g,j]	3.3	7.2	25.8	27.6	74.2	72.4	7.6	10.3	4.5	2.9	…	11.1
Sudan (former)	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Suriname	8.7	5.7	53.4	51.7	46.6	48.3	11.7	11.9	9.9	9.6	33.8	41.7
Swaziland	5.3	7.8	56.3	71.1	43.7	28.9	10.5	13.7	5.8	14.4	0	0
Sweden	8.2	9.6	84.9	81.0	15.1	19.0	12.6	14.8	…	…	…	…
Switzerland	9.9	10.9	55.4	65.2	44.6	34.8	15.4	21.0	25.1	31.1	72.8	70.9
Syrian Arab Republic[z]	4.9	3.4	40.4	46.0	59.6	54.0	6.5	5.6	0.1	0.7	…	…
Tajikistan	4.6	6.0	20.4	26.7	79.6	73.3	6.5	5.9	2.3	8.3	…	…
Thailand[g]	3.4	3.9	56.1	75.0	43.9	25.0	11.0	14.3	0	0.3	9.4	10.1
The former Yugoslav Republic of Macedonia	8.8	6.6	57.5	61.8	42.5	38.2	14.8	11.9	2.8	0.8	97.4	99.9
Timor-Leste[g,aa]	8.0	5.7	78.9	74.7	21.1	25.3	12.7	5.0	58.6	42.8	0	0
Togo[g]	5.3	7.5	28.5	45.9	71.5	54.1	8.5	15.4	5.9	18.2	11.7	6.5
Tonga[g,j]	4.8	5.0	70.5	81.3	29.5	18.7	13.3	13.0	22.2	17.4	0	0
Trinidad and Tobago	3.9	6.3	43.0	52.8	57.0	47.2	5.8	9.3	6.8	0.1	0	0
Tunisia[g]	5.4	5.7	54.9	54.3	45.1	45.7	8.1	10.8	0.9	0.3	28.9	47.7
Turkey	4.9	6.7	62.9	74.8	37.1	25.2	9.8	12.8	0.1	0	55.5	57.0
Turkmenistan[l,ab]	3.9	2.5	81.8	60.4	18.2	39.6	13.7	9.8	1.4	0.7	6.5	6.5
Tuvalu[g]	10.9	14.5	100.0	99.9	0	0.1	5.0	18.1	44.1	15.5	0	0
Uganda[g]	6.6	9.2	26.8	23.1	73.2	76.9	7.3	10.8	28.3	27.6	0	0
Ukraine	5.6	7.8	51.8	56.6	48.2	43.4	8.4	12.7	0.5	0.6	0	0.5
United Arab Emirates	2.2	3.7	76.7	73.0	23.3	27.0	7.6	8.8	0	0	0	0
United Kingdom	7.0	9.6	78.8	83.2	21.2	16.8	15.1	15.9	…	…	…	…
United Republic of Tanzania[g]	3.4	7.2	43.4	39.2	56.6	60.8	10.2	11.1	27.8	39.6	0	4.5
United States of America	13.4	17.6	43.2	48.2	56.8	51.8	17.1	19.9	…	…	80.3	86.4
Uruguay[g]	11.2	8.1	54.6	65.3	45.4	34.7	22.8	18.8	…	0.1	27.4	56.4
Uzbekistan	5.7	5.6	44.1	49.0	55.9	51.0	8.7	8.5	6.2	1.7	…	…
Vanuatu[g]	3.6	5.2	76.6	90.2	23.4	9.8	10.5	17.2	2.5	24.7	0	0
Venezuela (Bolivarian Republic of)	5.7	5.3	41.5	38.8	58.5	61.2	8.0	9.0	0.7	0	34.6	31.6
Viet Nam[g]	5.3	6.8	30.9	37.1	69.1	62.9	6.6	7.7	2.6	3.2	19.7	38.4
Yemen[g]	4.3	5.6	51.6	21.0	48.4	79.0	7.6	4.3	8.3	3.4	0	0
Zambia[g]	5.7	6.0	51.3	60.8	48.7	39.2	9.4	16.0	17.8	43.7	0	0
Zimbabwe	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

Health expenditure ratios[a]				Per capita health expenditures[a,b]								Member State
Out-of-pocket expenditure as % of private expenditure on health		Private prepaid plans as % of private expenditure on health		Per capita total expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita total expenditure on health[f] (PPP int. $)		Per capita government expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita government expenditure on health[f] (PPP int. $)		
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	
95.9	96.4	4.1	3.6	2743	3387	3644	3178	2440	2869	3242	2692	San Marino
76.1	87.8	0	0	46	94	288	151	20	33	124	53	Sao Tome and Principe
66.7	57.3	10.4	23.6	400	659	768	914	287	435	550	603	Saudi Arabia[g]
91.6	78.5	7.1	17.9	21	60	59	111	8	34	22	63	Senegal
84.2	95.5	…	0.9	60	546	428	1176	42	338	299	728	Serbia[x]
99.0	68.2	…	23.1	376	368	834	806	311	338	690	741	Seychelles
94.9	91.4	0.6	0.2	27	68	66	171	6	10	15	26	Sierra Leone[y]
95.7	87.8	0	10.1	663	2005	956	2592	298	629	429	813	Singapore[g]
89.2	72.2	…	…	208	1445	604	2097	186	932	540	1352	Slovakia
44.1	47.6	51.0	46.8	830	2064	1451	2429	614	1503	1074	1769	Slovenia
56.7	56.7	0	0	49	93	92	200	46	88	86	187	Solomon Islands[g]
100	…	0	…	7	…	17	…	3	…	8	…	Somalia[i]
23.1	13.9	75.4	80.3	240	631	540	915	102	294	228	426	South Africa[g]
…	96.4	…	2.6	…	32	…	…	…	10	…	…	South Sudan
83.1	76.2	13.7	21.4	1040	2896	1538	3057	745	2148	1101	2268	Spain
80.8	81.9	2.8	4.5	33	82	102	175	16	37	49	80	Sri Lanka[g]
91.6	96.1	2.2	1.0	12	111	41	162	3	31	10	45	Sudan[g,l]
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sudan (former)
44.0	23.5	0.8	16.3	167	472	385	449	89	244	206	232	Suriname
42.4	42.3	18.9	18.9	75	243	197	411	42	173	111	292	Swaziland
91.1	88.8	…	1.4	2280	4708	2287	3760	1935	3816	1941	3047	Sweden
74.0	72.3	23.8	24.9	3519	7699	3210	5297	1951	5021	1780	3454	Switzerland
100	100	…	…	59	97	161	175	24	44	65	80	Syrian Arab Republic[z]
99.0	90.7	…	0.1	6	49	40	129	1	13	8	34	Tajikistan
76.9	55.8	12.8	31.4	66	179	166	331	37	134	93	248	Thailand[g]
99.2	99.1	…	…	157	300	521	758	90	185	299	469	The former Yugoslav Republic of Macedonia
13.5	14.2	0	0	30	45	83	84	24	33	65	63	Timor-Leste[g,aa]
88.2	84.6	4.7	4.2	14	39	43	74	4	18	12	34	Togo[g]
77.5	67.8	10.6	17.9	92	172	163	226	65	140	115	184	Tonga[g,j]
86.3	81.8	7.1	14.7	245	977	479	1615	105	516	206	853	Trinidad and Tobago
80.1	87.8	17.8	10.3	123	241	294	544	67	131	161	295	Tunisia[g]
74.6	64.4	…	7.3	205	668	454	1039	129	500	286	777	Turkey
100	100	…	…	44	105	81	219	36	64	66	132	Turkmenistan[l,ab]
100	100	0	0	161	461	225	384	161	460	225	383	Tuvalu[g]
56.7	64.8	0.1	0.2	16	44	46	117	4	10	12	27	Uganda[g]
91.4	93.4	1.1	2.0	36	234	184	527	19	133	96	298	Ukraine
69.4	63.2	20.2	27.3	752	1467	865	1562	577	1071	664	1140	United Arab Emirates
53.9	53.1	19.2	18.8	1765	3495	1835	3433	1391	2908	1446	2857	United Kingdom
83.5	52.4	4.5	1.5	10	37	25	100	4	14	11	39	United Republic of Tanzania[g]
25.5	22.7	60.3	64.4	4703	8233	4703	8233	2032	3967	2032	3967	United States of America
31.2	39.6	14.9	60.4	773	948	953	1132	422	619	520	740	Uruguay[g]
97.0	90.2	0	5.3	32	80	82	177	14	39	36	87	Uzbekistan
71.6	56.7	10.7	20.6	52	149	120	230	40	135	92	207	Vanuatu[g]
90.9	90.8	3.2	3.4	274	720	482	642	114	279	200	249	Venezuela (Bolivarian Republic of)
95.6	93.0	…	…	21	83	74	216	6	31	23	80	Viet Nam[g]
94.5	98.6	2.2	1.3	24	80	83	155	12	17	43	33	Yemen[g]
80.4	66.7	0.9	3.6	18	74	52	92	9	45	27	56	Zambia[g]
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Zimbabwe

7. Health expenditure

	Health expenditure ratios[a]											
	Total expenditure on health as % of gross domestic product		General government expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		Private expenditure on health as % of total expenditure on health[c]		General government expenditure on health as % of total government expenditure		External resources for health as % of total expenditure on health		Social security expenditure on health as % of general government expenditure on health[d]	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Ranges of country values												
Minimum	1.1	1.0	1.1	12.1	0.1	0.1	0.1	1.3	0.1	0.1	0.1	0.1
Median	5.6	6.5	58.4	60.8	41.9	39.2	9.9	11.6	5.4	7.3	27.0	25.5
Maximum	21.9	20.8	100	99.9	98.9	87.9	26.9	29.0	71.5	80.5	99.0	99.9
WHO region												
African Region	5.5	6.2	44.0	47.2	56.0	52.8	8.1	9.6	6.6	12.0	8.1	7.8
Region of the Americas	11.4	14.3	45.1	49.8	54.9	50.2	14.5	18.1	0.1	0.1	68.0	72.2
South-East Asia Region	3.6	3.6	32.0	34.7	68.8	65.3	7.3	7.6	0.9	1.5	13.2	15.4
European Region	8.0	9.3	73.9	74.4	26.0	25.5	14.0	14.8	0.7	2.8	52.7	50.6
Eastern Mediterranean Region	4.2	4.5	47.4	48.5	52.6	51.5	6.9	7.4	1.0	0.9	18.4	20.9
Western Pacific Region	5.9	6.4	63.8	64.1	36.2	35.9	13.9	14.4	0.2	0.2	68.1	67.6
Income group												
Low income	3.9	5.3	42.0	38.5	62.7	61.5	8.5	9.3	14.4	26.3	2.0	4.5
Lower middle income	4.1	4.3	33.3	36.1	66.7	63.9	6.6	7.4	2.5	2.5	14.9	16.3
Upper middle income	5.4	6.0	48.3	55.5	51.7	44.5	9.3	11.6	0.5	0.3	41.4	47.0
High income	9.9	12.4	59.5	61.8	40.5	38.2	15.3	17.3	0.2	1.1	63.9	65.8
Global	8.2	9.2	56.4	58.9	43.6	41.1	13.5	15.1	0.4	1.2	59.2	60.1

a. Source: Health expenditure series, Geneva, World Health Organization (latest updates available at: http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx). All indicators refer to expenditures by financing agent except "external resources for health" which is a financing source. WHO regional, income-group and global aggregates are calculated using Purchasing Power Parity (PPP) terms unless otherwise noted. For health expenditure ratios, values smaller than 0.05% may appear as zero. For per capita indicators, when the value is less than 0.5 it is represented as < 1. In countries where the fiscal year begins in July, expenditure data have been allocated to the later calendar year (for example, 2010 data will cover the fiscal year 2009–2010), unless otherwise stated for the country. .

b. Absolute values of expenditures are expressed in nominal terms (current prices).

c. In some cases, the sum of general government and private expenditures on health ay not add up to 100% because of rounding.

d. Care needs to be taken in interpreting external resource figures. Most are taken from the OECD DAC/CRS database except where a reliable full NHA study has been conducted or official data were found.

e. National currency unit per US$ are calculated using the average exchange rates for the year. WHO regional, income-group and global aggregates are calculated using constant US$.

f. PPP series resulting from the 2005 International comparison project (ICP) estimated by the World Bank has been used. In countries where this is not available, PPPs are estimated by WHO.

g. A new basis for these estimates was provided by new NHA reports, surveys, National Accounts series, accessed information and/or country consultations.

h. About 30% of the expenditure in residential facilities for care of the aged has a health purpose, but this is difficult to estimate routinely and so is not included under health at present. Such health-purpose expenditure was about US$ 2.1 billion in 2005–2006 or 0.2% of GDP.

i. Adjustments for currency change (from old to new manat) were made for the entire Azerbaijan series starting from World Health Statistics 2008.

j. Fiscal year starts in July and expenditure data have been allocated to the later calendar year (i.e. 2007 data covers the fiscal year 2006–2007).

k. Fiscal year starts in April and expenditure data have been allocated to the earlier calendar year (i.e. 2006 data cover the fiscal year 2006–2007).

l. Estimates should be viewed with caution as these are derived from scarce data.

m. Increases in government expenditure on health are due to investment in capital expenditures.

n. The change in the trend of Out-of-pocket expenditure in 2008 is driven by a large decrease in total private consumption in 2008 and a big increase in 2009.

o. As a result of recent health-care reforms in Georgia, public compulsory insurance has, since 2008, been implemented by private insurance companies. The voucher cost of this insurance is treated as general government health expenditure.

p. Government expenditures show fluctuations due to variations in capital investment.

Health expenditure ratios[a]				Per capita health expenditures[a,b]								
Out-of-pocket expenditure as % of private expenditure on health		Private prepaid plans as % of private expenditure on health		Per capita total expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita total expenditure on health[f] (PPP int. $)		Per capita government expenditure on health at average exchange rate[e] (US$)		Per capita government expenditure on health[f] (PPP int. $)		
2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	
1.7	6.5	0.1	0.1	3	10	11	17	<1	2	<1	3	Minimum
84.7	84.0	8.1	7.2	104	302	248	496	63	173	157	284	Median
100	100	100	80.3	4703	8233	4703	8233	2955	6910	3413	5660	Maximum
55.8	56.6	35.5	31.7	34	89	87	154	15	43	38	73	African Region
32.9	30.6	54.6	58.2	1851	3373	1985	3454	829	1682	896	1722	Region of the Americas
88.9	84.0	2.4	5.4	19	58	61	125	6	21	20	43	South-East Asia Region
66.5	68.7	22.2	21.4	938	2217	1215	2282	706	1679	899	1697	European Region
88.4	89.9	5.4	6.3	91	182	171	326	45	97	81	158	Eastern Mediterranean Region
86.2	77.7	7.2	10.2	289	579	296	650	210	398	189	417	Western Pacific Region
83.5	77.7	1.4	1.4	10	28	27	63	4	10	11	24	Low income
90.0	87.8	2.5	4.1	24	72	75	152	8	27	25	55	Lower middle income
79.0	75.1	15.3	16.8	115	384	240	598	55	211	116	332	Upper middle income
38.2	36.1	48.9	52.0	2567	4828	2662	4612	1524	3026	1584	2850	High income
50.0	49.9	38.8	39.3	482	941	564	1017	278	571	318	599	Global

q. Exchange rate changed in 2002 from multiple to a managed floating exchange rate. Inter-bank market rate used prior to 2002.

r. The estimates do not include expenditures for Northern Iraq.

s. The public expenditure on health includes contributions from the United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA) made to Palestinian refugees residing in Jordanian territories.

t. Fiscal year starts in October and expenditure data have been allocated to the later calendar year (i.e. 2007 data cover the fiscal year 2006–2007).

u. The market exchange rate is used to estimate the per capita figures.

v. Total level of government expenditure on health increased due to the inclusion of local government expenditure, as well as a more-comprehensive estimation of regional expenditure on health.

w. The health expenditure data as well as the population data after 2000 do not include Transdniestria. Data on GDP and private final consumption expenditure exclude Transdniestria from 1995.

x. The estimates do not include the expenditures of the provinces of Kosovo and Metohia, which are under the administration of the United Nations.

y. Out-of-pocket expenditure figures from the NHA report have been estimated from the Sierra Leone Integrated Household Survey (SLIHS) 2004. Because the SLIHS 2010 had been conducted but not yet analysed, the 2004 figures had to be increased according to inflation to provide a best estimate.

z. The exchange rate used for the Syrian Arab Republic is the rate for non-commercial transactions from the Central Bank of Syria.

aa. GDP does not include the income from petroleum. Drop in health expenditures from previous year is mainly due to revision of Out-of-pocket expenditure estimates.

ab. On 1 January 2009 Turkmenistan introduced the new manat ISO code TMT. The exchange rate between the old and the new currency is 1 TMT = 5000 TMM. The entire health expenditure series has been adjusted.

8. Health inequities

In general, the global reporting of health indicators focuses on national averages. However, data on the distribution of health and health services within countries and between population subgroups are equally important. Such data help to identify health inequities – unfair and avoidable differences in health and health service provision – that arise for example from socioeconomic factors (such as level of education, occupation, and household wealth or income), from geographical location, and/or from ethnicity and gender.

Table 8 covers data from 82 countries collected during Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) conducted between 2005 and 2011. Six health indicators are presented – modern contraceptive prevalence; antenatal care coverage; births attended by skilled health personnel; DTP3 immunization coverage among 1-year-olds; children < 5 years of age who are stunted; and under-five mortality rate – with data disaggregated according to urban or rural residence, household wealth, maternal educational level, and where appropriate by the sex of the child.

For household wealth and maternal educational level, point estimates are shown for subgroups with the highest and lowest levels of these measures. A complete set of disaggregated data on these and other health indicators is available at the Health Equity Monitor of the WHO Global Health Observatory.[32]

[32.] Health Equity Monitor, Global Health Observatory. See: http://www.who.int/entity/gho/health_equity/en/index.html

8. Health inequities

Member State	Source	MDG 5																	
		Contraceptive prevalence: modern methods[a] (%)						Antenatal care coverage: at least 4 visits[a,b] (%)						Births attended by skilled health personnel[a,c] (%)					
		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman	
		Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher
Afghanistan		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Albania	DHS 2008–2009	10	12	10	14	…[e]	13	57	82	49	91	…[e]	80	99	100	98	100	…[e]	100
Algeria		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Andorra		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Angola		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Antigua and Barbuda		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Argentina		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Armenia	DHS 2010	19	33	21	38	…[e]	27	89	96	88	96	…[e]	93	99	100	99	100	…[e]	99
Australia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Austria		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Azerbaijan	DHS 2006	10	17	11	21	6	14	30	60	20	74	…[e]	46	81	97	78	100	83[g]	89
Bahamas		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Bahrain		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Bangladesh	DHS 2007	46	52	47	49	46	48	16	38	8	47	7	35	13	37	5	51	4	33
Barbados		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Belarus	MICS 2005	52	59	49	59	…[e]	58	…	…	…	…	…	…	100	100	100	100	…	100
Belgium		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Belize	MICS 2006	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	93	99	84	98[e]	…	99
Benin	DHS 2006	5	9	2	13	4	16	55	71	40	87	54	85	74	86	56	97	72	98
Bhutan		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Bolivia (Plurinational State of)	DHS 2008	26	40	23	47	22	43	60	81	50	91	49	85	51	88	38	99	40	91
Bosnia and Herzegovina	MICS 2006	9	16	4	20	3[g]	14	…	…	…	…	…	…	100	100	99	100	…	100
Botswana		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Brazil		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Brunei Darussalam		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Bulgaria		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Burkina Faso	MICS 2006	8	32	6	36	10	38	…	…	…	…	…	…	51	66	56	65	54	60
Burundi	MICS 2005	7	16	5	12	5	26	…	…	…	…	…	…	32	75	25	55	30	84
Cambodia	DHS 2010	36	31	35	31	34	34	55	80	43	82	40	78	67	95	49	97	47	91
Cameroon	MICS 2006	6	19	2	25	1	24	…	…	…	…	…	…	42	82	19	96	21	90
Canada		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Cape Verde		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Central African Republic	MICS 2006	2	17	0	23	2	29	…	…	…	…	…	…	35	83	27	89	34	88
Chad		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Chile		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
China		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Colombia	DHS 2010	72	73	68	75	63	73	81	91	78	96	61	92	86	98	84	99	71	98
Comoros		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Congo	DHS 2005	9	16	9	18	6	16	68	82	60	90	55	82	74	97	66	98	62	93
Cook Islands		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Costa Rica		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Côte d'Ivoire	MICS 2006	6	15	4	19	6	22	…	…	…	…	…	…	40	84	28	95	47	87
Croatia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Cuba	MICS 2006	75	70	…	…	…[e]	71	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Cyprus		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Czech Republic		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Democratic People's Republic of Korea		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Democratic Republic of the Congo	DHS 2007	3	10	3	15	2	10	43	53	41	63	37	57	63	91	59	98	59	89
Denmark		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

DTP3 immunization coverage among 1-year-olds [a] (%)								Children aged < 5 years who are stunted [a] (%)								MDG 4 Under-five mortality rate [a,d] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)								Member State
Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		
Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Afghanistan
99	100	100	98	99	97	… [e]	99	17	21	19	20	27	13	… [e]	17	27	16	28	13	34	13	… [f]	19	Albania
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Algeria
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Andorra
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Angola
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Antigua and Barbuda
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Argentina
92	91	91	92	92	93g	… [e]	92	20	18	22	17	26	19	… [e]	19	21	22	26	19	26	22	… [f]	22	Armenia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Australia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Austria
31	29	21	38	21	56	… [e]	29	26	24	30	20	33	15	… [e]	25	64	49	63	51	63	38	… [f]	57	Azerbaijan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Bahamas
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Bahrain
91	91	91	92	92	95	85	95	44	42	45	36	54	26	51	33	75	71	76	62	85	43	91	52	Bangladesh
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Barbados
100	99	100	99	100	99	… [e]	99	5	4	8	3	10	2	… [e]	4	…	…	…	…	…	…	…	…	Belarus
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Belgium
76	74	73	78	68 [g]	… [e]	… [e]	77	24	20	28	15	37	8	… [e]	15	…	…	…	…	…	…	…	…	Belize
66	68	62	77	50	87	62	91	46	40	47	36	50	29	47	27	139	132	145	115	151	83	143	79	Benin
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Bhutan
86	85	86	84	85	85	85	88	28	26	39	17	45	6	50	15	79	71	98	54	116	31	134	43	Bolivia (Plurinational State of)
94	92	96	88	92	89	… [e]	93	13	11	12	11	18	8	… [e]	11	…	…	…	…	…	…	…	…	Bosnia and Herzegovina
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Botswana
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Brazil
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Brunei Darussalam
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Bulgaria
77	80	75	90	73	93	77	90 [g]	43	36	43	28	48	23	42	18	…	…	…	…	…	…	…	…	Burkina Faso
61	62	61	67	57	62	54	64	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Burundi
85	85	84	90	73	93	67	92	41	37	41	27	49	22	46	31	76	59	75	29	91	30	86	35	Cambodia
71	76	70	78	63	83	61	86	40	34	45	27	51	17	46	24	…	…	…	…	…	…	…	…	Cameroon
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Canada
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Cape Verde
40	40	29	55	22	63	25	63	46	40	47	38	49	31	47	36	…	…	…	…	…	…	…	…	Central African Republic
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Chad
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Chile
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	China
91	90	88	91	85	92	79	91	14	12	17	12	19	7	31	11	24	19	24	21	29	13	53	18	Colombia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Comoros
68	70	55	83	43	91	37	79	32	28	33	26	37	24	40	25	128	118	136	108	134	83	201	102	Congo
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Cook Islands
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Costa Rica
79	78	72	90	62	96	74	87	44	37	46	32	47	27	43	31	…	…	…	…	…	…	…	…	Côte d'Ivoire
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Croatia
92	92	89	93	…	…	… [e]	93	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Cuba
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Cyprus
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Czech Republic
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Democratic People's Republic of Korea
45	46	36	60	28	74	34	59	47	42	50	36	46	25	51	35	161	148	176	121	182	96	207	113	Democratic Republic of the Congo
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Denmark

8. Health inequities

MDG 5

Member State	Source	Contraceptive prevalence: modern methods[a] (%)						Antenatal care coverage: at least 4 visits[a,b] (%)						Births attended by skilled health personnel[a,c] (%)					
		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman	
		Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher
Djibouti	MICS 2006	3	18	…	…	12	33	…	…	…	…	…	…	40	95	…	…	92	96
Dominica		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Dominican Republic	DHS 2007	72	69	66	69	68	67	94	95	90	97	88	97	93	95	89	98	86	97
Ecuador		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Egypt	DHS 2008	55	62	52	62	56	58	58	80	42	89	46	76	72	90	55	97	60	87
El Salvador		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Equatorial Guinea		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Eritrea		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Estonia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ethiopia	DHS 2011	23	49	13	48	22	55	14	46	8	46	12	65	5	52	2	46	5	74
Fiji		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Finland		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
France		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Gabon		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Gambia	MICS 2005–2006	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	43	83	28	89	51	84
Georgia	MICS 2005	16	24	12	28	…[e]	20	…	…	…	…	…	…	98	99	95	98	…	99
Germany		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Ghana	DHS 2008	15	19	12	21	11	19	71	88	63	94	68	88	43	84	24	95	36	78
Greece		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Grenada		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Guatemala		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Guinea	DHS 2005	4	11	3	13	4	18	43	66	37	70	46	66	26	81	15	87	33	84
Guinea-Bissau	MICS 2006	2	15	1	19	3	25	…	…	…	…	…	…	27	69	19	79	28	80
Guyana	DHS 2009	40	40	31	45	21	41	77	82	72	83	59[g]	82	90	98	81	96	71	94
Haiti	DHS 2005–2006	22	28	15	29	18	31	46	67	33	82	36	79	15	47	6	67	9	60
Honduras	DHS 2005–2006	51	62	41	65	46	62	76	87	69	95	62	93	50	90	33	99	37	96
Hungary		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Iceland		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
India	DHS 2005–2006	45	56	35	58	46	50	28	62	12	77	16	63	37	73	19	89	26	75
Indonesia	DHS 2007	58	57	50	58	40	59	75	90	61	96	44	90	63	88	44	95	31	87
Iran (Islamic Republic of)		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Iraq	MICS 2006	27	36	…	…	29	39	…	…	…	…	…	…	78	95	…	…	79	96
Ireland		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Israel		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Italy		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Jamaica	MICS 2005	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	94	98	…	…	…	97
Japan		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Jordan	DHS 2007	36	43	35	47	36	42	91	95	90	98	76	95	99	99	98	100	94	99
Kazakhstan	MICS 2006	44	52	40	57	…[e]	49	…	…	…	…	…	…	100	100	100	100	…	100
Kenya	DHS 2008–2009	37	47	17	48	12	52	44	60	36	63	35	64	37	75	20	81	19	72
Kiribati		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Kuwait		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Kyrgyzstan	MICS 2005–2006	45	47	47	48	…[e]	46	…	…	…	…	…	…	96	100	93	100	…	97
Lao People's Democratic Republic	MICS 2006	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	11	68	3	81	3	63
Latvia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Lebanon		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Lesotho	DHS 2009	41	57	29	61	28	55	66	82	58	85	67	79	54	88	35	90	40	80
Liberia	DHS 2007	7	16	3	17	7	18	61	76	55	78	61	77	32	79	26	81	36	76
Libya		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

DTP3 immunization coverage among 1-year-olds[a] (%)								Children aged <5 years who are stunted[a] (%)								MDG 4 Under-five mortality rate[a,d] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)								Member State
Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		
Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	
61	60	45 g	61	…	…	58	67	35	31	40	33	…	…	33	37	…	…	…	…	…	…	…	…	Djibouti
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Dominica
74	73	71	74	68	82	56	77	11	8	13	8	16	4	14	8	40	34	37	37	53	27	56	29	Dominican Republic
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Ecuador
97	98	97	99	97	99	97	99	31	27	30	27	30	27	30	28	38	28	36	29	48	19	44	26	Egypt
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	El Salvador
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Equatorial Guinea
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Eritrea
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Estonia
35	39	33	62	26	64	32	73	46	42	46	31	49	29	47	20	121	97	114	82	136	84	120	36	Ethiopia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Fiji
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Finland
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	France
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Gabon
85	89	87	87	89	90	86	88	29	27	32	19	36	15	29	19	…	…	…	…	…	…	…	…	Gambia
63	62	61	64	63	67	…e	63	16	13	17	12	22	8	… e	15	…	…	…	…	…	…	…	…	Georgia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Germany
89	89	91	87	89	93	85	91	29	26	32	20	33	14	30	24	93	75	90	75	102	60	102	67	Ghana
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Greece
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Grenada
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Guatemala
52	50	49	59	39	61	49	71	42	37	42	28	44	25	41	23	199	174	203	133	215	113	193	89	Guinea
65	65	62	72	57	78	61	78	48	48	51	41	49	37	51	36	…	…	…	…	…	…	…	…	Guinea-Bissau
84	85	83	89	79	87g	… e	87	20	17	21	11	31	10	23	15	41	39	38	46	33	44	… f	36	Guyana
53	55	50	61	46	72	48	69	31	26	34	19	40	7	39	12	105	99	114	77	124	55	122	65	Haiti
93	93	94	92	94	88	89	93	31	27	38	17	50	7	53	9	39	34	43	29	50	20	53	19	Honduras
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Hungary
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Iceland
58	53	51	69	34	82	37	77	48	48	51	40	60	26	57	36	82	88	93	60	116	39	106	49	India
66	68	61	75	45	82	29	76	…	…	…	…	…	…	…	…	55	46	60	38	77	31	93	37	Indonesia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Iran (Islamic Republic of)
60	59	49	67	…	…	44	74	29	26	31	25	…	…	30	23	…	…	…	…	…	…	…	…	Iraq
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Ireland
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Israel
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Italy
80	78	79	79	…	…	… e	78	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Jamaica
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Japan
97	98	97	98	97	98	89	98	16	13	17	14	18	9	26	14	22	23	27	21	30	27	27	21	Jordan
97	97	96	98	97	99	… e	97	18	17	20	15	21	12	… e	17	…	…	…	…	…	…	…	…	Kazakhstan
83	90	86	88	78	90	82	92	37	33	37	27	44	25	39	25	90	77	85	75	97	69	86	58	Kenya
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Kiribati
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Kuwait
46	49	37	64	25	72	… e	48	19	18	20	15	20	14	… e	18	…	…	…	…	…	…	…	…	Kyrgyzstan
40	42	39	56	29	59	30	57	48	47	50	32	58	23	55	31	…	…	…	…	…	…	…	…	Lao People's Democratic Republic
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Latvia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Lebanon
84	84	82	91	73	88	… e	88	41	35	40	29	45	28	41 g	31	123	87	111	89	107	81	… f	89	Lesotho
49	52	41	70	30	72	47	70	41	35	41	29	43	25	40	28	147	131	144	129	137	115	149	116	Liberia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Libya

8. Health inequities

MDG 5

Member State	Source	Contraceptive prevalence: modern methods[a] (%)						Antenatal care coverage: at least 4 visits[a,b] (%)						Births attended by skilled health personnel[a,c] (%)					
		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman	
		Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher
Lithuania		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Luxembourg		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Madagascar	DHS 2008–2009	28	36	18	36	18	34	46	70	35	75	37	67	39	82	22	90	23	76
Malawi	DHS 2010	41	50	35	48	37	48	45	49	41	51	44	52	69	84	63	89	61	88
Malaysia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Maldives	DHS 2009	28	26	29	26	36	20	87	80	88	80	83	86	93	99	89	99	85	99
Mali	DHS 2006	4	13	3	16	5	23	28	55	23	64	31	70	12	67	9	75	21	78
Malta		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Marshall Islands		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Mauritania	MICS 2007	3	14	1	16	4	19	…	…	…	…	…	…	39	90	21	95	45	92
Mauritius		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Mexico		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Micronesia (Federated States of)		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Monaco		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Mongolia	MICS 2005	64	57	65	53	54	61	…	…	…	…	…	…	99	99	98	100	96	100
Montenegro	MICS 2005–2006	15	18	8	23	…[e]	19	…	…	…	…	…	…	98	100	98	100	…	99
Morocco		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Mozambique	MICS 2008	8	22	5	30	6	33	46	72	37	78	43	86	34	81	25	89	31	95
Myanmar		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Namibia	DHS 2006–2007	43	64	30	68	32	63	68	73	64	76	51	75	72	94	60	98	50	92
Nauru		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Nepal	DHS 2011	42	50	36	49	49	37	48	72	28	84	29	75	32	73	11	82	19	63
Netherlands		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
New Zealand		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Nicaragua		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Niger	DHS 2006	3	18	2	16	3	29	11	35	9	35	12	54	8	71	5	59	13	81
Nigeria	DHS 2008	6	17	3	22	3	19	34	69	16	81	22	71	28	65	8	86	12	77
Niue		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Norway		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Oman		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Pakistan	DHS 2006–2007	18	30	12	32	19	28	20	48	10	64	17	61	30	60	16	77	27	74
Palau		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Panama		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Papua New Guinea		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Paraguay		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Peru	DHS 2004–2008	40	53	34	54	34	53	84	93	78	97	80	94	54	94	38	99	46	92
Philippines	DHS 2008	33	35	26	33	9	36	73	83	61	93	32	84	48	77	26	94	11	73
Poland		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Portugal		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Qatar		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Republic of Korea		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Republic of Moldova	DHS 2005	41	48	37	51	…[e]	44	89	88	85	89	…[e]	89	99	100	99	100	…[e]	100
Romania		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Russian Federation		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Rwanda	DHS 2010	45	47	38	50	37	52	35	40	34	42	33	43	67	82	61	86	57	88
Saint Kitts and Nevis		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Saint Lucia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Saint Vincent and the Grenadines		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Samoa		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…

DTP3 immunization coverage among 1-year-olds [a] (%)								Children aged < 5 years who are stunted [a] (%)								MDG 4 Under-five mortality rate [a,d] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)								Member State
Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		
Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Lithuania
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Luxembourg
73	73	71	89	54	93	49	89	53	48	51	43	48	43	49	46	85	78	84	63	106	48	97	54	Madagascar
93	94	93	94	91	94	89	97	51	43	48	40	56	35	53	38	136	116	128	113	131	105	136	94	Malawi
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Malaysia
98	98	98	98	98	97	98	97	19	16	19	15	21	14	23	15	29	25	28	23	28	21	47	12	Maldives
71	65	65	77	65	78	66	86	40	35	42	27	44	22	40	19	222	206	234	156	233	123	223	102	Mali
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Malta
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Marshall Islands
56	57	60	53	54	61	52	64	30	27	32	24	34	20	31	18	…	…	…	…	…	…	…	…	Mauritania
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Mauritius
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Mexico
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Micronesia (Federated States of)
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Monaco
90	91	89	91	86	92	94 [g]	90	29	26	30	25	32	20	38	27	…	…	…	…	…	…	…	…	Mongolia
77	84	79	82	81 [g]	73g	… [e]	80	8	8	9	7	14	5	… [e]	6	…	…	…	…	…	…	…	…	Montenegro
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Morocco
73	71	67	83	57	86	64	86	47	40	47	35	51	26	49	25	…	…	192	143	196	107	200	84	Mozambique
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Myanmar
84	82	81	86	75	94	62	89	31	26	31	24	38	12	38	23	80	58	75	60	90	30	78	54	Namibia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Nauru
92	91	92	95	88	98	86	97	41	39	42	27	56	25	47	29	62	62	64	45	74	35	73	40	Nepal
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Netherlands
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	New Zealand
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Nicaragua
39	41	35	63	31	63	35	66	58	51	58	35	57	40	56	24	220	213	229	139	204	154	221	90	Niger
36	36	27	55	9	77	11	69	43	38	45	31	52	24	51	27	175	166	190	122	217	88	209	107	Nigeria
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Niue
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Norway
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Oman
62	55	54	68	35	78	48	85	…	…	…	…	…	…	…	…	93	93	100	78	120	59	102	62	Pakistan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Palau
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Panama
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Papua New Guinea
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Paraguay
81	80	77	83	74	86	82	83	30	26	45	15	55	7	62	16	47	36	55	31	64	4	51 [h]	30	Peru
87	84	83	88	72	94	36g	90	…	…	…	…	…	…	…	…	41	34	46	28	59	17	135 [h]	30	Philippines
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Poland
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Portugal
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Qatar
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Republic of Korea
60	57	57	61	57 [g]	63	… [e]	59	11	10	11	9	15	7	… [e]	10	33	20	29	21	28	17	… [f]	27	Republic of Moldova
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Romania
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Russian Federation
97	97	97	96	96	99	96	98	48	40	46	28	54	26	52	23	104	96	103	80	115	75	123	63	Rwanda
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Saint Kitts and Nevis
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Saint Lucia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Saint Vincent and the Grenadines
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Samoa

8. Health inequities

MDG 5

Member State	Source	Contraceptive prevalence: modern methods[a] (%)						Antenatal care coverage: at least 4 visits[a,b] (%)						Births attended by skilled health personnel[a,c] (%)					
		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman	
		Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher
San Marino		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Sao Tome and Principe	DHS 2008–2009	40	28	31	37	15	32	69	76	58	91	53	82	75	89	74	93	73	88
Saudi Arabia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Senegal	DHS 2010–2011	6	20	4	23	8	26	41	62	32	69	45	67	49	90	30	95	58	88
Serbia	MICS 2005–2006	15	22	10	30	…[e]	22	…	…	…	…	…	…	99	99	98	100	…	99
Seychelles		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Sierra Leone	DHS 2008	4	14	3	18	4	20	52	66	49	70	53	68	33	67	28	71	36	73
Singapore		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Slovakia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Slovenia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Solomon Islands		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Somalia	MICS 2006	0	3	0	4	1	7	…	…	…	…	…	…	15	65	11	77	25	73
South Africa		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
South Sudan		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Spain		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Sri Lanka		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Sudan		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Sudan (former)		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Suriname	MICS 2006	41	47	29	51	14	51	…	…	…	…	…	…	82	95	81	96	75	95
Swaziland	DHS 2006–2007	45	56	36	59	26	57	78	84	72	85	76	81	70	88	51	92	57	84
Sweden		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Switzerland		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Syrian Arab Republic	MICS 2006	35	48	29	52	34	46	…	…	…	…	…	…	88	98	78	99	77	98
Tajikistan	MICS 2005	31	38	26	39	7	34	…	…	…	…	…	…	81	89	70	91	…	84
Thailand	MICS 2005–2006	76	72	79	70	63	71	…	…	…	…	…	…	96	99	93	100	81	99
The former Yugoslav Republic of Macedonia	MICS 2005	10	10	8	17	3	14	…	…	…	…	…	…	98	98	95	100	89	100
Timor-Leste	DHS 2009–2010	19	28	14	32	15	25	53	63	41	68	44	65	21	59	11	69	14	50
Togo	MICS 2006	9	14	6	16	7	21	…	…	…	…	…	…	32	85	24	89	36	79
Tonga		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Trinidad and Tobago	MICS 2006	…	…	37	44	…[e]	39	…	…	…	…	…	…	…	…	98	100	…	98
Tunisia		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Turkey		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Turkmenistan		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Tuvalu		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Uganda	DHS 2006	15	36	7	38	9	35	45	60	44	64	41	63	38	80	29	77	26	76
Ukraine	DHS 2007	42	50	36	53	…[e]	48	83	75	84	76	…[e]	77	98	99	97	99	…[e]	99
United Arab Emirates		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
United Kingdom		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
United Republic of Tanzania	DHS 2010	25	34	19	38	18	35	39	55	37	59	35	65	42	83	33	90	34	86
United States of America		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Uruguay		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Uzbekistan	MICS 2006	60	57	61	57	…[e]	59	…	…	…	…	…	…	100	100	100	100	…	100
Vanuatu	MICS 2007	36	41	28	44	20	41	…	…	…	…	…	…	72	87	55	90	51	86
Venezuela (Bolivarian Republic of)		…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Viet Nam	MICS 2006	62	56	66	56	58	62	…	…	…	…	…	…	85	98	53	99	60	97
Yemen	MICS 2006	13	34	5	35	16	30	…	…	…	…	…	…	26	62	17	74	27	61
Zambia	DHS 2007	28	42	31	48	27	44	61	59	59	62	56	63	31	83	27	91	23	73
Zimbabwe	DHS 2010–2011	56	60	52	64	42	60	64	66	60	73	68	68	58	86	48	91	39	75

DTP3 immunization coverage among 1-year-olds[a] (%)								Children aged <5 years who are stunted[a] (%)								MDG 4 Under-five mortality rate[a,d] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)								Member State
Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		
Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	San Marino
88	87	86	89	86	91	…[e]	88	29	30	28	30	37	19	27	25	86	55	67	74	86	28	…[f]	46	Sao Tome and Principe
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Saudi Arabia
84	81	82	84	75	88	81	95	28	25	31	20	35	15	30	12	89	82	100	61	117	54	96	37	Senegal
85	85	85	86	84	88	…[e]	86	8	8	8	8	12	6	…[e]	7	…	…	…	…	…	…	…	…	Serbia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Seychelles
62	60	58	70	56	73	57	76	38	33	38	28	35	22	38	23	176	160	168	167	212	144	170	132	Sierra Leone
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Singapore
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Slovakia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Slovenia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Solomon Islands
16	12	7	26	5	29	11	25[g]	43	41	47	32	51	25	45	26	…	…	…	…	…	…	…	…	Somalia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	South Africa
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	South Sudan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Spain
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sri Lanka
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sudan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sudan (former)
87	87	86	88	85	95	80	90	11	10	14	8	17	4	23	7	…	…	…	…	…	…	…	…	Suriname
93	90	92	91	92	89	91[g]	93	31	25	29	23	37	17	39	22	109	104	106	108	120	102	151	96	Swaziland
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Sweden
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Switzerland
74	76	74	76	62	80	54	81	30	27	29	28	36	26	36	24	…	…	…	…	…	…	…	…	Syrian Arab Republic
86	80	82	87	81	84	…[e]	84	35	31	34	31	38	25	45[g]	33	…	…	…	…	…	…	…	…	Tajikistan
95	94	95	93	95	93	94	95	16	15	17	12	21	9	20	13	…	…	…	…	…	…	…	…	Thailand
80	83	81	81	73	77	58	88	13	9	12	11	15	6	23	8	…	…	…	…	…	…	…	…	The former Yugoslav Republic of Macedonia
69	64	65	71	55	73	57	75	60	56	60	49	63	47	63	52	83	76	86	59	87	52	89	66	Timor-Leste
65	63	59	71	58	75	51	79	32	27	35	22	37	19	34	22	…	…	…	…	…	…	…	…	Togo
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Tonga
68	72	…	…	67[g]	62[g]	…[e]	72	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Trinidad and Tobago
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Tunisia
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Turkey
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Turkmenistan
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Tuvalu
63	65	64	67	64	65	58	74	40	34	39	26	43	25	41	23	159	129	148	117	165	111	165	92	Uganda
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	23	13	19	18	23[h]	9	…[f]	19	Ukraine
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	United Arab Emirates
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	United Kingdom
88	88	86	97	84	97	79	96	45	38	44	31	48	27	45	22	97	88	91	95	104	84	96	74	United Republic of Tanzania
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	United States of America
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Uruguay
93	93	95	88	92	89	…[e]	93	19	20	20	19	21	16	…[e]	20	…	…	…	…	…	…	…	…	Uzbekistan
64	63	62	69	46	67	37[g]	71	31	20	26	26	28	24	28	25	…	…	…	…	…	…	…	…	Vanuatu
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Venezuela (Bolivarian Republic of)
79	79	75	95	56	95	46	85	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Viet Nam
55	52	47	69	35	86	46	77	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	Yemen
82	80	77	90	78	95	70	90	48	42	48	39	48	34	45	37	151	122	138	131	124	108	145	104	Zambia
72	75	73	76	67	81	…[e]	77	35	27	32	28	35	24	38	30	88	68	78	77	86	57	…[f]	71	Zimbabwe

Source	MDG 5																	
	Contraceptive prevalence: modern methods[a] (%)						Antenatal care coverage: at least 4 visits[a,b] (%)						Births attended by skilled health personnel[a,c] (%)					
	Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of woman	
	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher
Ranges of country values																		
Minimum	0	3	0	4	1	7	11	35	8	35	7	35	5	37	2	46	3	33
Median	27	35	21	38	17	35	56	72	47	79	45	77	61	88	49	95	40	88
Maximum	76	73	79	75	68	73	94	96	90	98	88	97	100	100	100	100	96	100

a. Data are derived from the re-analysis of publicly available Demographic and Health Surveys (DHS) and Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) micro-data, using the standard indicator definitions as published in DHS or UNICEF documentation. The analysis was carried out by the International Center for Analysis and Monitoring of Equity in Health and Nutrition based in the Federal University of Pelotas, Brazil, and updated in December 2012. In some cases there may be slight differences between these results and those reported in DHS or MICS country reports due to differences in the calculation of indicator numerators and/or denominators.

b. Data derived from DHS relate to the most recent live births occurring in the five years preceding the survey.

c. Data derived from DHS relate to births occurring in the five years preceding the survey. Data derived from MICS relate to births occurring in the two years preceding the survey.

d. The under-five mortality rate relates to the decade preceding the survey.

e. The figure is not reported as it is based on fewer than 25 cases.

f. The figure is not reported as it is based on fewer than 250 unweighted person-years of exposure to the risk of death.

g. The figure is based on a small number of cases (25–49 unweighted cases).

h. The figure is based on 250–499 unweighted person-years of exposure to the risk of death.

MDG 4

DTP3 immunization coverage among 1-year-olds [a] (%)								Children aged < 5 years who are stunted [a] (%)								Under-five mortality rate [a,d] (probability of dying by age 5 per 1000 live births)								
Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		Sex		Place of residence		Wealth quintile		Educational level of mother		
Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	Male	Female	Rural	Urban	Lowest	Highest	None	Secondary or higher	
16	12	7	26	5	29	11	29	8	5	4	8	3	2	14	4	21	13	19	13	26	4	27	12	Minimum
77	78	75	83	72	87	60	86	35	31	27	34	26	20	40	23	86	76	88	69	104	53	106	56	Median
100	100	100	99	100	99	98	99	60	60	56	60	49	47	63	52	222	213	234	167	233	154	223	132	Maximum

9. Demographic and socioeconomic statistics

Table 9 presents data on demographic and socioeconomic factors that are major determinants of health. The table includes four MDG-related indicators – adolescent fertility; primary school enrolment; population living in poverty; and cellular phone subscriber rates. The table also includes data on demographics (such as population size, growth and degree of urbanization); crude birth and death rates; coverage of civil registration of births and underlying cause of death; adult literacy; and per capita gross national income. In addition to their intrinsic value, such data are also important in making other statistics comparable across countries. For example, data on disease incidence, prevalence and mortality rates – and on the availability of health-system resources – all require reliable population-based denominators.

These demographic and socioeconomic statistics have been derived from data produced by a range of national and international organizations. The latter include the United Nations International Telecommunication Union (ITU), the United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN-DESA), the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the World Bank. Estimates are based on a combination of administrative records, population-based surveys, censuses and civil-registration data, and on statistical modelling to adjust for missing values. For more information on the sources and methods used for a particular indicator, please refer to the relevant footnotes below and to the web site of the relevant organization.

9. Demographic and socioeconomic statistics

Member State	Population						Civil registration coverage (%)		Crude birth rate [a] (per 1000 population)
	Total [a] (000s)	Median [a] age (years)	Aged under 15 [a] (%)	Aged over 60 [a] (%)	Annual growth rate [a] (%)	Living in urban areas [b] (%)	Births [c]	Causes of death [d]	
	2011	2011	2011	2011	2001–2011	2011	2005–2011		2011
Afghanistan	32 358	17	46	4	3.1	24	37	…	43.1
Albania	3 216	30	22	13	0.4	53	99	…	12.7
Algeria	35 980	27	27	7	1.5	73	99	…	19.8
Andorra	86	…	15	22	2.6	87	>90 [j]	>80	10.0 [k]
Angola	19 618	17	46	4	3.1	59	…	…	40.8
Antigua and Barbuda	90	…	23	10	1.3	30	>90 [j]	82	16.0 [k]
Argentina	40 765	31	25	15	0.9	93	>90 [j]	99	17.0
Armenia	3 100	32	20	15	0.1	64	100	71	15.2
Australia	22 606	37	19	19	1.5	89	>90 [j]	98	13.6
Austria	8 413	42	15	23	0.5	68	>90 [j]	100	8.8
Azerbaijan	9 306	30	21	9	1.3	54	94	85	19.8
Bahamas	347	31	22	11	1.4	84	…	100	15.4
Bahrain	1 324	31	20	4	7.2	89	>90 [j]	100	18.9
Bangladesh	150 494	25	31	7	1.3	28	10	…	20.0
Barbados	274	38	17	17	0.2	44	>90 [j]	100	10.9
Belarus	9 559	38	15	19	–0.5	75	>90 [j]	100	11.2
Belgium	10 754	41	17	24	0.5	97	>90 [j]	100	11.4
Belize	318	22	34	6	2.1	45	95	99	24.3
Benin	9 100	18	44	5	3.0	45	60	…	39.1
Bhutan	738	25	29	7	2.3	36	100	…	20.1
Bolivia (Plurinational State of)	10 088	22	36	7	1.7	67	76	…	26.1
Bosnia and Herzegovina	3 752	40	15	20	0.0	48	100	88	8.4
Botswana	2 031	23	32	6	1.3	62	72	…	23.3
Brazil	196 655	30	25	11	1.1	85	93	94	15.2
Brunei Darussalam	406	29	26	6	1.9	76	>90 [j]	92	18.8
Bulgaria	7 446	42	14	25	–0.7	73	>90 [j]	100	10.1
Burkina Faso	16 968	17	45	4	2.9	27	77	…	42.9
Burundi	8 575	20	38	5	2.8	11	75	…	33.7
Cambodia	14 305	23	31	6	1.2	20	62	…	22.1
Cameroon	20 030	19	40	5	2.2	52	70	…	35.7
Canada	34 350	40	16	20	1.0	81	>90 [j]	100	11.3
Cape Verde	501	23	31	7	1.2	63	91	…	20.3
Central African Republic	4 487	20	40	6	1.7	39	61	…	34.7
Chad	11 525	17	45	5	3.0	22	16	…	44.2
Chile	17 270	32	22	13	1.0	89	100	97	14.2
China	1 355 243	35	19	13	0.5	51	…	4	12.1
Colombia	46 927	27	28	9	1.5	75	97	100	19.4
Comoros	754	19	43	4	2.7	28	…	…	36.8
Congo	4 140	20	41	6	2.5	64	81	…	35.0
Cook Islands	20	…	32	9	1.3	74	>90 [j]	90	15.0 [k]
Costa Rica	4 727	29	24	10	1.7	65	>90 [j]	87	15.5
Côte d'Ivoire	20 153	19	41	6	1.8	51	55	…	33.6
Croatia	4 396	42	15	24	–0.2	58	>90 [j]	100	9.8
Cuba	11 254	39	17	17	0.1	75	100	100	9.7
Cyprus	1 117	35	18	17	1.5	70	>90 [j]	85	11.6
Czech Republic	10 534	40	14	22	0.3	73	>90 [j]	100	11.0
Democratic People's Republic of Korea	24 451	33	22	14	0.6	60	100	…	14.2
Democratic Republic of the Congo	67 758	17	46	4	2.8	34	28	…	42.9

		MDG 5		MDG 2			MDG 1	MDG 8	
Crude death rate [d] (per 1000 population)	Total fertility rate [a] (per woman)	Adolescent fertility rate [e] (per 1000 girls aged 15–19 years)	Literacy rate among adults aged ≥15 years [f] (%)	Net primary school enrolment rate [f] (%)		Gross national income per capita [g] (PPP int. $)	Population living on <$1 (PPP int. $) a day [h] (%)	Cellular phone subscribers [i] (per 100 population)	Member State
				Male	Female				
2011	2011	2005–2010	2005–2011	2005–2011		2011	2005–2008	2011	
8.9	6.2	90	…	…	…	1 140	…	54	Afghanistan
8.5	1.5	11	96	…	…	8 820	<2.0	96	Albania
4.9	2.2	4	73	98	97	8 310	…	99	Algeria
8.0	1.4 [k]	…	…	77	77	…	…	75	Andorra
13.6	5.3	165	70	93 [l]	78 [l]	5 230	…	48	Angola
6.4	2.1 [k]	…	99 [m]	87 [n]	85 [n]	17 900	…	196	Antigua and Barbuda
7.8	2.2	68	98	…	…	17 130	<2.0	135	Argentina
12.6	1.7	28	100	81	82	6 100	<2.0	104	Armenia
6.5	2.0	16	…	97	98	38 110	…	108	Australia
8.7	1.4	10	…	…	…	42 050	…	155	Austria
7.0	2.2	41	100	88 [l]	86 [l]	8 960	<2.0	109	Azerbaijan
5.6	1.9	41	…	94	96	…	…	86	Bahamas
1.9	2.5	12	92	99	100	…	…	128	Bahrain
5.8	2.2	…	57	…	…	1 940	49.6	56	Bangladesh
7.4	1.6	50	…	90	97	…	…	127	Barbados
13.3	1.5	21	100	…	…	14 460	<2.0	112	Belarus
9.4	1.8	11	…	99	99	39 190	…	117	Belgium
4.4	2.7	…	…	100 [n]	91	6 090	…	70	Belize
10.6	5.2	…	42	…	…	1 620	…	85	Benin
6.8	2.3	59	53	88	91	5 570	…	66	Bhutan
6.9	3.3	89	91	91 [n]	91 [n]	4 890	13.6	83	Bolivia (Plurinational State of)
10.6	1.1	17	98	89	91	9 190	<2.0	85	Bosnia and Herzegovina
7.1	2.7	51	84	87 [n]	88 [n]	14 550	…	143	Botswana
6.2	1.8	71	90	95	97	11 420	3.8	124	Brazil
3.3	2.0	18	95	…	…	…	…	109	Brunei Darussalam
13.6	1.5	48	98	99	100	14 160	<2.0	141	Bulgaria
11.3	5.8	130	29	65	61	1 300	…	45	Burkina Faso
12.5	4.2	65	67	91 [n]	89 [n]	610	81.3	22	Burundi
7.2	2.5	48	74	100	97	2 230	28.3	96	Cambodia
13.2	4.4	127	71	100 [n]	87 [n]	2 330	9.6	52	Cameroon
7.1	1.7	14	…	…	…	39 660	…	80	Canada
6.0	2.3	…	84	95	92	3 980	…	79	Cape Verde
15.9	4.5	…	56	78	60	810	62.8	41	Central African Republic
14.3	5.9	…	34	…	…	1 360	…	32	Chad
5.6	1.8	53	99	94	94	16 330	<2.0	130	Chile
6.5	1.6	6	94	…	…	8 390	15.9	73	China
4.2	2.3	85	93	90	90	9 560	16.0	98	Colombia
8.1	4.9	…	75	81	75	1 110	…	29	Comoros
10.5	4.5	…	…	95	90	3 240	54.1	94	Congo
4.3	2.4 [k]	…	…	98 [l]	99 [l]	…	…	…	Cook Islands
4.3	1.8	67	96	…	…	11 860	<2.0	92	Costa Rica
11.4	4.3	111	56	67	56	1 710	23.8	86	Côte d'Ivoire
11.7	1.5	13	99	95	97	18 760	<2.0	116	Croatia
7.9	1.5	51	100	98	98	…	…	12	Cuba
5.5	1.5	4	98	99 [l]	99 [l]	…	…	98	Cyprus
9.6	1.5	11	…	…	…	24 370	…	123	Czech Republic
10.0	2.0	1	100	…	…	…	…	4	Democratic People's Republic of Korea
15.2	5.7	135	67	…	…	340	59.2	23	Democratic Republic of the Congo

9. Demographic and socioeconomic statistics

Member State	Population						Civil registration coverage (%)		Crude birth rate [a] (per 1000 population)
	Total [a] (000s)	Median [a] age (years)	Aged under 15 [a] (%)	Aged over 60 [a] (%)	Annual growth rate [a] (%)	Living in urban areas [b] (%)	Births [c]	Causes of death [d]	
	2011	2011	2011	2011	2001–2011	2011	2005–2011		2011
Denmark	5 573	41	18	24	0.4	87	>90 [j]	99	11.4
Djibouti	906	22	35	6	1.9	77	89	…	28.7
Dominica	68	…	23	10	–0.2	67	>90 [j]	100	16.0 [k]
Dominican Republic	10 056	25	31	9	1.4	70	79	59	21.4
Ecuador	14 666	26	30	9	1.6	67	90	87	20.3
Egypt	82 537	25	31	8	1.8	43	99	100	22.8
El Salvador	6 227	24	31	10	0.4	65	99	76	20.2
Equatorial Guinea	720	20	39	4	2.9	39	…	…	36.4
Eritrea	5 415	19	42	4	3.5	21	…	…	35.5
Estonia	1 341	40	16	23	–0.2	69	>90 [j]	100	12.1
Ethiopia	84 734	19	41	5	2.3	17	7	…	30.8
Fiji	868	27	29	8	0.6	52	>90 [j]	100	21.2
Finland	5 385	42	16	25	0.4	84	>90 [j]	100	11.3
France	63 126	40	18	23	0.6	86	>90 [j]	100	12.6
Gabon	1 534	22	35	7	1.9	86	…	…	27.1
Gambia	1 776	18	44	3	2.8	57	53	…	37.6
Georgia	4 329	38	17	19	–0.8	53	99	87	11.8
Germany	82 163	45	13	26	0.0	74	>90 [j]	100	8.5
Ghana	24 966	21	38	6	2.4	52	63	…	31.1
Greece	11 390	42	15	25	0.3	61	>90 [j]	100	10.3
Grenada	105	25	27	10	0.3	39	…	100	19.4
Guatemala	14 757	19	41	6	2.5	50	97	88	32.0
Guinea	10 222	18	43	5	1.9	35	43	…	38.4
Guinea-Bissau	1 547	19	41	5	2.0	44	24	…	37.9
Guyana	756	24	32	7	0.3	28	88	77	17.8
Haiti	10 124	22	36	7	1.4	53	81	…	26.3
Honduras	7 755	21	36	6	2.0	52	94	…	26.3
Hungary	9 966	40	15	23	–0.2	69	>90 [j]	100	10.0
Iceland	324	35	21	17	1.3	94	>90 [j]	100	14.8
India	1 241 492	25	30	8	1.5	31	41	8	21.8
Indonesia	242 326	28	27	8	1.1	51	53	…	17.9
Iran (Islamic Republic of)	74 799	28	23	8	1.2	69	>90 [j]	69	16.8
Iraq	32 665	18	43	5	2.9	66	95	53	34.9
Ireland	4 526	35	21	17	1.6	62	>90 [j]	99	16.0
Israel	7 562	30	27	15	2.1	92	>90 [j]	100	20.7
Italy	60 789	44	14	27	0.6	68	>90 [j]	100	9.2
Jamaica	2 751	27	29	11	0.5	52	98	74	18.2
Japan	126 497	45	13	31	0.0	91	>90 [j]	100	8.5
Jordan	6 330	21	37	6	2.5	83	>90 [j]	61	24.5
Kazakhstan	16 207	29	25	10	0.8	54	100	91	21.3
Kenya	41 610	19	42	4	2.6	24	60	…	37.4
Kiribati	101	…	30	7	1.7	44	94	…	23.0 [k]
Kuwait	2 818	29	27	4	3.4	98	>90 [j]	100	17.9
Kyrgyzstan	5 393	24	30	6	0.8	35	94	99	24.4
Lao People's Democratic Republic	6 288	22	34	6	1.5	34	72	…	22.3
Latvia	2 243	40	14	23	–0.5	68	>90 [j]	100	10.8
Lebanon	4 259	30	24	11	1.1	87	100	…	15.2
Lesotho	2 194	20	37	6	1.0	28	45	…	27.5

Crude death rate [d] (per 1000 population)	Total fertility rate [a] (per woman)	MDG 5: Adolescent fertility rate [e] (per 1000 girls aged 15–19 years)	Literacy rate among adults aged ≥15 years [f] (%)	MDG 2: Net primary school enrolment rate [f] (%) Male	MDG 2: Net primary school enrolment rate [f] (%) Female	Gross national income per capita [g] (PPP int. $)	MDG 1: Population living on <$1 (PPP int. $) a day [h] (%)	MDG 8: Cellular phone subscribers [i] (per 100 population)	Member State
2011	2011	2005–2010	2005–2011	2005–2011		2011	2005–2008	2011	
9.6	1.9	5	…	95	97	41 900	…	128	Denmark
9.9	3.7	…	…	55	49	…	…	21	Djibouti
6.6	2.1 [k]	48	…	96 [n]	97 [n]	13 000	…	164	Dominica
6.5	2.5	…	90	93	91	9 420	4.3	87	Dominican Republic
4.9	2.4	…	92	…	…	8 510	4.4	105	Ecuador
5.1	2.7	50	72	…	…	6 120	<2.0	101	Egypt
6.9	2.2	65	84	96	96	6 640	5.1	134	El Salvador
12.7	5.1	…	94	59	59	25 620	…	59	Equatorial Guinea
7.6	4.4	…	68	40	34	580	…	4	Eritrea
11.1	1.7	21	100	98	97	20 850	…	139	Estonia
8.8	4.0	79	39	90 [n]	84 [n]	1 110	39.0	17	Ethiopia
6.7	2.6	…	…	98	100	4 610	…	84	Fiji
8.9	1.9	8	…	98	98	37 670	…	166	Finland
8.4	2.0	12	…	99	99	35 910	…	95	France
8.9	3.2	…	88	…	…	13 740	4.8	117	Gabon
9.0	4.8	…	50	68	71	1 750	…	79	Gambia
13.0	1.5	44	100	96	94	5 350	15.3	102	Georgia
10.2	1.4	9	…	…	…	40 230	…	132	Germany
8.0	4.1	70	67	84 [n]	85 [n]	1 810	30.0	85	Ghana
9.2	1.5	12	97	99	99	25 100	…	106	Greece
6.2	2.2	…	…	96	99	10 350	…	…	Grenada
5.9	3.9	92	75	99	97	4 760	11.7	140	Guatemala
12.2	5.2	…	41	89	78	1 020	43.3	44	Guinea
15.1	5.0	…	54	77	73	1 240	…	56	Guinea-Bissau
9.0	2.2	97	…	81	85	…	…	70	Guyana
8.5	3.3	…	49	…	…	1 180	…	41	Haiti
4.5	3.1	…	85	97	98	3 820	23.3	104	Honduras
12.4	1.4	19	99	98	98	20 310	<2.0	117	Hungary
6.0	2.1	15	…	99	99	31 020	…	106	Iceland
8.0	2.6	39	63	99 [n]	98 [n]	3 590	41.6	72	India
6.9	2.1	52	93	97 [n]	93 [n]	4 500	18.7	103	Indonesia
5.3	1.6	31	85	98 [n]	96 [n]	…	<2.0	75	Iran (Islamic Republic of)
5.5	4.6	68	78	94 [n]	84 [n]	3 750	4.0	78	Iraq
6.2	2.1	16	…	99	100	34 180	…	108	Ireland
5.2	2.9	14	…	97	98	27 110	…	122	Israel
9.5	1.4	6	99	100	99	32 400	…	158	Italy
6.4	2.3	72	87	83	81	…	…	108	Jamaica
9.8	1.4	5	…	…	…	35 330	…	105	Japan
4.0	3.0	32	93	91	91	5 930	<2.0	118	Jordan
10.0	2.5	31	100	99	100	11 250	<2.0	156	Kazakhstan
8.9	4.7	106	87	84 [n]	85 [n]	1 710	19.7	67	Kenya
7.2	2.8 [k]	39	…	…	…	3 300	…	14	Kiribati
1.9	2.3	14	94	97	100	…	…	175	Kuwait
6.8	2.7	31	99	96	96	2 180	<2.0	116	Kyrgyzstan
6.1	2.7	110	73	98	96	2 580	33.9	87	Lao People's Democratic Republic
13.6	1.5	15	100	95	96	17 700	…	103	Latvia
6.7	1.8	…	90	97	97	14 470	…	79	Lebanon
14.2	3.1	92	90	73 [n]	76 [n]	2 050	…	56	Lesotho

9. Demographic and socioeconomic statistics

Member State	Population						Civil registration coverage (%)		Crude birth rate [a] (per 1000 population)
	Total [a] (000s)	Median [a] age (years)	Aged under 15 [a] (%)	Aged over 60 [a] (%)	Annual growth rate [a] (%)	Living in urban areas [b] (%)	Births [c]	Causes of death [d]	
	2011	2011	2011	2011	2001–2011	2011	2005–2011		2011
Liberia	4 129	18	44	4	3.4	48	4	…	38.5
Libya	6 423	26	31	7	1.9	78	…	…	22.6
Lithuania	3 307	39	15	21	–0.5	67	>90 [j]	100	10.6
Luxembourg	516	39	18	19	1.6	85	>90 [j]	100	11.6
Madagascar	21 315	18	43	5	3.0	33	80	…	35.0
Malawi	15 381	17	46	5	2.9	16	…	…	44.4
Malaysia	28 859	26	30	8	1.9	73	>90 [j]	58	20.0
Maldives	320	25	26	7	1.4	41	93	89	16.6
Mali	15 840	16	47	4	3.1	35	81	…	45.9
Malta	418	40	15	22	0.4	95	>90 [j]	99	9.1
Marshall Islands	55	…	30	7	0.5	72	96	…	29.0 [k]
Mauritania	3 542	20	40	4	2.6	41	56	…	33.3
Mauritius	1 307	33	21	11	0.8	42	>90 [j]	100	12.6
Mexico	114 793	27	29	9	1.2	78	…	93	19.1
Micronesia (Federated States of)	112	21	36	6	0.4	23	…	…	24.4
Monaco	35	…	18	23	0.0	100	…	>80	7.0 [k]
Mongolia	2 800	26	28	6	1.4	69	99	95	23.3
Montenegro	632	36	19	18	0.0	63	98	98	12.2
Morocco	32 273	27	28	8	1.0	57	…	27	19.2
Mozambique	23 930	18	44	5	2.5	31	31	…	37.1
Myanmar	48 337	29	25	8	0.6	33	72	…	17.0
Namibia	2 324	21	36	6	1.8	38	67	…	25.8
Nauru	10	…	30	7	0.2	100	83	…	28.0 [k]
Nepal	30 486	22	35	6	2.0	17	42	…	23.7
Netherlands	16 665	41	17	22	0.4	83	>90 [j]	100	10.9
New Zealand	4 415	37	20	19	1.2	86	>90 [j]	100	14.6
Nicaragua	5 870	22	34	6	1.3	58	81	68	23.4
Niger	16 069	16	49	4	3.5	18	32	…	48.2
Nigeria	162 471	18	43	5	2.5	50	30	…	39.7
Niue	1	…	32	9	–2.6	38	>90 [j]	…	…
Norway	4 925	39	19	21	0.9	79	>90 [j]	100	12.4
Oman	2 846	26	27	4	2.2	73	…	70	17.5
Pakistan	176 745	22	35	6	1.8	36	27	…	26.9
Palau	21	…	30	7	0.6	84	…	…	11.0 [k]
Panama	3 571	28	29	10	1.7	75	>90 [j]	96	19.6
Papua New Guinea	7 014	21	39	5	2.4	12	…	…	29.7
Paraguay	6 568	23	33	8	1.9	62	…	83	24.0
Peru	29 400	26	30	9	1.1	77	93	66	20.1
Philippines	94 852	22	35	6	1.8	49	>90 [j]	92	24.8
Poland	38 299	38	15	20	0.0	61	>90 [j]	100	10.7
Portugal	10 690	41	15	24	0.3	61	>90 [j]	100	9.0
Qatar	1 870	32	14	2	11.2	99	>90 [j]	81	12.2
Republic of Korea	48 391	38	16	16	0.5	83	>90 [j]	98	9.9
Republic of Moldova	3 545	35	17	16	–1.3	48	>90 [j]	94	12.3
Romania	21 436	39	15	21	–0.3	53	>90 [j]	100	10.3
Russian Federation	142 836	38	15	18	–0.2	74	>90 [j]	100	11.8
Rwanda	10 943	19	43	4	2.6	19	63	…	40.9
Saint Kitts and Nevis	53	…	23	10	1.3	32	…	94	14.0 [k]

		MDG 5		MDG 2			MDG 1	MDG 8	
Crude death rate [d] (per 1000 population)	Total fertility rate [a] (per woman)	Adolescent fertility rate [e] (per 1000 girls aged 15–19 years)	Literacy rate among adults aged ≥15 years [f] (%)	Net primary school enrolment rate [f] (%) Male	Female	Gross national income per capita [g] (PPP int. $)	Population living on <$1 (PPP int. $) a day [h] (%)	Cellular phone subscribers [i] (per 100 population)	Member State
2011	2011	2005–2010	2005–2011	2005–2011		2011	2005–2008	2011	
9.1	5.2	177	61	42	40	540	83.7	49	Liberia
7.9	2.5	…	89	…	…	…	…	156	Libya
12.3	1.5	17	100	94	93	19 640	<2.0	151	Lithuania
6.8	1.7	7	…	94	96	64 260	…	148	Luxembourg
6.5	4.6	147	64	…	…	950	67.8	41	Madagascar
10.1	6.0	157	75	91	98	870	…	26	Malawi
4.8	2.6	14	93	96	96	15 650	<2.0	127	Malaysia
3.8	1.7	18	98	94	95	7 430	…	166	Maldives
14.1	6.2	…	31	72	63	1 040	51.4	68	Mali
7.7	1.3	20	92	93	94	…	…	125	Malta
12.5	3.4 [k]	105	…	…	…	…	…	…	Marshall Islands
9.5	4.5	…	58	73	77	2 400	…	94	Mauritania
6.7	1.6	31	89	…	…	14 330	…	99	Mauritius
5.4	2.3	87	93	99	100	15 390	<2.0	82	Mexico
6.3	3.4	…	…	…	…	3 580	…	…	Micronesia (Federated States of)
8.4	1.5 [k]	…	…	…	…	…	…	90	Monaco
6.6	2.5	20	97	99	98	4 290	22.4	105	Mongolia
9.5	1.6	23	98	97	95	13 700	<2.0	…	Montenegro
5.7	2.2	18	56	90 [n]	85 [n]	4 880	2.5	113	Morocco
12.7	4.8	…	56	92	88	970	59.6	33	Mozambique
8.5	2.0	…	92	…	…	…	…	3	Myanmar
7.1	3.2	…	89	84	88	6 560	…	96	Namibia
5.4	3.1 [k]	84	…	…	…	…	…	65	Nauru
6.0	2.7	81	60	…	…	1 260	…	44	Nepal
7.9	1.8	5	…	100	99	43 140	…	…	Netherlands
6.5	2.2	29	…	99	100	…	…	109	New Zealand
4.9	2.6	109	78	93	95	3 730	15.8	82	Nicaragua
11.3	7.0	…	29	70 [n]	57 [n]	720	43.1	30	Niger
13.1	5.5	123	61	60 [n]	55 [n]	2 290	…	59	Nigeria
6.0	… [k]	16	…	…	…	…	…	…	Niue
8.1	1.9	10	…	99	99	61 460	…	116	Norway
3.8	2.2	12	87	98	97	…	…	169	Oman
7.0	3.3	16	55	79 [l]	65 [l]	2 870	22.6	62	Pakistan
5.4	1.7 [k]	27	…	…	…	11 080	…	75	Palau
4.7	2.5	88	94	98	97	14 510	2.4	189	Panama
7.4	3.9	…	61	…	…	2 570	…	34	Papua New Guinea
4.7	2.9	63	94	84	84	5 390	5.1	99	Paraguay
4.5	2.5	72	90	97	97	9 440	5.9	110	Peru
5.5	3.1	53	95	88	90	4 140	22.6	99	Philippines
10.0	1.4	16	100	97	97	20 430	<2.0	131	Poland
9.7	1.3	16	95	99	100	24 440	…	115	Portugal
1.4	2.2	15	96	95	95	86 440	…	123	Qatar
5.5	1.4	2	…	99 [n]	98 [n]	30 370	…	109	Republic of Korea
11.8	1.5	26	99	91 [l]	90 [l]	3 640	<2.0	105	Republic of Moldova
11.7	1.4	41	98	88	87	15 120	<2.0	109	Romania
14.6	1.5	30	100	95	96	20 560	<2.0	179	Russian Federation
9.0	5.3	41	71	89 [n]	92 [n]	1 270	76.8	41	Rwanda
7.4	1.8 [k]	…	…	86	89	16 470	…	…	Saint Kitts and Nevis

9. Demographic and socioeconomic statistics

Member State	Population						Civil registration coverage (%)		Crude birth rate [a] (per 1000 population)
	Total [a] (000s)	Median [a] age (years)	Aged under 15 [a] (%)	Aged over 60 [a] (%)	Annual growth rate [a] (%)	Living in urban areas [b] (%)	Births [c]	Causes of death [d]	
	2011	2011	2011	2011	2001–2011	2011	2005–2011		2011
Saint Lucia	176	28	26	10	1.0	18	…	99	17.4
Saint Vincent and the Grenadines	109	28	26	10	0.1	49	>90 [j]	100	16.8
Samoa	184	21	37	7	0.3	20	48	…	24.2
San Marino	32	…	14	27	1.4	94	>90 [j]	>80	9.0 [k]
Sao Tome and Principe	169	19	40	5	1.6	63	75	…	30.7
Saudi Arabia	28 083	26	30	5	3.1	82	…	44	21.5
Senegal	12 768	18	44	4	2.7	43	75	…	36.8
Serbia	9 854	38	17	20	–0.2	56	99	86	11.2
Seychelles	87	…	23	11	0.9	54	>90 [j]	100	15.0 [k]
Sierra Leone	5 997	18	43	4	3.3	39	78	…	37.8
Singapore	5 188	38	17	15	2.6	100	>90 [j]	76	9.2
Slovakia	5 472	37	15	18	0.1	55	>90 [j]	100	10.6
Slovenia	2 035	42	14	23	0.2	50	>90 [j]	100	10.0
Solomon Islands	552	20	40	5	2.7	20	…	…	31.3
Somalia	9 557	18	45	4	2.3	38	3	…	43.3
South Africa	50 460	25	30	8	1.1	62	92	89	20.9
South Sudan	10 640 [o]	18 [o]	44 [o]	5 [o]	3.8 [o]	18	35	…	39.2 [o]
Spain	46 455	40	15	22	1.3	77	>90 [j]	100	10.8
Sri Lanka	21 045	31	25	13	1.1	15	97	83	17.8
Sudan	37 650 [o]	18 [o]	43 [o]	5 [o]	2.5 [o]	33	59	…	36.6 [o]
Sudan (former)	…	…	…	…	…	…	…	…	…
Suriname	529	28	28	9	1.1	70	97	91	18.1
Swaziland	1 203	20	38	5	1.1	21	50	…	29.1
Sweden	9 441	41	17	25	0.6	85	>90 [j]	100	12.0
Switzerland	7 702	42	15	23	0.7	74	>90 [j]	100	10.0
Syrian Arab Republic	20 766	21	36	6	2.3	56	95	90	22.4
Tajikistan	6 977	21	37	5	1.1	27	88	68	27.8
Thailand	69 519	35	20	13	0.8	34	99	75	11.9
The former Yugoslav Republic of Macedonia	2 064	36	17	17	0.2	59	100	100	10.6
Timor-Leste	1 154	17	46	5	3.0	28	55	…	38.1
Togo	6 155	20	39	5	2.2	38	78	…	31.6
Tonga	105	21	37	8	0.6	23	…	…	26.6
Trinidad and Tobago	1 346	31	21	11	0.4	14	96	100	14.6
Tunisia	10 594	29	23	10	1.0	66	>90 [j]	…	17.0
Turkey	73 640	29	26	9	1.3	72	94	61	17.5
Turkmenistan	5 105	25	29	6	1.1	49	96	…	21.4
Tuvalu	10	…	32	9	0.4	51	50	…	23.0 [k]
Uganda	34 509	16	48	4	3.2	16	30	…	44.7
Ukraine	45 190	39	14	21	–0.7	69	100	100	10.9
United Arab Emirates	7 891	31	17	1	9.2	84	…	90	12.8
United Kingdom	62 417	40	17	23	0.5	80	>90 [j]	99	12.2
United Republic of Tanzania	46 218	17	45	5	2.8	27	16	…	41.2
United States of America	313 085	37	20	19	0.9	82	>90 [j]	100	13.8
Uruguay	3 380	34	22	18	0.2	93	>90 [j]	99	14.6
Uzbekistan	27 760	25	29	6	1.0	36	100	81	21.2
Vanuatu	246	21	38	6	2.6	25	26	…	29.2
Venezuela (Bolivarian Republic of)	29 437	26	29	9	1.7	94	>90 [j]	99	20.3
Viet Nam	88 792	29	23	9	1.1	31	95	…	16.4
Yemen	24 800	18	44	4	3.1	32	22	…	37.8
Zambia	13 475	17	47	5	2.5	39	14	…	45.9
Zimbabwe	12 754	20	38	6	0.1	39	49	…	29.0

		MDG 5		MDG 2			MDG 1	MDG 8	
Crude death rate [d] (per 1000 population)	Total fertility rate [a] (per woman)	Adolescent fertility rate [e] (per 1000 girls aged 15–19 years)	Literacy rate among adults aged ≥15 years [f] (%)	Net primary school enrolment rate [f] (%) Male	Female	Gross national income per capita [g] (PPP int. $)	Population living on <$1 (PPP int. $) a day [h] (%)	Cellular phone subscribers [i] (per 100 population)	Member State
2011	2011	2005–2010	2005–2011	2005–2011		2011	2005–2008	2011	
5.9	2.0	…	…	88	88	11 220	…	123	Saint Lucia
6.3	2.0	70	…	100	97	10 440	…	121	Saint Vincent and the Grenadines
5.2	3.8	29	99	91	96	4 270	…	…	Samoa
10.0	1.5 [k]	…	…	75 [l]	74 [l]	…	…	112	San Marino
8.1	3.6	…	89	97	98	2 080	…	68	Sao Tome and Principe
3.2	2.7	7	87	97	97	24 700	…	191	Saudi Arabia
7.9	4.7	93	50	77	81	1 940	33.5	73	Senegal
12.3	1.6	22	99	95 [l]	94 [l]	11 540	<2.0	125	Serbia
7.4	1.9 [k]	62	92 [m]	96	94	25 140	<2.0	146	Seychelles
16.3	4.9	98	42	…	…	840	…	36	Sierra Leone
4.3	1.3	6	96	…	…	59 380	…	150	Singapore
9.2	1.3	21	…	…	…	22 130	…	109	Slovakia
8.8	1.5	5	100	98	97	26 510	…	107	Slovenia
4.9	4.2	70	…	88	87	2 350	…	50	Solomon Islands
15.4	6.3	123	…	…	…	…	…	7	Somalia
11.6	2.4	54	89	90 [n]	91 [n]	10 710	17.4	127	South Africa
12.3	5.5 [o]	…	…	…	…	…	0.0	…	South Sudan
8.0	1.5	13	98 [p]	100	100	31 400	…	113	Spain
6.9	2.3	24	91	94	94	5 520	7.0	87	Sri Lanka
8.4	5.1 [o]	…	…	…	…	2 120	…	56	Sudan
…	…	…	71	…	…	…	…	…	Sudan (former)
6.2	2.3	66	95	92	93	…	…	179	Suriname
13.3	3.3	…	87	85	80	5 930	…	64	Swaziland
9.2	1.9	6	…	100	99	42 200	…	119	Sweden
8.1	1.5	4	…	99	99	52 570	…	131	Switzerland
3.8	2.9	…	83	99	100	…	…	63	Syrian Arab Republic
6.0	3.2	27	100	100	96	2 300	…	91	Tajikistan
7.5	1.6	47	94	90	89	8 360	…	112	Thailand
9.5	1.4	…	…	97	99	11 090	<2.0	107	The former Yugoslav Republic of Macedonia
7.1	6.1	54	58	91	91	…	37.4	53	Timor-Leste
10.9	4.0	…	57	…	…	1 040	38.7	50	Togo
6.1	3.9	16	99	…	…	5 000	…	53	Tonga
7.9	1.6	33	99	98	97	…	…	136	Trinidad and Tobago
5.4	2.0	6	78	…	…	9 030	…	117	Tunisia
4.8	2.1	38	91	100	98	16 940	2.7	89	Turkey
8.7	2.4	21	100	…	…	8 690	…	69	Turkmenistan
10.2	3.1 [i]	28	…	…	…	…	…	22	Tuvalu
10.7	6.1	…	73	93	95	1 310	37.7	48	Uganda
14.7	1.5	30	100	92 [l]	93 [l]	7 040	<2.0	123	Ukraine
1.3	1.7	34	90	94	98	47 890	…	149	United Arab Emirates
9.1	1.9	25	…	100	100	36 010	…	131	United Kingdom
9.3	5.5	128	73	98	98	1 500	67.9	56	United Republic of Tanzania
8.3	2.1	39	…	95	96	48 820	…	93	United States of America
9.4	2.1	60	98	100	99	14 640	<2.0	141	Uruguay
6.7	2.3	26	99	94 [n]	91 [n]	3 420	…	92	Uzbekistan
4.3	3.8	…	83	…	…	4 330	…	56	Vanuatu
4.7	2.4	101	…	95	95	12 430	3.0	98	Venezuela (Bolivarian Republic of)
5.3	1.8	35	93	…	…	3 250	13.1	143	Viet Nam
6.9	5.1	80	64	83	70	2 170	…	47	Yemen
11.6	6.3	151	71	96	98	1 490	…	61	Zambia
11.1	3.2	115	92	…	…	…	…	72	Zimbabwe

9. Demographic and socioeconomic statistics

	Population						Civil registration coverage (%)		Crude birth rate [a] (per 1000 population)
	Total [a] (000s)	Median [a] age (years)	Aged under 15 [a] (%)	Aged over 60 [a] (%)	Annual growth rate [a] (%)	Living in urban areas [b] (%)	Births [c]	Causes of death [d]	
	2011	2011	2011	2011	2001–2011	2011	2005–2011		2011
Ranges of country values									
Minimum	1	16	13	1	–2.6	11	3	4	7.0
Median	7 504	26	29	8	1.3	57	>90	>80	19.8
Maximum	1 355 243	45	49	31	11.2	100	100	100	48.2
WHO region									
African Region	857 382	19	42	5	2.4	38	…	…	38.0
Region of the Americas	938 647	31	25	13	1.1	80	…	…	17.4
South-East Asia Region	1 830 361	26	29	8	1.4	34	…	…	20.8
European Region	899 442	38	17	20	0.3	70	…	…	13.5
Eastern Mediterranean Region	608 133	23	34	6	2.1	49	…	…	31.4
Western Pacific Region	1 807 941	34	20	14	0.6	54	…	…	14.1
Income group									
Low income	813 734	20	39	6	2.1	28	…	…	35.5
Lower middle income	2 529 253	25	32	8	1.6	39	…	…	26.9
Upper middle income	2 503 866	33	22	12	0.7	61	…	…	15.4
High income	1 095 054	40	17	22	0.7	80	…	…	12.5
Global	6 941 907	29	27	11	1.2	52	…	…	24.3

a. *World Population Prospects: the 2010 Revision*. New York, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, 2011.

b. *World Urbanization Prospects: the 2011 Revision*. New York, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, 2012.

c. The standard definition includes the percentage of children under five years of age who were registered at the moment of the survey. The numerator of this indicator includes children whose birth certificate was seen by the interviewer, or whose mother or carer said that the birth had been registered. UNICEF Statistics by area are available at: http://www.childinfo.org/birth_registration_tables.php. New York, UNICEF, updated January 2013.

d. Mortality data. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality/en/).

e. 2012 Update for the MDG Database: Adolescent Birth Rate. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2012 (http://www.un.org/esa/population/publications/2012_mdgdatabase/2012_Update_MDG(5.4)_ABR.xls). WHO regional, income-group and global figures refer to 2009. If country-level data were not available for 2009, linear interpolation between the closest data points on both sides of the year was used. In other cases, the closest data point was used.

f. Data centre. Montreal, UNESCO Institute for Statistics, February 2013 update (http://www.uis.unesco.org/Pages/DataCentre.aspx).

g. PPP int. $ = Purchasing Power Parity at international dollar rate. World development indicators database. Washington, DC, World Bank, 2012 (http://data.worldbank.org/, December 2012 update figures used). The income-group aggregates relate only to WHO Member States and therefore may differ from those reported in the World development indicators database.

h. World development indicators database. Washington, DC, World Bank, 2012 (http://data.worldbank.org/, February 2012 update figures used). These figures reflect the World Bank default poverty line. Income-group aggregates are based on the 2011 World Bank list of economies.

i. World telecommunication/ICT indicators database 2012. Geneva, International Telecommunication Union, 16th Edition (sectional download at http://www.itu.int/ITU-D/ict/ or available for purchase in its entirety at: http://www.itu.int/ITU-D/ict/publications/world/world.html).

j. Demographic Yearbook 2011. New York, United Nations Statistics Division, 2012 (http://unstats.un.org/unsd/Demographic/Products/dyb/dyb2011.htm, accessed 14 January 2013).

k. International data base (IDB). Washington, DC, US Census Bureau, 2012 (www.census.gov/ipc/www/idb, accessed 15 January 2013).

l. National estimation.

m. Literacy rates are estimates for current decade based on survey or census data from previous decade.

n. Figure estimated by UNESCO Institute for Statistics (UIS).

o. *World Population Prospects: the 2012 Revision*. Provisional results. New York, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat (forthcoming).

p. Literacy rates refer to the population aged 16 years and over.

		MDG 5		MDG 2			MDG 1	MDG 8	
Crude death rate [d] (per 1000 population)	Total fertility rate [a] (per woman)	Adolescent fertility rate [e] (per 1000 girls aged 15–19 years)	Literacy rate among adults aged ≥15 years [f] (%)	Net primary school enrolment rate [f] (%) Male	Female	Gross national income per capita [g] (PPP int. $)	Population living on <$1 (PPP int. $) a day [h] (%)	Cellular phone subscribers [i] (per 100 population)	
2011	2011	2005–2010	2005–2011	2005–2011		2011	2005–2008	2011	
1.3	1.1	1	29	40	34	340	<2.0	3	Minimum
7.9	2.3	32	90	95	95	7 870	22.6	98	Median
16.3	7.0	177	100	100	100	86 440	83.7	196	Maximum
11.1	4.8	115	63	79	76	2 513	42.6	47	African Region
6.7	2.1	66	94	96	96	25 373	4.8	94	Region of the Americas
7.7	2.4	49	70	96	97	3 747	38.4	62	South-East Asia Region
10.1	1.7	23	99	97	97	25 210	…	122	European Region
6.3	3.2	37	69	85	76	6 047	11.0	74	Eastern Mediterranean Region
6.6	1.7	13	94	96	96	10 925	16.0	73	Western Pacific Region
9.4	4.0	112	63	82	79	1 313	48.8	33	Low income
8.0	2.9	49	71	91	88	3 666	30.2	69	Lower middle income
7.0	1.8	31	93	96	96	10 566	10.7	82	Upper middle income
8.4	1.8	20	…	97	97	38 690	…	109	High income
7.9	2.4	49	84	92	90	11 536	22.7	76	Global

Annex 1.
Regional and income groupings

WHO regional groupings[1]

WHO African Region: Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Eritrea*, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, Swaziland, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe.

WHO Region of the Americas: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia (Plurinational State of), Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United States of America, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of).

WHO South-East Asia Region: Bangladesh, Bhutan, Democratic People's Republic of Korea, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste*.

WHO European Region: Albania, Andorra*, Armenia*, Austria, Azerbaijan*, Belarus, Belgium, Bosnia and Herzegovina*, Bulgaria, Croatia*, Cyprus, Czech Republic*, Denmark, Estonia*, Finland, France, Georgia*, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Kazakhstan*, Kyrgyzstan*, Latvia*, Lithuania*, Luxembourg, Malta, Monaco, Montenegro*, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Republic of Moldova*, Romania, Russian Federation, San Marino, Serbia*, Slovakia*, Slovenia*, Spain, Sweden, Switzerland, Tajikistan*, The former Yugoslav Republic of Macedonia*, Turkey, Turkmenistan*, Ukraine, United Kingdom, Uzbekistan*.

WHO Eastern Mediterranean Region: Afghanistan, Bahrain, Djibouti, Egypt, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, Oman, Pakistan, Qatar, Saudi Arabia, Somalia, South Sudan, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates, Yemen.

WHO Western Pacific Region: Australia, Brunei Darussalam, Cambodia, China, Cook Islands, Fiji, Japan, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Marshall Islands*, Micronesia (Federated States of)*, Mongolia, Nauru*, New Zealand, Niue*, Palau*, Papua New Guinea, Philippines, Republic of Korea, Samoa, Singapore, Solomon Islands, Tonga, Tuvalu*, Vanuatu, Viet Nam.

---

[1] Member States indicated with an * may have data for periods prior to their official membership of WHO.

Income groupings[2,3]

Low income: Afghanistan, Bangladesh, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic People's Republic of Korea, Democratic Republic of the Congo, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kenya, Kyrgyzstan, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, Sierra Leone, Somalia, Tajikistan, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania, Zimbabwe.

Lower middle income: Albania, Armenia, Belize, Bhutan, Bolivia (Plurinational State of), Cameroon, Cape Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypt, El Salvador, Fiji, Georgia, Ghana, Guatemala, Guyana, Honduras, India, Indonesia, Iraq, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Marshall Islands, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Morocco, Nicaragua, Nigeria, Pakistan, Papua New Guinea, Paraguay, Philippines, Republic of Moldova, Samoa, Sao Tome and Principe, Senegal, Solomon Islands, South Sudan, Sri Lanka, Sudan, Swaziland, Syrian Arab Republic, Timor-Leste, Tonga, Ukraine, Uzbekistan, Vanuatu, Viet Nam, Yemen, Zambia.

Upper middle income: Algeria, Angola, Antigua and Barbuda, Argentina, Azerbaijan, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Botswana, Brazil, Bulgaria, Chile, China, Colombia, Cook Islands**, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, Gabon, Grenada, Iran (Islamic Republic of), Jamaica, Jordan, Kazakhstan, Latvia, Lebanon, Libya, Lithuania, Malaysia, Maldives, Mauritius, Mexico, Montenegro, Namibia, Nauru**, Niue**, Palau, Panama, Peru, Romania, Russian Federation, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Serbia, Seychelles, South Africa, Suriname, Thailand, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Tunisia, Turkey, Turkmenistan, Tuvalu, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of).

High income: Andorra, Australia, Austria, Bahamas, Bahrain, Barbados, Belgium, Brunei Darussalam, Canada, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Equatorial Guinea, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Japan, Kuwait, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, New Zealand, Norway, Oman, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Korea, Saint Kitts and Nevis, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Trinidad and Tobago, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America.

---

2. *World Bank list of economies* (July 2012). Washington, DC, World Bank, 2012 (http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS).

3. Member States marked with an ** have been classified into income groups using gross domestic product.

The **World Health Statistics** series is WHO's annual compilation of health-related data for its 194 Member States, and includes a summary of the progress made towards achieving the health-related Millennium Development Goals (MDGs) and associated targets. This year, it also includes highlight summaries on the topics of reducing the gaps between the world's most-advantaged and least-advantaged countries, and on current trends in official development assistance (ODA) for health.

The series is produced by the WHO Department of Health Statistics and Information Systems of the Health Systems and Innovation Cluster. As in previous years, *World Health Statistics 2013* has been compiled using publications and databases produced and maintained by WHO technical programmes and regional offices. A number of demographic and socioeconomic statistics have also been derived from databases maintained by a range of other organizations.

All the indicators shown have been included on the basis of their relevance to global public health, the availability and quality of the data, and the reliability and comparability of the resulting estimates. Taken together, these indicators provide a comprehensive summary of the current status of national health and health systems in key areas.

WHO presents *World Health Statistics 2013* as an integral part of its ongoing efforts to provide enhanced access to comparable high-quality statistics on core measures of population health and national health systems. Unless otherwise stated, all estimates have been cleared following consultation with Member States and are published here as official WHO figures.

ISBN 978 92 4 156458 8

APENSADOS

CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão de Legislação Participativa

SUGESTÃO Nº 89 DE 2013

AUTOR:
Conselho Nacional de Saúde CNS e outros

DATA DE ENTREGA
19/08/2013

EMENTA:
"Sugere Projeto de Lei alterando dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências".

DISTRIBUIÇÃO/REDISTRIBUIÇÃO/VISTA

A(o) Sr(a). Deputado(a): _____
Em:_____/_____/_____ Presidente:_____
A(o) Sr(a). Deputado(a): _____
Em:_____/_____/_____ Presidente:_____
A(o) Sr(a). Deputado(a): _____
Em:_____/_____/_____ Presidente:_____
A(o) Sr(a). Deputado(a): _____
Em:_____/_____/_____ Presidente:_____
A(o) Sr(a). Deputado(a): _____
Em:_____/_____/_____ Presidente:_____

PARECER:

DATA DE SAÍDA

CÂMARA DOS DEPUTADOS
COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA

SUGESTÃO Nº 89/2013
CADASTRO DA ENTIDADE

Denominação: Conselho Nacional de Saúde - CNS.

CNPJ: 00.394.544/0127-87

Tipos de Entidades: ( ) Associação ( ) Federação ( ) Sindicato

( ) ONG ( ) Confederação ( ) Outros (x)

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 1º Andar, Sala 103B

Cidade: Brasília **Estado:** DF **CEP.:** 70.058-900

Fone/Fax: (61) / 33153703

Correio-eletrônico: cns@saude.gov.br

Responsável: Maria do Socorro de Souza – Presidente
Márcio Florentino Pereira – Secretário Executivo

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a documentação especificada nos Incisos "I" e "II" do art. 2º do Regulamento Interno da Comissão de Legislação Participativa, da Associação supramencionada, encontra-se regularizada até a presente data e arquivada nesta Comissão à disposição de qualquer interessado.

Brasília, DF, 19 de agosto de 2013.

Claudio Ribeiro Paes
Secretário

Brasília-DF, 05 de agosto de 2013.

Ao Excelentíssimo Senhor
DEPUTADO HENRIQUE EDUARDO ALVES
Presidente da Câmara dos Deputados
Palácio do Congresso Nacional, Edifício Principal, Praça dos Três Poderes –
70160-900 – Brasília/DF.

Senhor Presidente,

Encaminhamos a Vossa Excelência as 1.896,592 assinaturas coletadas e auditadas pelo Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública – Saúde + 10, com a finalidade de entregar a minuta do Projeto de Lei de Iniciativa Popular que propõe a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a Saúde, conforme o quantitativo dos estados descrito na tabela anexa.

Atenciosamente,

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Coordenador do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública

Sec.-Geral da Mesa SEFRO 07/Ago/2013 - 14:31
Ponto: 4553 Ass.: Jhanyete Origem: Presidência

Saúde +10

Quantitativo Geral de Assinaturas Auditadas para o Projeto de Lei Saúde +10			
Estado	Quantidade	Eleitorado	Frequência Relativa (Eleitorado)
AC	1910	470975	0,41%
AL	5715	2034326	0,28%
AP	1286	420799	0,31%
AM	38203	2030549	1,88%
BA	78084	9550898	0,82%
CE	47272	5881584	0,80%
DF	2316	1836280	0,13%
ES	32122	2523185	1,27%
GO	27494	4061371	0,68%
MA	19116	4324696	0,44%
MT	2403	2095825	0,11%
MS	14634	1702511	0,86%
MG	786722	14522090	5,42%
PR	144081	7601553	1,90%
PB	38085	2740079	1,39%
PA	5351	4768457	0,11%
PE	39349	6259850	0,63%
PI	8590	2263834	0,38%
RJ	32230	11589763	0,28%
RN	27974	2246691	1,25%
RS	112483	8112236	1,39%
RO	8893	1079327	0,82%
RR	3291	271890	1,21%
SC	171913	4538981	3,79%
SE	2372	1425973	0,17%
SP	216944	30301398	0,72%
TO	3030	948920	0,32%
S/E	24729		
Total	1896592	135604041	1,40%

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº ....., DE 2013.

Altera dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 e dá outras providências:

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 5º: A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a dez por cento de suas receitas correntes brutas, nos termos do § 1º do art. 11 da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, constantes de anexo à lei orçamentária anual referente às receitas dos orçamentos fiscal e da seguridade social, excluídas as restituições tributárias.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, são consideradas receitas correntes brutas a totalidade das receitas:

I – tributárias;

II – de contribuições;

III – patrimoniais;

IV – agropecuárias;

V – industriais;

VI – de serviços;

VII – de transferências correntes;

VIII – outras receitas correntes.

§ 2º É vedada a dedução ou exclusão de qualquer parcela de receita vinculada à finalidade específica ou transferida aos demais entes da Federação a qualquer título.

Art. 13: Os recursos de que trata esta Lei Complementar, enquanto não empregados na sua finalidade, deverão ser aplicados em conta vinculada mantida em instituição financeira oficial, nos termos do § 3º do art. 164 da Constituição Federal, sob a responsabilidade do gestor de saúde e de acordo com a legislação específica em vigor.

§ Único: As receitas financeiras decorrentes das aplicações referidas no caput deverão ser utilizadas em ações e serviços públicos de saúde, não sendo consideradas, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 16: O repasse dos recursos previstos nos arts. 6o a 8o será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e também às suas demais unidades orçamentárias:

§ 1º O montante correspondente ao percentual incidente sobre o produto da arrecadação direta dos impostos pelos entes da Federação, inclusive os previstos no inciso I do art. 157 e no inciso I do art. 158 da Constituição Federal, será repassado ao Fundo de Saúde do respectivo ente até o 10º (décimo) dia do mês subsequente.

§ 2º Os recursos correspondentes ao montante e aos percentuais incidentes sobre as transferências intergovernamentais previstas nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal serão repassados aos Fundos de Saúde na mesma data em que forem realizadas as respectivas transferências, devendo Estados, o Distrito Federal e os Municípios optar, prioritamente, pela modalidade regular e automática de repasse à conta do Fundo.

Art. 24......

§ 4º .....

I –.....

II – na União, as despesas com amortização e respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

Art. 45: Esta Lei Complementar será revista por outra após o quinto ano de sua vigência.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

O projeto de lei de iniciativa popular encontra fundamento no artigo 61 § 2º da CF e apresenta todas as exigências legais para seu ingresso, trâmite e apreciação, tendo por objetivo alterar dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 para, principalmente, alterar a determinação do montante mínimo de recursos a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde.

O financiamento do setor saúde é uma questão preocupante para todos os países do mundo. As transições demográfica, epidemiológica, nutricional e

tecnológica resultaram em aumento acentuado das necessidades de recursos financeiros para prover a atenção à saúde.

A transição demográfica mostra que a expectativa de vida no Brasil tem apresentado evolução significativa nas últimas décadas. Segundo o IBGE,[1] em 2011, a esperança de vida dos brasileiros, ao nascer, chegou a 74 anos e 29 dias. A média entre os homens é de 70,6 anos e, entre as mulheres, 77,7. A melhoria, no Brasil, das condições de vida em geral trouxe maior longevidade à população. O número de idosos aumentou e já chega a 21 milhões de pessoas. As projeções apontam para a duplicação deste contingente nos próximos 20 anos, ou seja, ampliação de 8% para 15%. Portanto, uma impactante transição demográfica está em curso no país, que, ao julgar pelas projeções, mudará a face da população brasileira.

A transição epidemiológica também se faz presente como fator interveniente na saúde. No passado recente, doenças infecto-parasitárias, com desfecho rápido, eram as principais causas de morte na população brasileira, chegando a 26% do total de mortes[2]. Nas últimas décadas, porém, este cenário modificou-se e tais doenças, atualmente, representam apenas 6,5% dos óbitos. No entanto, as doenças crônico-degenerativas (como diabetes, hipertensão, demências), as neoplasias (cânceres) e as causas externas (mortes violentas) assumiram o papel de principais causas de mortalidade. O tratamento e a reabilitação da maioria dos pacientes que convivem ou enfrentam sequelas destas condições figuram entre os altos custos do sistema de saúde.

Já a transição nutricional proporcionou mudança no padrão físico do brasileiro. O excesso de peso ou sobrepeso e a obesidade (índice de massa corpórea entre 25 e 30 e acima de 30, respectivamente) explodiram. Segundo o IBGE, em 2009, o sobrepeso atingiu mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade; cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos; 48% das

---

[1] IBGE. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e indicadores Sociais. Projeção da População do Brasil por sexo e idade 1980-2050 – Revisão 2012. Acesse em: www.ibge.gov.br.

[2] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), 2009. Acesse em: www.ibge.gov.br .

mulheres; 50,1% dos homens acima de 20 anos.[3] Segundo dados,[4] 48,1% da população brasileira estão acima do peso e 15% são obesos.

A transição tecnológica atualmente assume papel cada vez mais significativo. A incorporação de novos e benéficos artefatos é bem vinda, pois adiciona qualidade aos tratamentos curativos ou até nos paliativos. A agregação de tais avanços levanta, no entanto, algumas discussões, por implicar altos custos e por trazer o perigo de relegar a plano secundário a necessária humanização no tratamento dos pacientes. A evolução tecnológica geralmente agrega benefícios, facilidades e precisão, mas é preciso lembrar que o incremento tecnológico não deve substituir a relação humana e nem desumanizar o atendimento à saúde. A incorporação dos avanços de última geração no sistema de atenção à saúde deve, portanto, preservar o senso humanitário e o respeito ao ser humano.

O Brasil gasta pouco em saúde publica, mesmo apresentando causas de mortalidade que envolvem condições atuais como as doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas, ainda se observa uma prevalência preocupante de mortes por infecções parasitárias – condição esta que deveria não mais existir.

Quando da promulgação da Constituição Federal de 1988, restou estabelecido no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que "até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde." Esta disposição não foi cumprida e, hoje, isso representaria mais que o dobro do que é aplicado pelas regras atuais.

---

[3] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). POF (Pesquisa de Orçamento Familiar), 2009. Acesse em: www.ibge.gov.br.

[4] VIGITEL Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, 2011.

O Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC 29), que estabeleceu limites mínimos de recursos que as três esferas de governo aplicariam em ações e serviços públicos de saúde. Após longa batalha da Sociedade Brasileira houve a regulamentação pelo Congresso Nacional, em dezembro de 2011, transformada em norma jurídica através da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Todavia, com os vetos ocorridos, houve o impedimento da ampliação de recursos para a saúde no que diz respeito às aplicações da União.

O financiamento do sistema de saúde requer uma postura positiva e imediata do Parlamento, de modo a criar condições efetivas para que os governos garantam a eficiência e a eficácia da cobertura universal e integral do Sistema Único de Saúde (SUS). Para um sistema público de saúde justo e com qualidade, a sociedade requer urgentes e novos recursos, a serem aplicados corretamente e com a transparência devida. Este é o principal anseio da população brasileira.

Sala das Sessões, ...

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PRESIDÊNCIA/SGM

Ofício s/nr, de 2013, do Senhor Ronald Ferreira dos Santos, Coordenador do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública. Minuta do Projeto de Lei, que propõe a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a Saúde.
Em 16/08/2013.

Encaminhe-se à Comissão de Legislação Participativa. Publique-se. Oficie-se.

HENRIQUE EDUARDO ALVES
Presidente

Documento : 59285 - 1

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema Nacional de Saúde

Comissão Especial de Financiamento do Setor da Saúde (CESaúde)

Brasília, 20 de agosto de 2013

ACSS Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Alexandre Lourenço, MHA

Vogal do Conselho Diretivo
Chief of Health Services Officer

alourenco@acss.min-saude.pt

www.acss.min-saude.pt

Agenda

- Sistema Nacional de Saúde e o Serviço Nacional de Saúde
  - Organização
  - Parcerias Público Privadas no setor da saúde
  - Financiamento
  - Regulação da Farmácia e do Medicamento
- Experiência portuguesa na contratação de médicos estrangeiros

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Agenda

- Sistema Nacional de Saúde e o Serviço Nacional de Saúde
  - Organização
  - Parcerias Público Privadas no setor da saúde
  - Financiamento
  - Regulação da Farmácia e do Medicamento
- Experiência portuguesa na contratação de médicos estrangeiros

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

O sistema português de saúde até 1974

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Sistema baseado em entidades prestadoras pertencentes aos empregadores
- Cuidados de saúde exclusivamente prestados aos empregados
- Alguns serviços prestados por misericórdias essencialmente aos mais desfavorecidos
- Grande parte da população sem acesso a cuidados de saúde (e.g. trabalhadores rurais, domésticas, pequenos comerciantes)
- Sistema sem cuidados de saúde primários e hospitais mal equipados

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

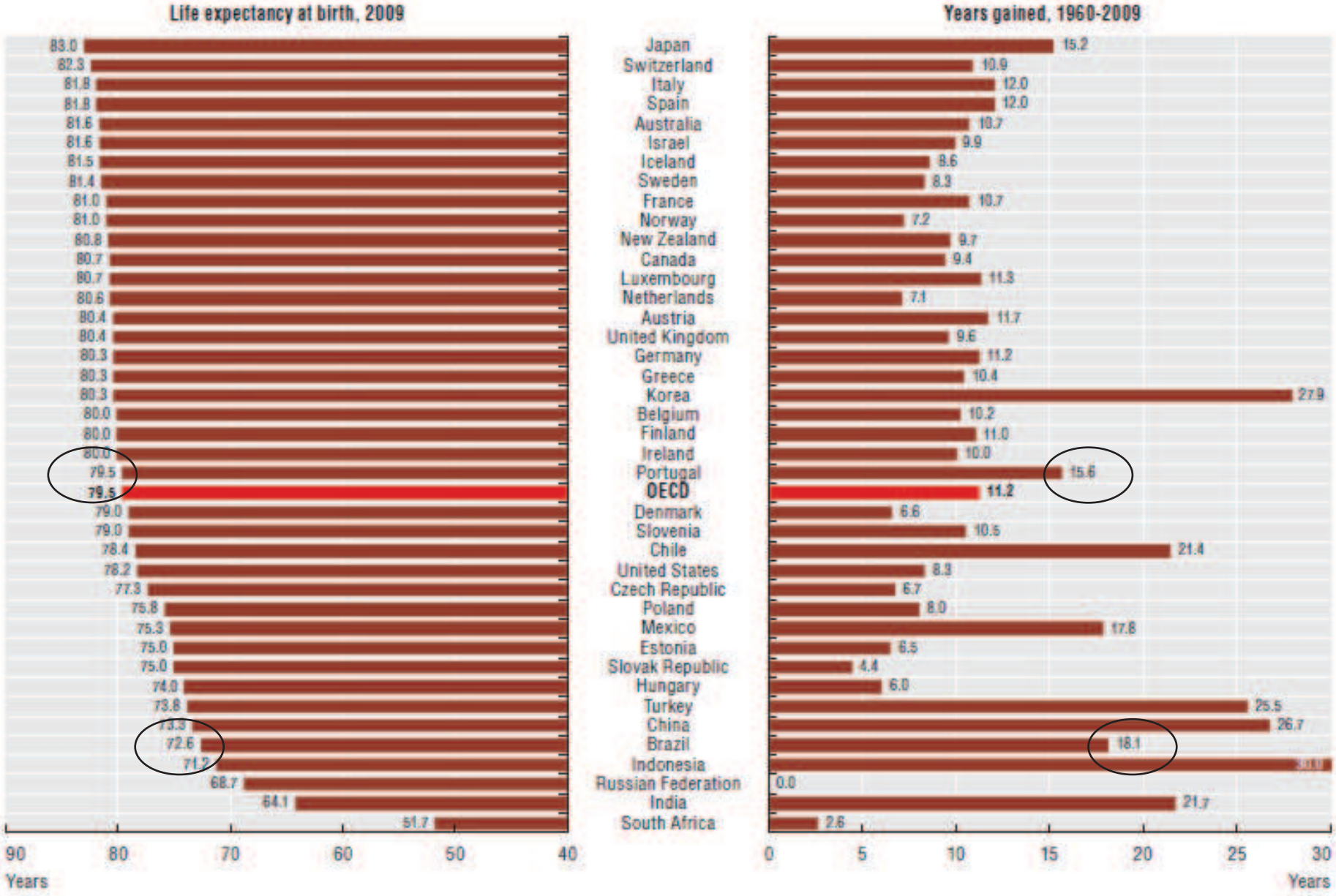
Após 25 de abril de 1974: Democracia

- Adoção do Conceito de Estado Social

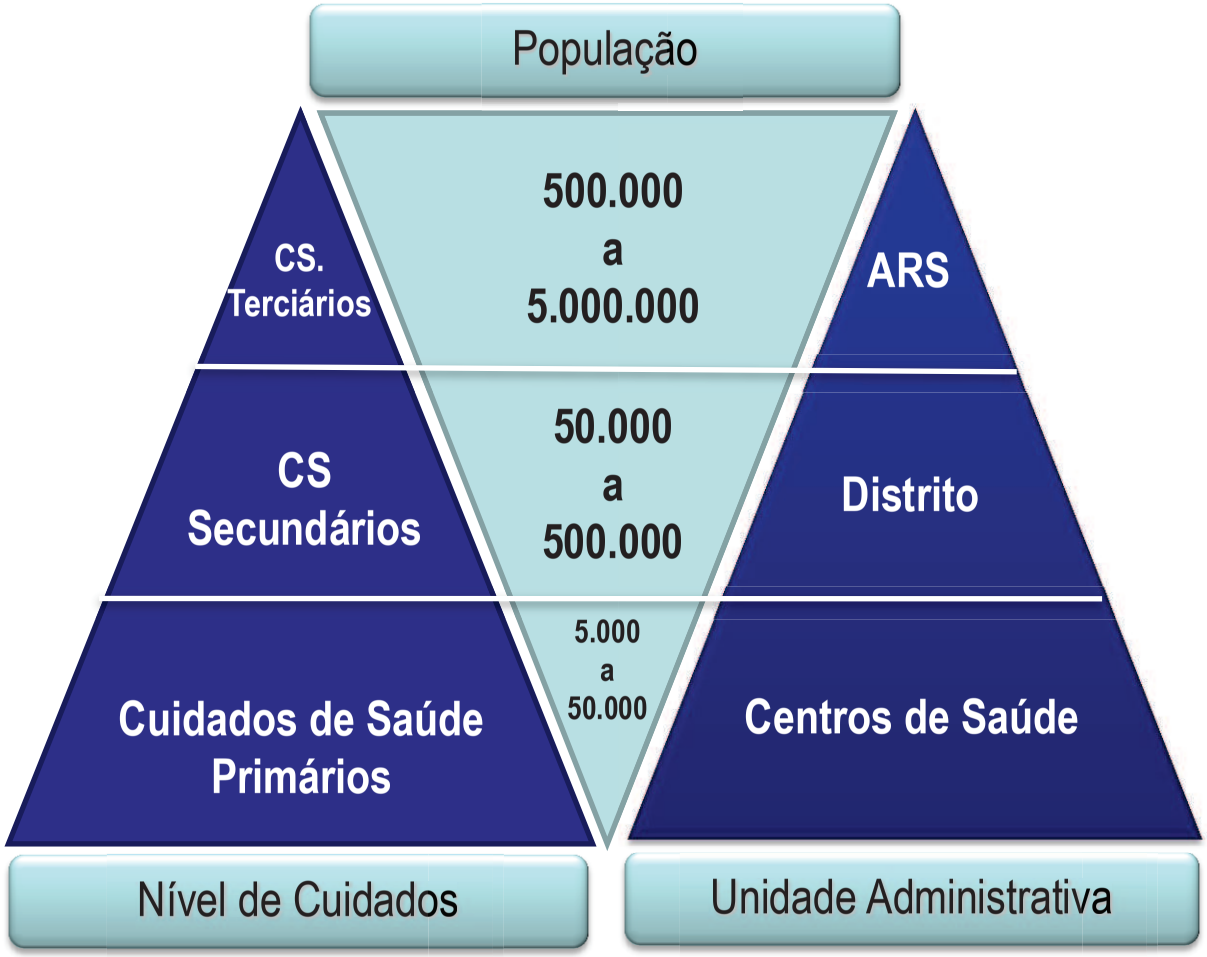
- Constituição da República:
  - Estabelece o Direito à Saúde
    - Acesso Universal
    - Serviço Geral
    - Tendencialmente gratuito

- Serviço Nacional de Saúde (1979)
  - Financiamento baseado em impostos gerais
  - Prestação de cuidados maioritariamente através de prestadores públicos
  - Mas também através de prestadores privados (contratos com o setor público ou mecanismo de reembolsos)

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt


Life expectancy at birth, 2009
Years gained, 1960-2009
Japan 83.0 15.2
Switzerland 82.3 10.9
Italy 81.9 12.0
Spain 81.9 12.0
Australia 81.6 10.7
Israel 81.6 9.9
Iceland 81.5 8.6
Sweden 81.4 8.3
France 81.0 10.7
Norway 81.0 7.2
New Zealand 80.8 9.7
Canada 80.7 9.4
Luxembourg 80.7 11.3
Netherlands 80.6 7.1
Austria 80.4 11.7
United Kingdom 80.4 9.6
Germany 80.3 11.2
Greece 80.3 10.4
Korea 80.3 27.9
Belgium 80.0 10.2
Finland 80.0 11.0
Ireland 80.0 10.0
Portugal 79.5 15.6
OECD 79.5 11.2
Denmark 79.0 6.6
Slovenia 79.0 10.5
Chile 78.4 21.4
United States 78.2 8.3
Czech Republic 77.3 6.7
Poland 75.8 8.0
Mexico 75.3 17.8
Estonia 75.0 6.5
Slovak Republic 75.0 4.4
Hungary 74.0 6.0
Turkey 73.8 25.5
China 73.5 26.7
Brazil 72.6 18.1
Indonesia 71.2 31.1
Russian Federation 68.7 0.0
India 64.1 21.7
South Africa 51.7 2.6
90 80 70 60 50 40
Years
0 5 10 15 20 25 30
Years

Organização tradicional dos serviços de saúde



alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Organização do Serviço Nacional de Saúde em 2010

Administração Central do Sistema de Saúde — ACSS

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

18.406 camas de agudos

795 camas oncológicas de agudos

Atenção Primária

ACES

68 Agrupamentos de Centros de Saúde organizados em 5 regiões

289 Unidades de Saúde Familiar

Cudados Secundários

Centros Hospitalares

Hospitais

Unidades Locais de Saúde

Centros Hospitalares: 21

Hospitais: 26

6

1.999 camas de agudos

Cuidados Terciários

Institutos de Oncologia

Institutos Oncológicos: 3

Hospitais Psiquiátricos

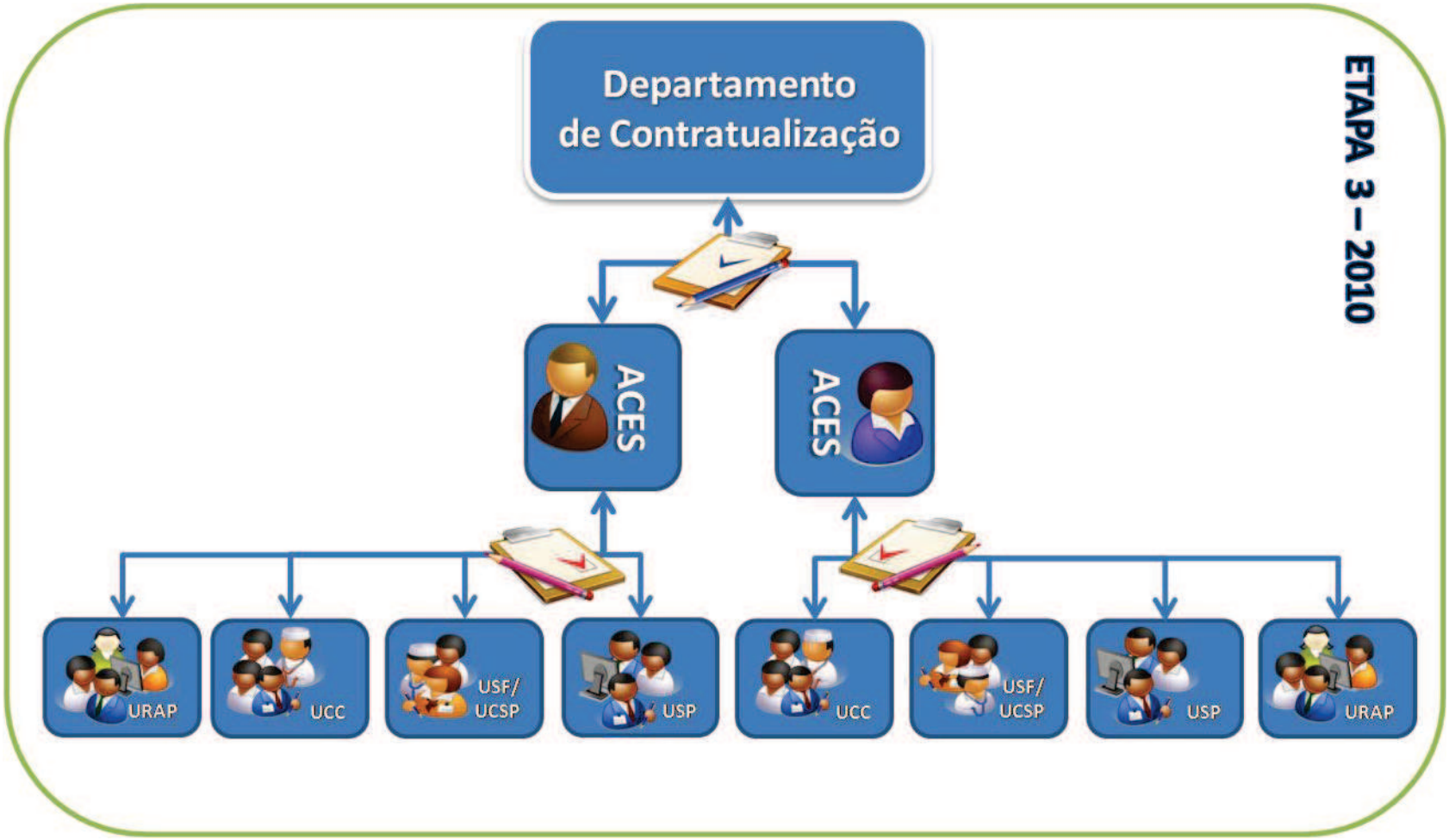
3

1.303 camas

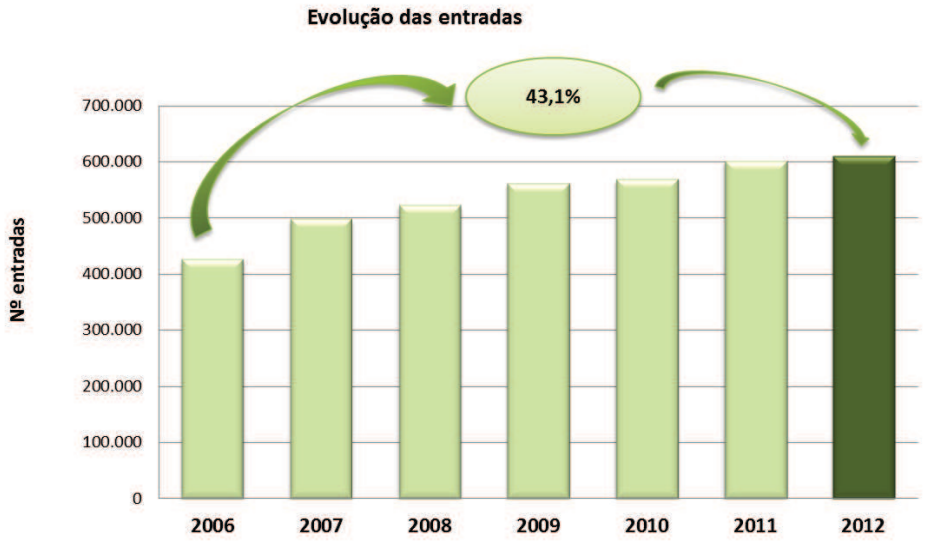
Cuidados Continuados (extra-hospitalares) 4.625 camas

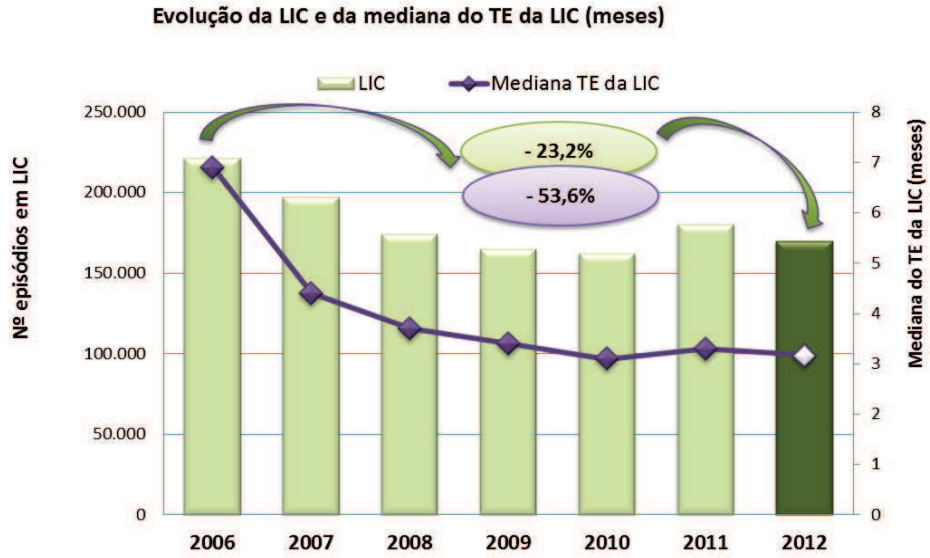
alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Contratualização entre a Administração Central/Regional e os prestadores de cuidados



alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt





alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Agenda

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Sistema Nacional de Saúde e o Serviço Nacional de Saúde
- Organização
- Parcerias Público Privadas no setor da saúde
- Financiamento
- Política do Medicamento
- Experiência portuguesa na contratação de médicos estrangeiros

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Datas chave

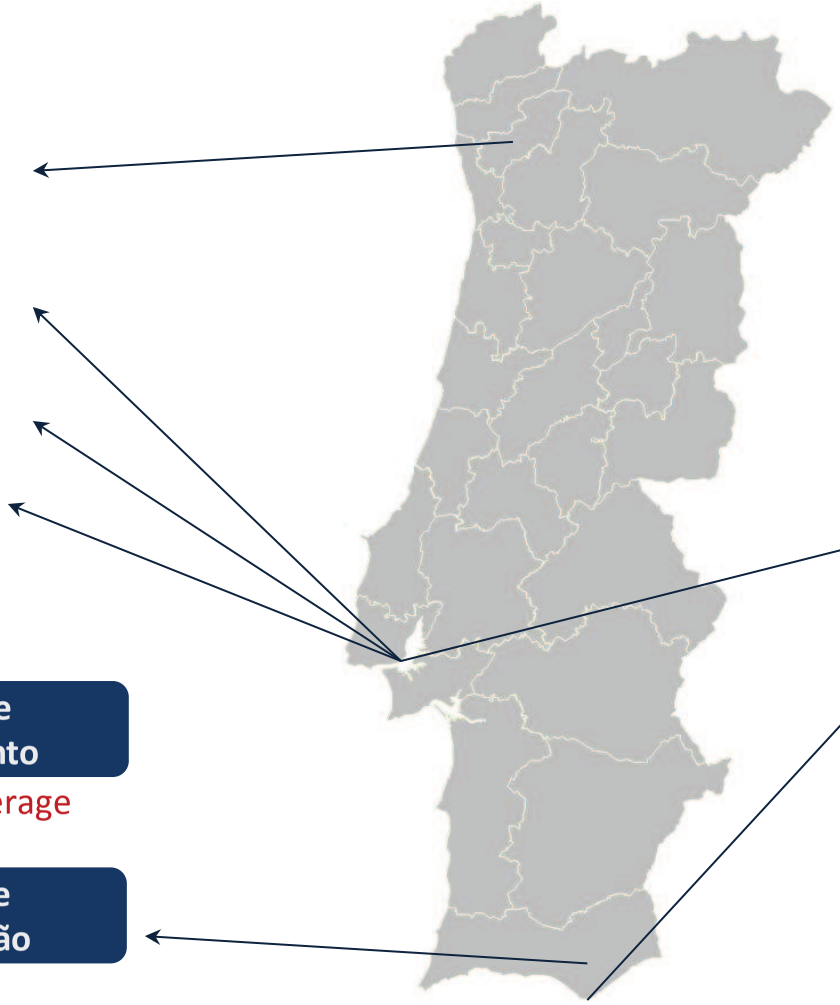
1996	Primeira experiência de de gestão privada de hospital público ocorreu no Hospital Amadora-Sintra (PPP de gestão clínica).
2001	Portugal lançou um programa de PPP para o setor da saúde com um total de 6 projetos. 4 projetos de construção e gestão clínica de novos hospitais, incluindo serviços clínicos, tendo sido lançados entre 2003 1 2007 (primeira vaga).
2003	Em 2003, iniciou-se a empresarialização dos hospitais públicos com o objetivo de aumentar a eficiência e qualidade dos serviços clínicos. O processo decorreu com a criação de empresas públicas com aumento da autonomia financeira e administrativa e introdução de contratos-programa em que os proveitos dependem essencialmente da produção de cada unidade.
2006/7	Reorganização das unidades hospitalares através da integração horizontal de hospitais (centros hospitalares) de forma a obter economias de escala e gama, e consequente redução de custos.
2008	A segunda vaga de PPP iniciou-se em 2008 com dois projetos lançados até ao momento, incluindo a contrução e gestão de serviços não clínicos.

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Projetos PPP no setor da saúde

Primeira vaga

- Hospital de Braga
- Hospital de Cascais
- Hospital de Loures
- Hospital de Vila Franca de Xira



Projetos em Concurso

Segunda Vaga

- Hospital Lisboa Oriental
- Hospital Central do Algarve (Faro)

SAÚDE 24 808 24 24 24

Centro de Atendimento

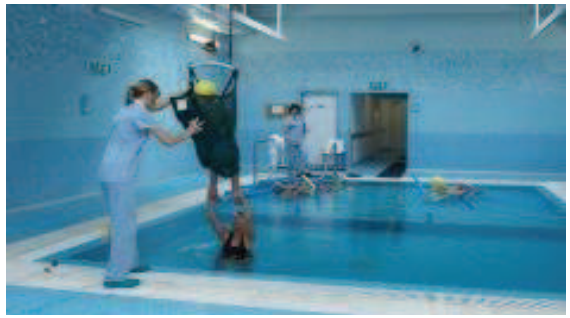
National coverage

Centro de Reabilitação

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Centro de Medicina Física e Reabilitação do Algarve

Em operação desde: Abril 2007



Adaptação e remodelação das instalações, gestão e manutenção, incluindo serviços clínicos.

CPC– 32 Milhões €

Duração do Contrato – 7 anos

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Projetos PPP no setor da saúde

Hospital de Cascais

Gestão do antigo hospital: JAN 2009

Abertura do novo hospital: FEB 2010

Substitui o antigo hospital

CPC infra-estrutural (30 anos) – 110 Milhões €

CPC Clínico (10 anos) – 270 Milhões €

Leitos: 280;

Blocos operatórios: 6;

Gabinetes de consulta: 33.

Área bruta de construção:

46 mil metros quadrados.

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Hospital de Braga

Gestão do antigo hospital: SET 2009

Abertura do novo hospital: MAI 2011

Substitui o antigo hospital

CPC Infra-estrutural (30 anos) – 150 Milhões €

CPC Clínico (10 anos) – 640 Milhões €

Leitos: 700;

Blocos operatórios: 12;

Gabinetes de consulta : 60.

Área bruta de construção :

102 mil metros quadrados.

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Hospital de Loures

Abertura do novo hospital : JAN 2012

Não substitui nenhum hospital;

CPC Infra-estrutural (30 anos) – 150 Milhões €

CPC Clínico (10 anos) – 440 Milhões €

Leitos: 420;

Blocos operatórios: 8;

Gabinetes de consulta: 45.

Área bruta de construção:

63 mil metros quadrados.

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Projetos PPP no setor da saúde

Hospital de
Vila Franca de Xira

Gestão do antigo hospital: JUN 2011

Abertura do novo hospital: MAR 2013

Substitui o antigo hospital

CPC Infras-estrutural (30 anos) – 130 Milhões €

CPC Clinico (10 anos) – 350 Milhões €

Leitos: 280;

Blocos operatórios: 9;

Gabinetes de consulta: 33.

Área bruta de construção

49 mil metros quadrados.

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Preparação do projeto

AVALIAÇÃO PRELIMINAR

Perfil do novo hospital e caracterização da população servida

Novo programa funcional do hospital

Estudo económico e financeiro incluindo o Custo Público Comparável

Preparação das especificações e procedimento concursal

Demonstação que o modelo PPP é mais vantajoso para o Estado que o modelo tradicional

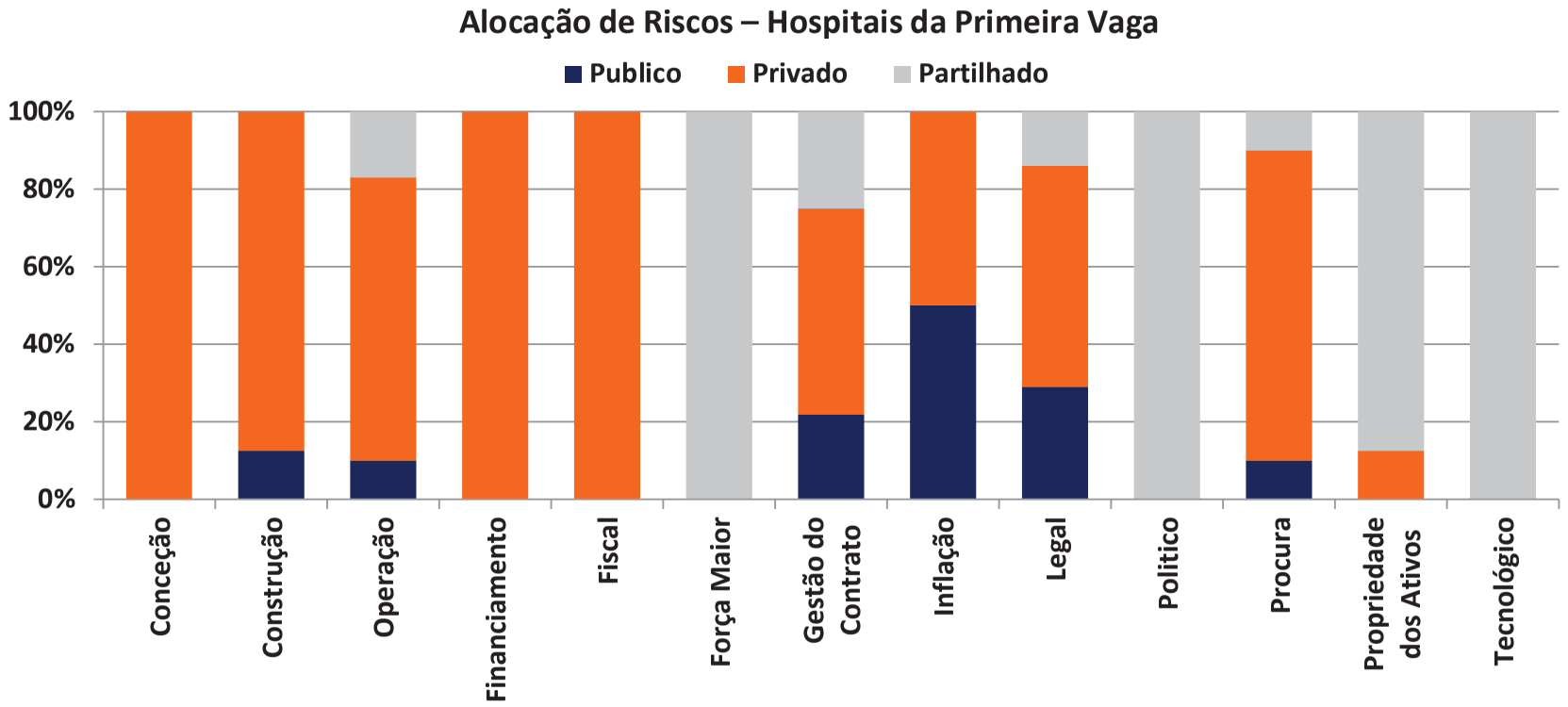
Ministério da Saúde e Ministério das Finanças

Lançamento do Concurso

Ordem do Ministro das Finanças e Ministro da Saúde

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Transferência de Risco



- A maioria dos riscos são transferidos para o parceiro privado. Contudo, existem algumas exceções uma vez que alguns riscos específicos não são controlados ou geridos pelo parceiro privado. A assunção de determinados riscos pelo parceiro privado, implicaria um prémio de risco mais elevado

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Nível de eficiência dos hospitais - custos operacionais

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Grupo	Instituições	Custos operacionais por doente padrão	Mais Eficiente do Grupo		Valor do mais eficiente do grupo
B	CH Médio Ave	2.775 €	🔴	1,14	
B	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	2.998 €	🔴	1,23	
B	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	3.264 €	🔴	1,34	**2.431 €**
B	HD Figueira da Foz	2.666 €	🟡	1,10	
B	**H Santa Maria Maior**	**2.431 €**	🟢	**1,00**	
C	CH Barreiro/Montijo	3.146 €	🔴	1,33	
C	CH Cova da Beira	2.997 €	🔴	1,27	
C	Hospital de Cascais, PPP	3.168 €	🔴	1,34	
C	CH Leiria-Pombal	2.614 €	🔴	1,11	
C	CH Setúbal	3.445 €	🔴	1,46	
C	CH Alto Ave	2.683 €	🔴	1,14	**2.360 €**
C	CH Baixo Vouga	2.899 €	🔴	1,23	
C	CH Barlavento Algarvio	3.498 €	🔴	1,48	
C	CH Entre Douro e Vouga	2.535 €	🟡	1,07	
C	CH Médio Tejo	3.220 €	🔴	1,36	
C	HD Santarém	2.884 €	🔴	1,22	
C	**CH Tâmega e Sousa**	**2.360 €**	🟢	**1,00**	
D	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	2.756 €	🔴	1,22	
D	CH Vila Nova de Gaia/Espinho	2.528 €	🔴	1,12	
D	**Hospital de Braga, PPP**	**2.251 €**	🟢	**1,00**	
D	Hospital de Faro	2.853 €	🔴	1,27	**2.251 €**
D	H Espírito Santo de Évora	3.152 €	🔴	1,40	
D	H Fernando da Fonseca	2.551 €	🔴	1,13	
D	H Garcia de Orta	2.562 €	🔴	1,14	
D	CH Tondela-Viseu	2.372 €	🟡	1,05	
E	CH Lisboa Central	2.955 €	🔴	1,13	
E	CH Lisboa Ocidental	2.680 €	🟡	1,03	
E	**CH São João**	**2.613 €**	🟢	**1,00**	**2.613 €**
E	CH Lisboa Norte	3.063 €	🔴	1,17	
E	CH Porto, EPE	2.765 €	🟡	1,06	
E	CH Universitário de Coimbra	3.014 €	🔴	1,15	
F	IPO Coimbra	2.479 €	🟡	1,00	
F	IPO Lisboa	2.641 €	🟡	1,07	**2.479 €**
F	**IPO Porto**	**2.479 €**	🟢	**1,00**	

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Percentagem de reinternamentos em 30 dias

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Grupo	Instituições	% reinternamentos em 30 dias	Mais Eficiente do Grupo		Valor do mais eficiente do grupo
B	CH Médio Ave	6,58%	1,00		6,58%
B	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	6,61%	1,00		
B	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	8,51%	1,29		
B	HD Figueira da Foz	7,82%	1,19		
B	H Santa Maria Maior	9,26%	1,41		
C	CH Barreiro/Montijo	6,70%	1,21		5,54%
C	CH Cova da Beira	10,72%	1,94		
C	Hospital de Cascais, PPP	5,54%	1,00		
C	CH Leiria-Pombal	8,57%	1,55		
C	CH Setúbal	7,54%	1,36		
C	CH Alto Ave	8,43%	1,52		
C	CH Baixo Vouga	8,26%	1,49		
C	CH Barlavento Algarvio	8,06%	1,46		
C	CH Entre Douro e Vouga	6,16%	1,11		
C	CH Médio Tejo	9,75%	1,76		
C	HD Santarém	10,31%	1,86		
C	CH Tâmega e Sousa	6,24%	1,13		
D	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	10,49%	2,08		5,04%
D	CH Vila Nova de Gaia/Espinho	8,01%	1,59		
D	Hospital de Braga, PPP	5,04%	1,00		
D	Hospital de Faro	7,88%	1,56		
D	H Espírito Santo de Évora	5,97%	1,19		
D	H Fernando da Fonseca	8,18%	1,62		
D	H Garcia de Orta	7,00%	1,39		
D	CH Tondela-Viseu	7,82%	1,55		
E	CH Lisboa Central	7,58%	1,02		7,42%
E	CH Lisboa Ocidental	7,82%	1,05		
E	CH São João	7,98%	1,08		
E	CH Lisboa Norte	10,57%	1,43		
E	CH Porto, EPE	7,42%	1,00		
E	CH Universitário de Coimbra	9,52%	1,28		
F	IPO Coimbra	8,75%	1,00		8,75%
F	IPO Lisboa	11,50%	1,31		
F	IPO Porto	13,18%	1,51		

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Agenda

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

- **Sistema Nacional de Saúde e o Serviço Nacional de Saúde**
  - Organização
  - Parcerias Público Privadas no setor da saúde
  - **Financiamento**
  - Regulação da Farmácia e do Medicamento
- Experiência portuguesa na contratação de médicos estrangeiros

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Perspetiva do Pagador/ Comprador

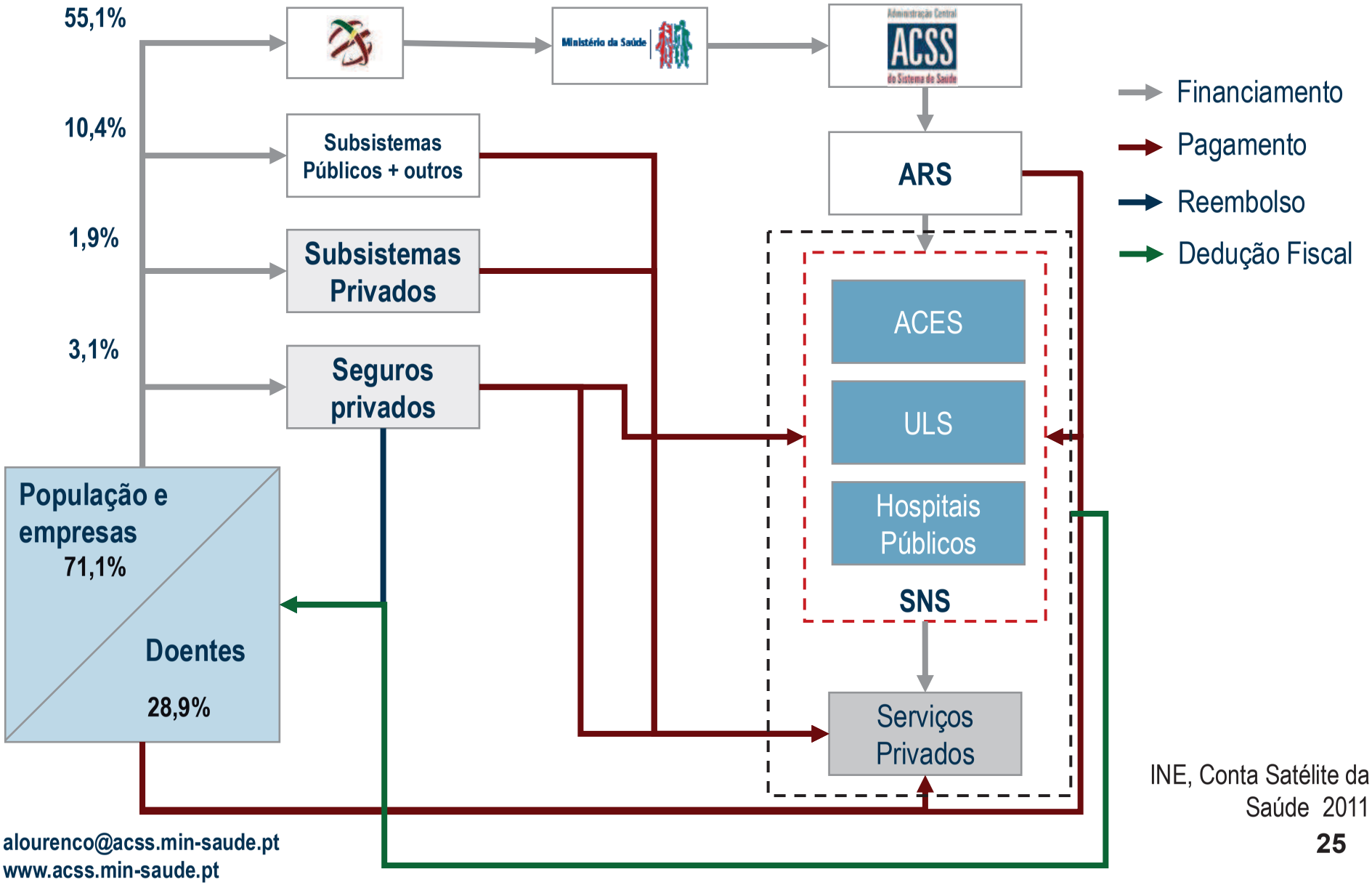
Perspetiva do Cidadão

Perspetiva Clínica

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Adaptado de Wallace P, 2004.

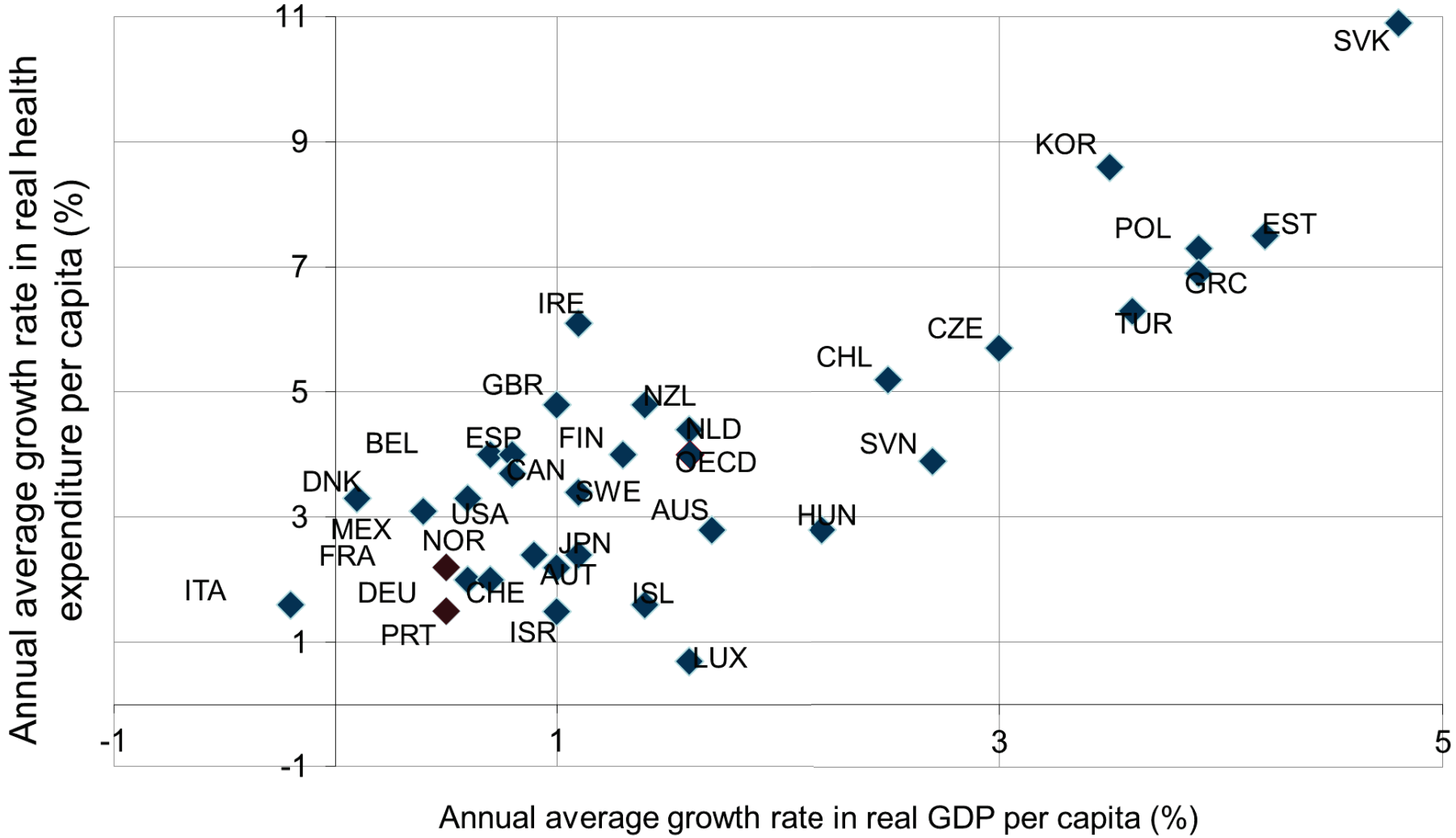
Fluxo financeiro do sistema de saúde



INE, Conta Satélite da Saúde 2011

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Crescimento anual da despesa em saúde e PIB per capita, 2000-2009 (ou ano mais recente)

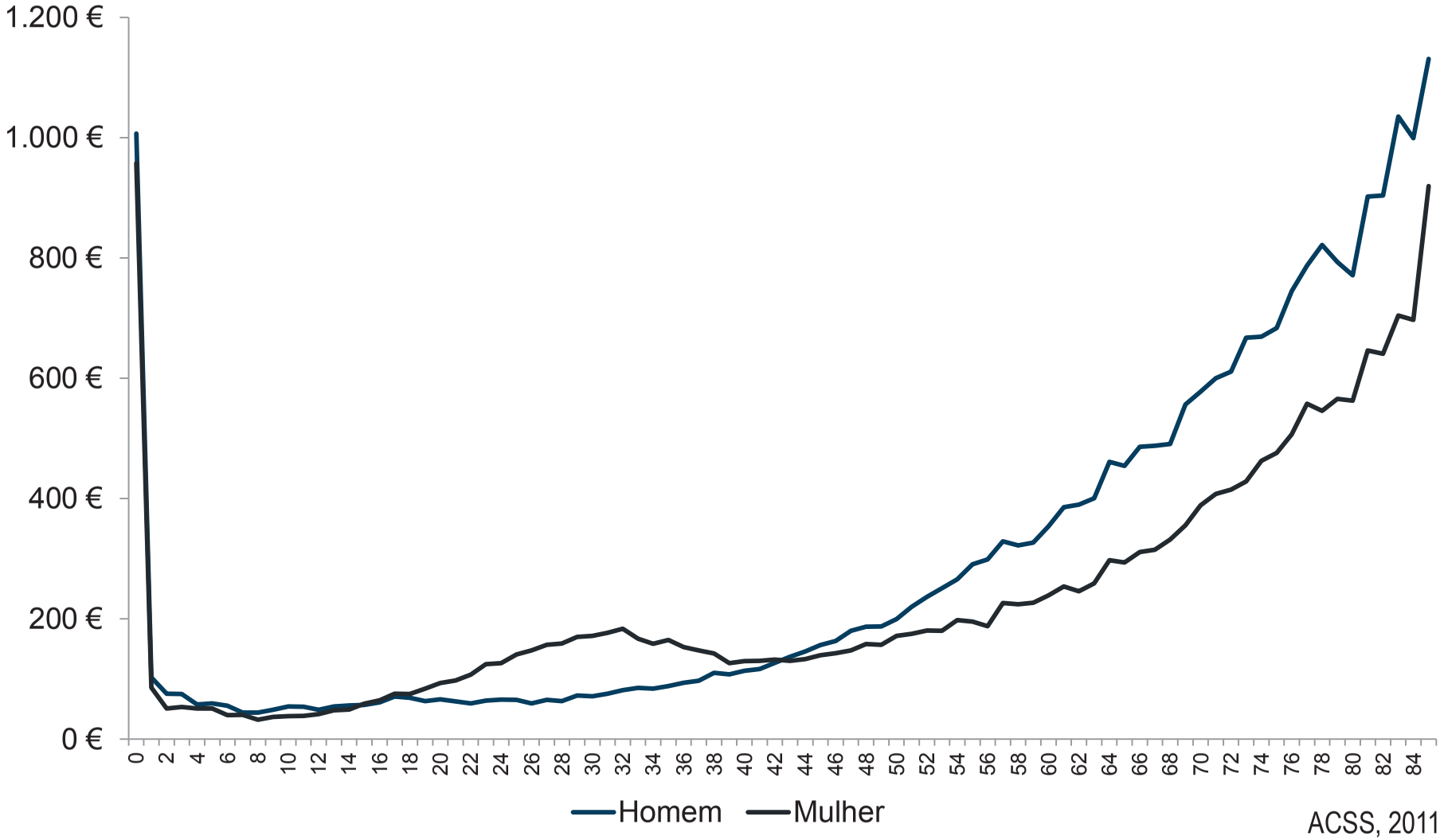


OECD Health Data 2011

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

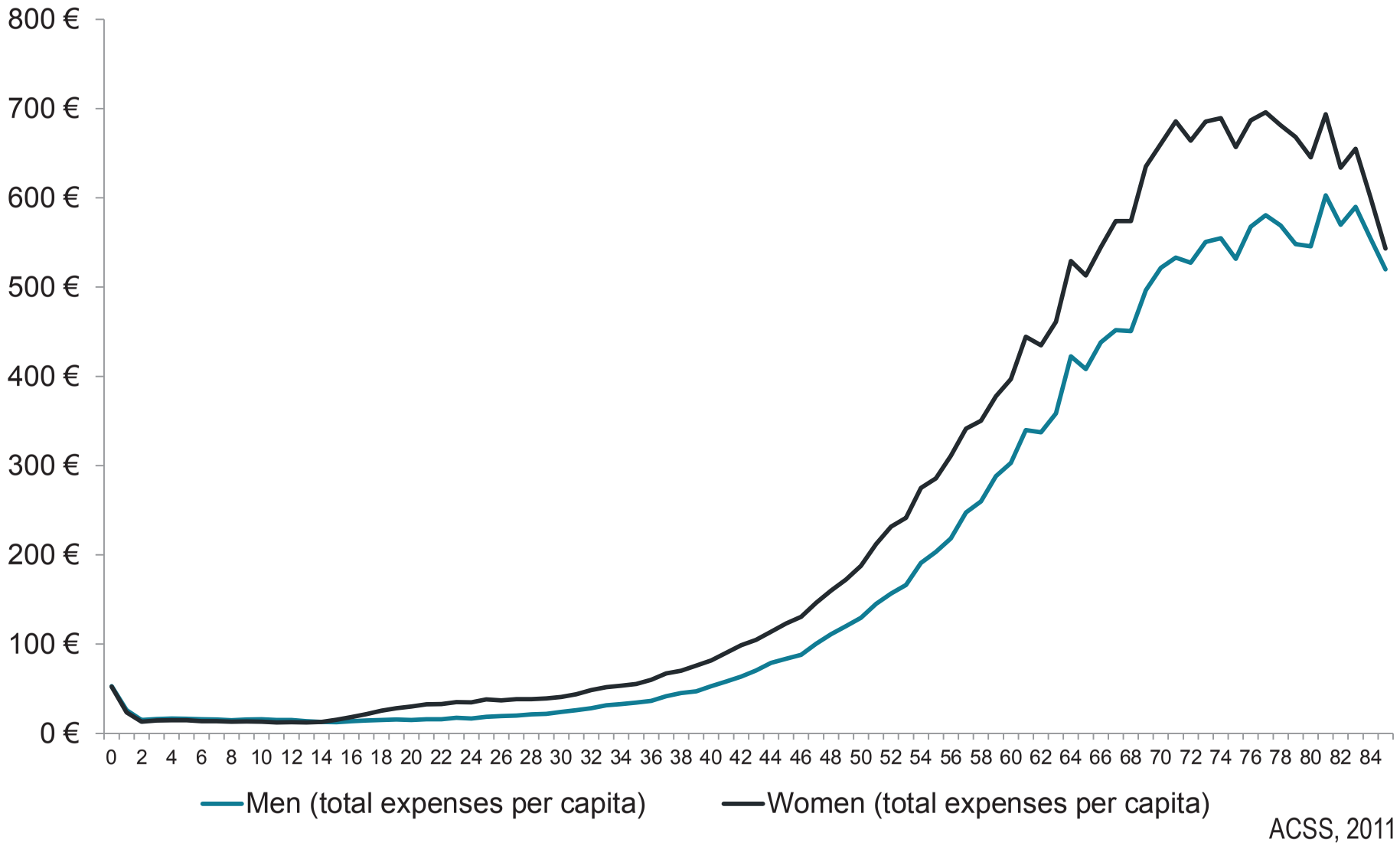
Despesa per capita por idade com internamentos em 2010



ACSS, 2011

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Despesa per capita por idade com medicamentos em 2010



ACSS, 2011

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Desafios ao sistema de saúde

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

O SISTEMA DE SAÚDE DEVE ASSEGURAR

- Planeamento de cuidados e gestão da doença crónica na comunidade
- Racionalização e especialização nos cuidados agudos
- Melhoria da experiência do cidadão pela gestão mais efectiva dos cuidados

A MUDANÇA NECESSITA DE ALAVANCAS

- mais informação clínica e melhor utilização das tecnologias
- Recursos humanos mais flexíveis e eficientes
- Reconfiguração dos cuidados agudos
- novos contratos (incentivos) à "deshospitalização", e alocação de recursos de base populacional.

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Evolução futura do SNS

Fortalecimento do Mercado Público Interno

através da Liberdade de Escolha Informada

Transição do modelo de pagamento por volume/ quantidade

Para modalidades de pagamento relacionadas com o perfil clínico (gestão da doença crónica) e qualidade assistencial

Definição precisa de Carteira de Serviços

Criação de Centros de Excelência Multidisciplinares

Respostas Integradas ao doente crónico

Melhoria da Qualidade e Acesso
Maior Eficiência

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Agenda

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

- **Sistema Nacional de Saúde e o Serviço Nacional de Saúde**
  - Organização
  - Parcerias Público Privadas no setor da saúde
  - Financiamento
  - **Regulação da Farmácia e do Medicamento**
- Experiência portuguesa na contratação de médicos estrangeiros

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

O Papel das Autoridades Nacionais

O objetivo geral de uma Autoridade Nacional Competente (ANC):

- É de assegurar que todos os medicamentos, vacinas, hemoderivados, medicamentos biológicos e dispositivos médicos têm elevados padrões de qualidade, segurança e eficácia e são acompanhados de informação adequada de forma a promover o seu uso racional.

OMS 2003

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

O papel das autoridades nacionais

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Principais responsabilidades das Agências (Europeias)

Ensaios Clínicos
Autorização
Farmacovigilância, vigilância
Licenciamento
Inspecção
Controlo da Qualidade
Comparticipação (HTA)
Aconselhamento científico
Controlo da publicidade
Informação ao doente e profissionais de saúde
Publicitação de decisões (Transparência)

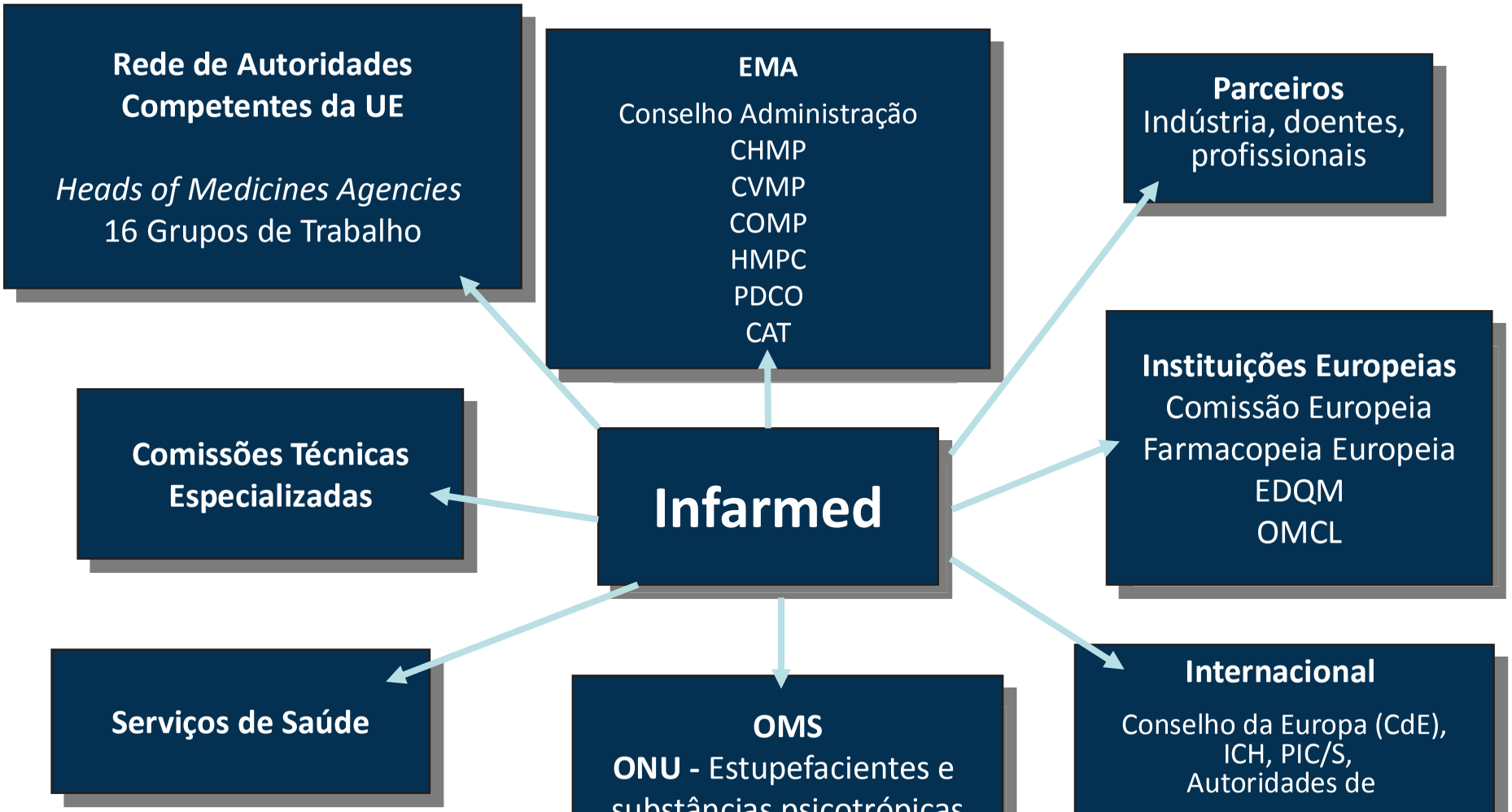
alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Infarmed, I.P.

- Criado em 1993 sob tutela do Ministério da Saúde
- Estatuto Legal :
  - Organismo central com jurisdição sobre todo o território nacional
  - Autonomia administrativa e financeira
  - Património próprio
- Conselho Directivo nomeado pelo Primeiro-Ministro sob proposta do Ministro da Saúde e Finanças

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

O INFARMED e o Sistema Europeu



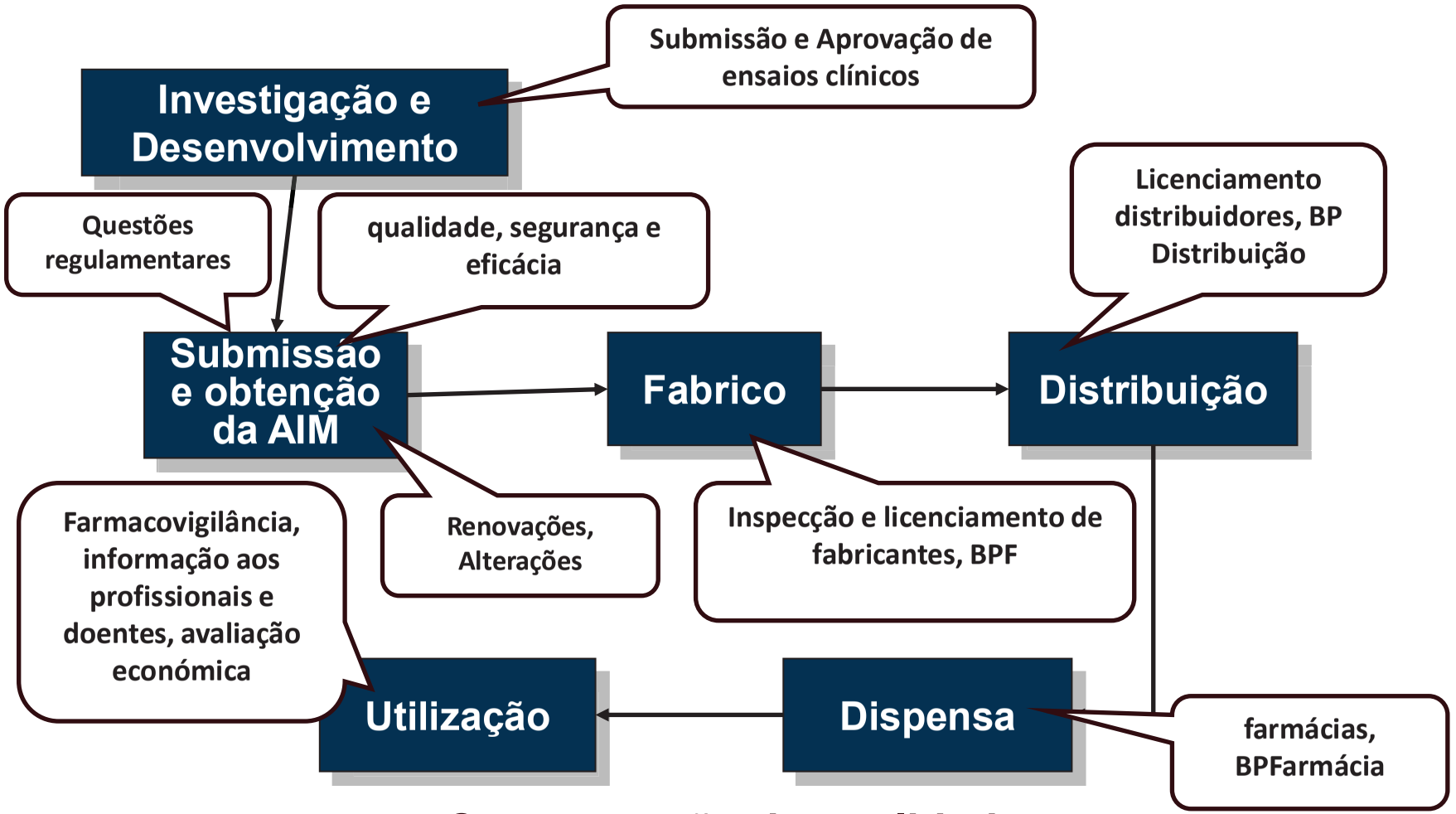
alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Atividades

- Autorização de Ensaios Clínicos
- Aconselhamento Cientifico
- Avaliação e Autorização de Medicamentos de Uso Humano
- Avaliação e registo de produtos de saúde
- Licenciamento de entidades
- Inspeção
- Farmacovigilância
- Vigilância de Dispositivos Médicos
- Comprovação da Qualidade
- Preço e Comparticipação / Avaliação de Tecnologias de Saúde
- Informação e Transparência

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Atividade de Regulação



Comprovação da qualidade

Aconselhamento Regulamentar e Científico

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Modelo de Financiamento

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

➢ Serviço Nacional de Saúde – Sistema universal, gratuito, cobre por defeito todos os habitantes que a este têm direito

➢ Subsistemas de Saúde – por opção do utente, este pode beneficiar de outros mecanismos de comparticipação (privados, seguradoras, etc.)

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Comparticipação de Medicamentos

- Hospitais: SNS é responsável pela totalidade da despesa com medicamentos dispensados ao utente

- Farmácias: SNS é responsável pela totalidade ou uma parte da despesa com medicamentos dispensados ao utente.
  No ato da dispensa, o reembolso é imediato e o utente só paga a parte do preço do medicamento pela qual é responsável

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Sistema de comparticipação do preço dos medicamentos

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Sistema de comparticipação do preço dos Medicamentos

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Avaliação Farmacoterapêutica

Valor Terapêutico Acrescentado

Avaliação Económica

Custo - Efetividade

Impacto Orçamental

INFORMAÇÃO
evidência para
fundamentar a decisão

Revisão / Reavaliação da Decisão

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

infarmed
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

20 anos de serviço público com valores e ética

Pesquisa

Página Inicial | Medicamentos Uso Humano | Dispositivos Médicos | Cosméticos | Licenciamento de Entidades | Monitorização do Mercado

Público

Profissionais de Saúde

Farmácias e Distribuidores

Indústria

Novidades

Benefícios pecuniários resultantes de Programas/Ações de Promoção
10/05/2013

Nota de Imprensa - Cartões de Desconto
10/05/2013

Caducidade das comparticipações (abril de 2013) - lista definitiva
10/05/2013

Biosimilar Medicinal Products: a consensus information document
10/05/2013

Alertas

MED Modificadores do sistema renina-angiotensina - Início da revisão
20/05/2013

MED Protelos e Osseor - início da revisão
20/05/2013

MED Recolha voluntária de lotes do medicamento Omeprazol Wynn 20mg cápsulas gastroresistentes
16/05/2013

DM Esclarecimentos sobre o Despacho nº 5456-B/2013, de 23 de abril - Circular elaborada conjuntamente com a ACSS e a SPMS
14/05/2013

Agenda

Sistema Nacional de Saúde e o Serviço Nacional de Saúde

Organização

Parcerias Público Privadas no setor da saúde

Financiamento

Política do Medicamento

Experiência portuguesa na contratação de médicos estrangeiros

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Médicos estrangeiros a exercer funções no SNS 2011

- 24.074 médicos
  - 2,4 médicos por mil habitantes

- 1.677 médicos estrangeiros
  - 7,0% do total de médicos do SNS

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Médicos estrangeiros a exercer funções no SNS 2011

Administração Central ACSS do Sistema de Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Espanha	655	39,1%
Outros Países de Expressão Portuguesa	281	16,8%
Brasil	169	10,1%
Outros Países da América Latina	157	9,4%
Ucrânia	124	7,4%
Outros Países da União Europeia	124	7,4%
Outros Países da antiga URSS	119	7,1%
Outros	48	2,9%
	1677	100,0%

alourenco@acss.min-saude.pt
www.acss.min-saude.pt

Alexandre Lourenço
alourenco@acss.min-saude.pt

Tel. 21 792 55 22
Fax. 21 792 55 23

Ministerio de Salud

Subsecretaria de Redes

Dr Luis Castillo Fuenzalida

Gobierno de Chile

Agosto 2013

Tabla de Contenidos

- Antecedentes generales del sistema de salud chileno.
- Concepto e implicancias de los modelos de financiamiento en salud.
- Estructura del sistema de salud chileno y modelo de financiamiento.
- Desafíos para el sistema de salud chileno.

Antecedentes generales del sistema de salud chileno

Antecedentes Generales
Sistema de Salud Chileno

Indicadores	1990	2000	2009	
Población	13.178.782	15.397.784	17.094.270*	↑
Población mayor 65 años (%)	6,1	7,2	9,0*	↑
Población menor 15 años (%)	29,9	27,8	22,3*	↓
Esperanza de vida al nacer (años)	74	77	79	↑
Tasa mortalidad infantil (c/mil nacidos vivos)	18,3	9,0	7,0	↓
PIB (MM US$)	31.559	75.211	163.669	↑
PIB per cápita (US$)	2.393	4.878	9.644	↑
Gasto en salud (% PIB)	5,3 **	6,6	8,2	↑
Gasto en salud per cápita (US$)	264 **	324	787	↑
Gasto en salud sector Público (%)	48,2 **	52,1	46,8	↑↓
Salud (% presupuesto público total)	---	12,3	14,8	↑
Afiliados FONASA (%)	73,1	65,6	73,5	↓↑
Afiliados ISAPRE (%)	15,9	20,0	16,3	↑

Nota: La tasa de crecimiento natural de la población es de 8,59 (por mil) para el quinquenio 2010-2015.
(*) Datos de 2010
(**) Datos de 1995

Chile, América Latina y OCDE
Indicadores Comparados, 2009

Indicadores	LA y Caribe	Chile	OCDE
Población mayor 65 años (%)	6,8	9,0	14,4
Población menor 15 años (%)	28,1	22,3	18,7
PIB per cápita (US$)	7.260	9.644	33.668
Gasto en salud (% PIB)	7,7	8,2	11,9
Gasto en salud per cápita (US$)	545	787	3.977
Gasto en salud sector Público (%)	51,7	46,8	62,4
Esperanza de vida al nacer (años)	74	79	79
Tasa de mortalidad infantil (c/1000 nacidos vivos)	18,9	7,0	7,4

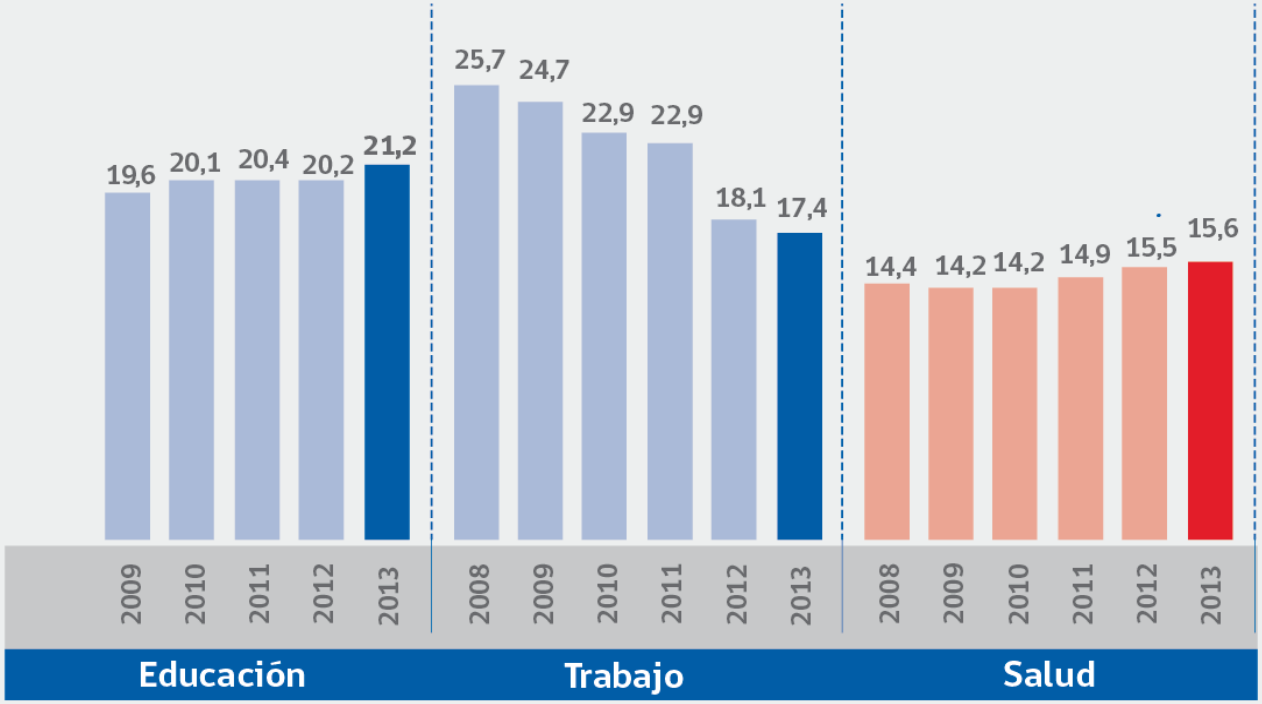
Fuente: Banco Mundial

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

EVOLUCIÓN PRESUPUESTO SOBRE GASTO FISCAL

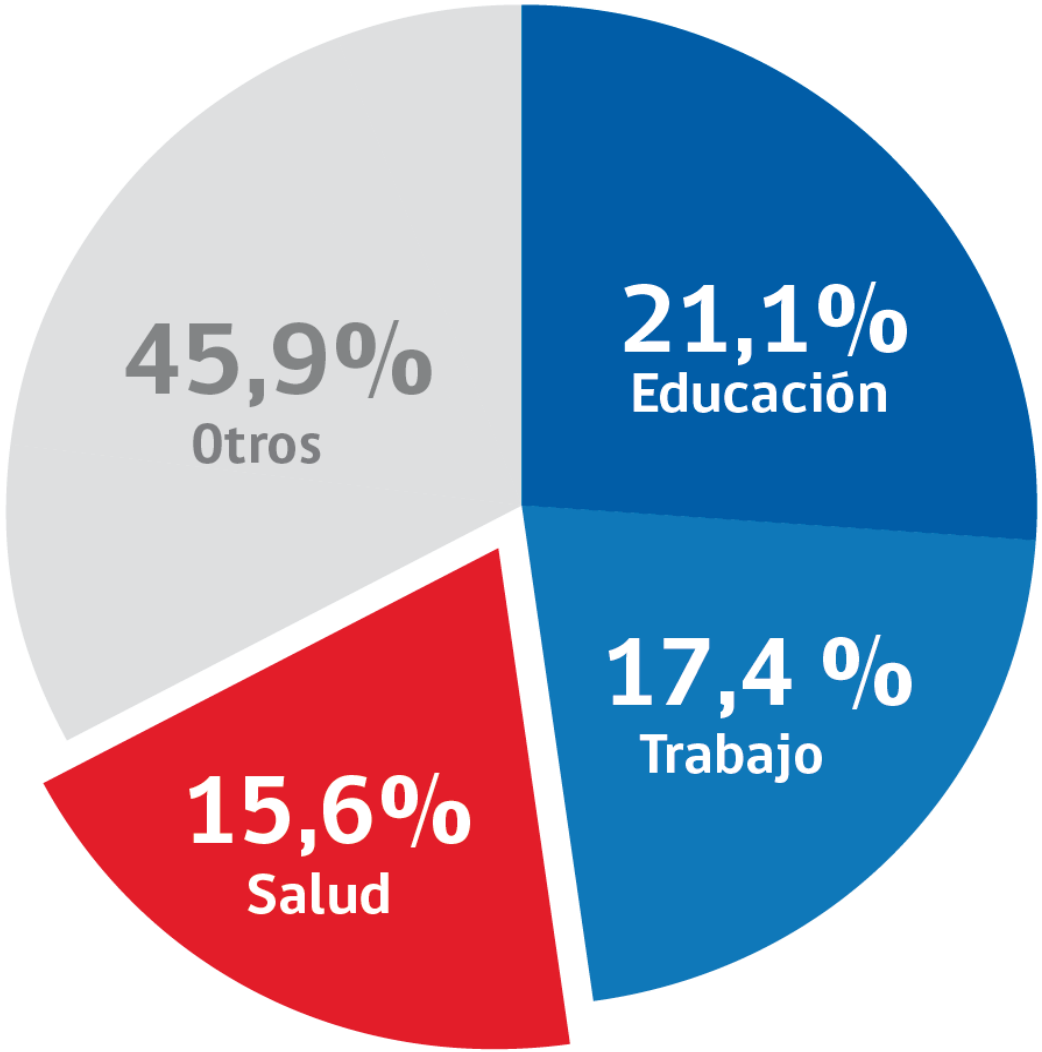
Como porcentaje de cada año



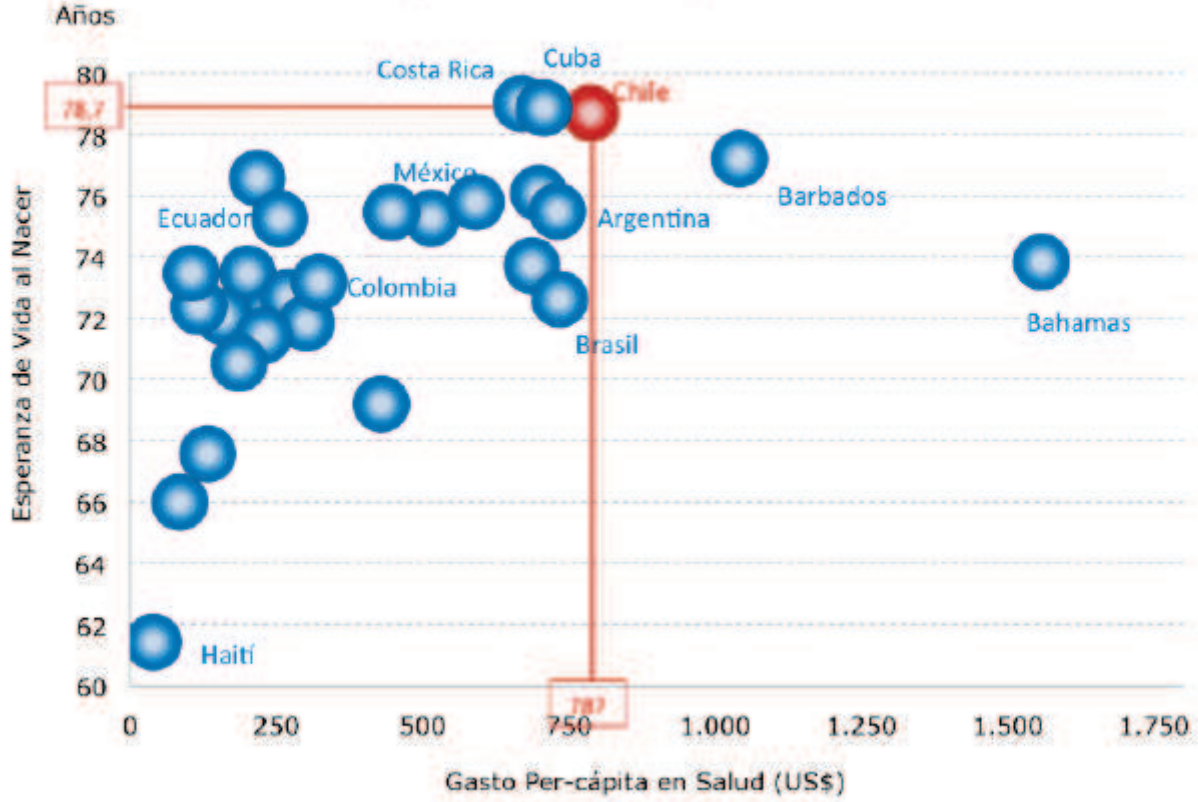
Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

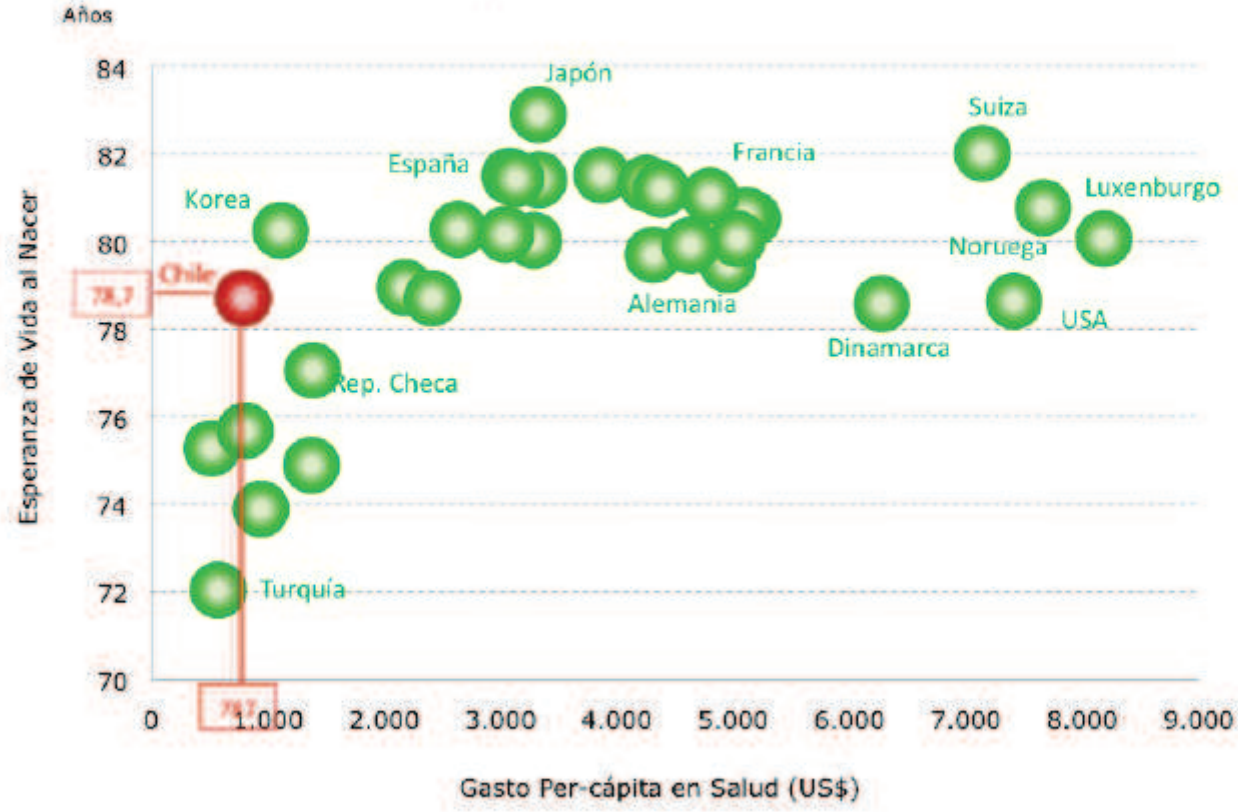
MINISTERIOS QUE CONCENTRAN EL PRESUPUESTO 2013



Esperanza de Vida en Función del Gasto Per cápita en Salud, **América Latina y el Caribe, 2009**



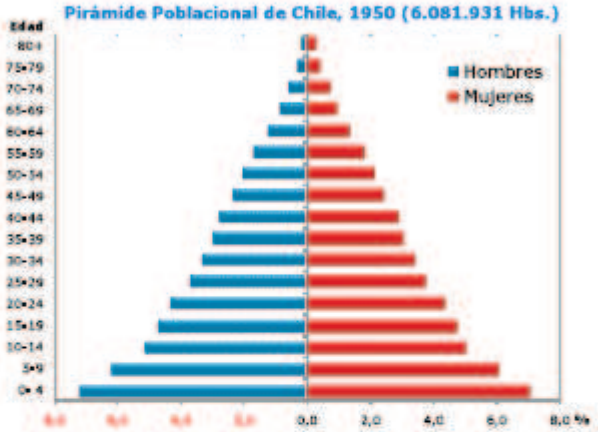
Esperanza de Vida en Función del Gasto Per cápita en Salud, **Países de la OCDE, 2009**

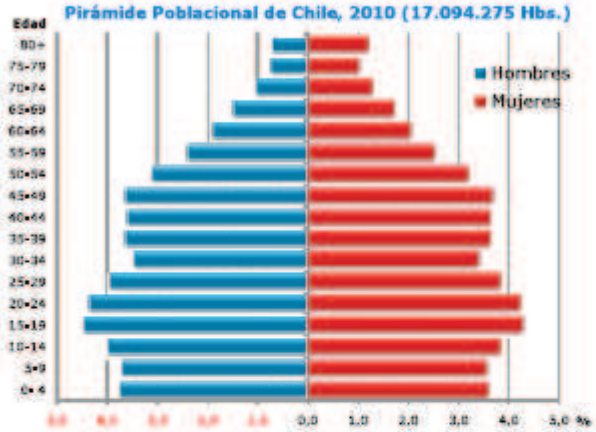


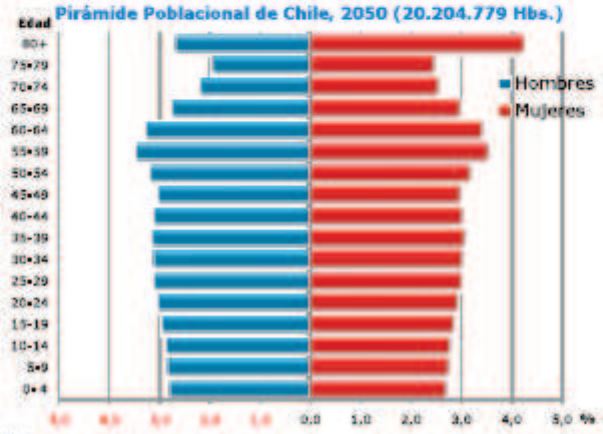
Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

7

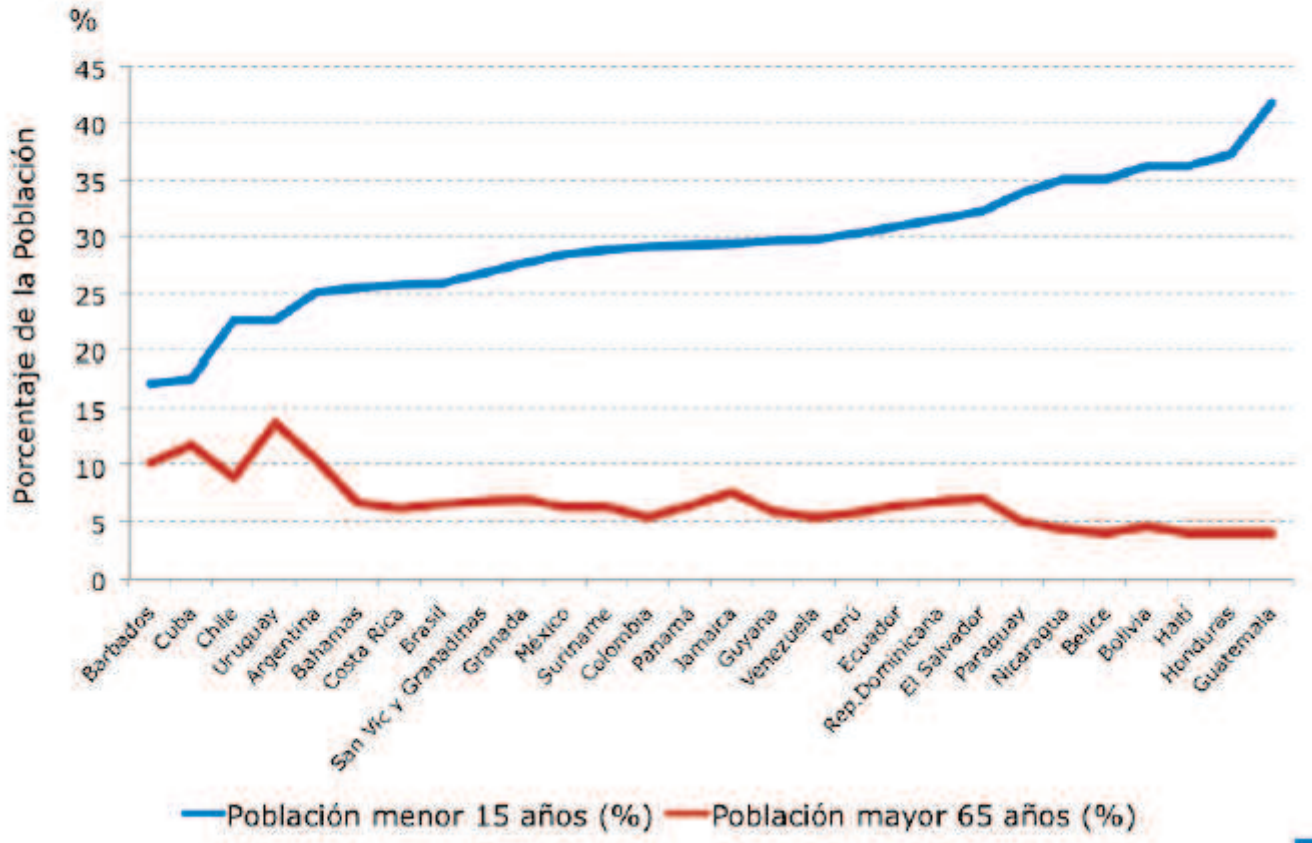
Población de Chile
Cambios en el Perfil Demográfico



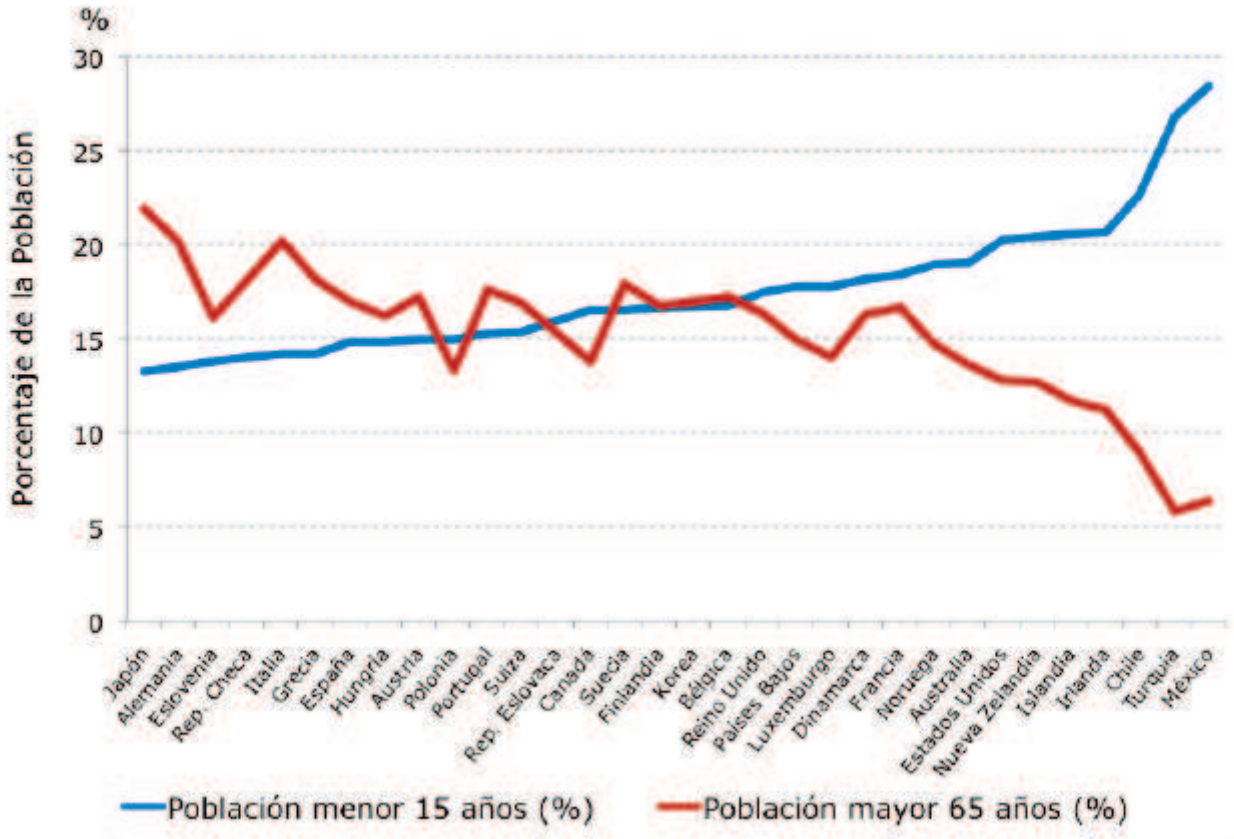




Población menor de 15 años y mayor de 65 años
América Latina y el Caribe, 2009



Población menor de 15 años y mayor de 65 años
Países de la OCDE, 2009



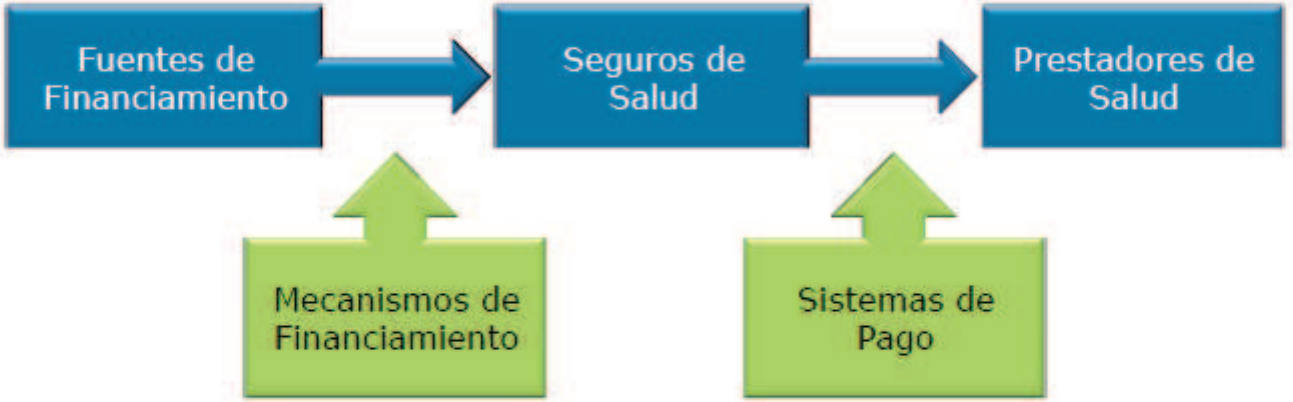
Conceptos, implicancias y modelos de financiamiento de salud

El Financiamiento de la Salud
Definición

"Función de un sistema de salud relacionada con la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de salud de las personas, individual o colectivamente, en el sistema de salud". (OMS, 2000)

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.

El Financiamiento de la Salud
Esquema de Flujos Financieros



- Impuestos generales
- Contribuciones a la seguridad social (cotizaciones)
- Seguros privados (primas de prepago)
- Gastos de bolsillo (copagos)

- Presupuesto por ítem
- Presupuesto histórico
- Presupuesto per cápita
- Pago por prestaciones
- Pago por diagnóstico (PAD,GRD)
- Pago por estado de salud de la población asignada

El Financiamiento de la Salud
Implicancias

El modelo de financiamiento influye sobre el desempeño del sistema de salud

Acceso

Dar cobertura de salud a toda la población

- Contribución en función de las capacidades de pago: subsidios
- Compensación de las desigualdades: redistribución por riesgo

Equidad

Dar acceso a los mismos servicios y con igual calidad

- Equidad en el acceso a los servicios: plan universal
- Equidad en la calidad de los servicios: complementariedad público-privada

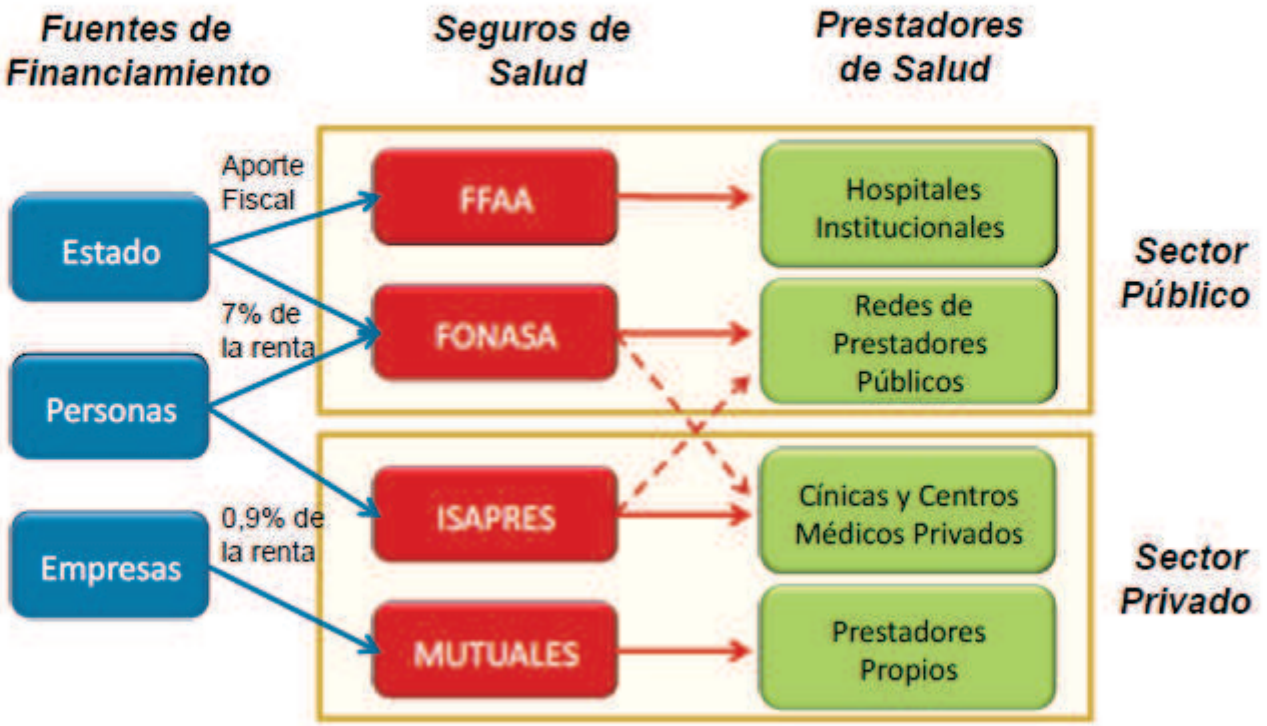
Eficiencia

Combinar calidad, contención de costos y buen servicio

- Eficiencia en la asignación de recursos: prestaciones más costo-efectivas
- Eficiencia técnica: modelo de atención

Estructura del sistema de salud chileno y modelo de financiamiento

Sistema de Salud Chileno
Actores del Sistema



Sistema de Salud Chileno
Modelo de Financiamiento Actual

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

17

Sistema de Salud Chileno
Seguro Público: Fonasa

Plan Estándar Financiado con el 7% del Ingreso Imponible

Grupo D
Cotizantes con Ingresos superiores a $251.120 (US$ 540), con más de 3 cargas pasan a Grupo C
20% de copago en MAI

Grupo C
Cotizantes con Ingresos entre $ 265.720 y $182.000, con más de 3 cargas pasan al grupo B
10% de copago en MAI

Grupo B
Cotizantes con ingresos inferiores a $182.000 (US$ 391)
Atención Gratuita en MAI

Grupo A
Carentes de Recursos o Indigentes
Atención Gratuita en MAI sin acceso a MLE

Fuente: Fonasa. Datos vigentes a partir del 14 de julio de 2011. USD = $465

Sistema de Salud Chileno
Seguros Privados: Isapres

Más de 12.000 planes comercializados por 13 Isapres

Precio 3
Beneficios Adicionales de Isapre (BA)
Precio depende del tipo de beneficio ofrecido

+

Precio 2
Plan Complementario de Salud (PCS)
Precio según riesgo individual
(Precio Base x Factores de Riesgo)

+

Precio 1
Plan Auge (GES)
Precio único por isapre
Independiente del Riesgo Individual

Sistema de Salud Chileno
Plan Garantizado de Salud GES/AUGE

AU = **A**cceso **U**niversal: porque beneficia a toda la población afiliada al Fonasa y las Isapres

GE = **G**arantías **E**xplícitas: porque están escritas y son exigibles por todos los afiliados con diagnósticos garantizados

¿CUÁLES SON LAS GARANTÍAS?

ACCESO
Obligación del Fonasa y las Isapres de asegurar la entrega de las prestaciones garantizadas a todos sus beneficiarios.

OPORTUNIDAD
Plazo máximo para la entrega de las prestaciones de salud garantizadas. Plazo fijado en horas, días o meses, según la prestación.

CALIDAD
Las prestaciones garantizadas deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud.

PROTECCIÓN FINANCIERA
El pago que debe efectuar el afiliado por las prestaciones garantizadas está indexado a un arancel fijado por Decreto Supremo (0% a 20%).

Sistema de Salud Chileno
Plan Garantizado de Salud GES/AUGE

Sistema de Priorización

Problemas Priorizados	Intervenciones Garantizadas	Factibilidad del Plan
✓ Lo más frecuente ✓ Lo más grave ✓ Lo más caro ✓ Lo que daña más la calidad de vida	✓ Efectivas ✓ Promoción ✓ Prevención ✓ Curación ✓ Rehabilitación	✓ Capacidad de oferta del país ✓ Recursos disponibles

Implementación Gradual

80 enfermedades garantizadas

El AUGE es un mecanismo fijado por Ley para priorizar garantías en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas que representan el mayor impacto de salud en la ciudadanía.

9.500.000

beneficiados

60%

de la carga de enfermedades que sufren los chilenos

Garantías del AUGE

El AUGE establece para cada problema de salud garantías explícitas, que constituyen derechos para los asegurados:

Garantía de Acceso:	Recibir las atenciones definidas para cada enfermedad.
Garantía de Oportunidad:	Dentro de los plazos máximos.
Garantía de Protección Financiera:	Cancelar solo el copago: cero para los afiliados de Fonasa A y B; 10% el grupo C y 20% el grupo D y afiliados de Isapres.
Garantía de Calidad:	Cumplimiento de los estándares de calidad.

Requisitos para acceder a las Garantías

1. **Ser beneficiario** de Fonasa o Isapre.

2. La enfermedad o el problema de salud que le **afecte debe estar incluido en el AUGE 80.**

3. **Cumplir** con las condiciones especiales de edad, estado de salud u otras, definidas para cada patología del AUGE 80.

4. **Atenderse en la Red de Prestadores** que determine Fonasa o su Isapre según corresponda.

Estudio de Costo Esperado

- Se analizaron 80 problemas de salud
  - 69 PS vigentes + 11 PS en evaluación
- El costo esperado por beneficiario es de:
  - FONASA: $83.885 (3,68 UF)
  - ISAPRE: $85.405 (3,74 UF)
  - AMBOS: $84.169 (3,69 UF)

Costo AUGE por beneficiario, FONASA e ISAPRE, 2010 y 2013

EVC	FONASA	ISAPRE	AMBAS
2009	3,72	4,36	3,83
2012	3,68	3,74	3,69

Marco presupuestario para Auge 80 por beneficiario

3,72 UF anuales

equivale a

$7.070 mensuales

Presupuesto asignado al AUGE

Aumento **$92 mil millones**

$60 mil millones
Por las **nuevas patologías**

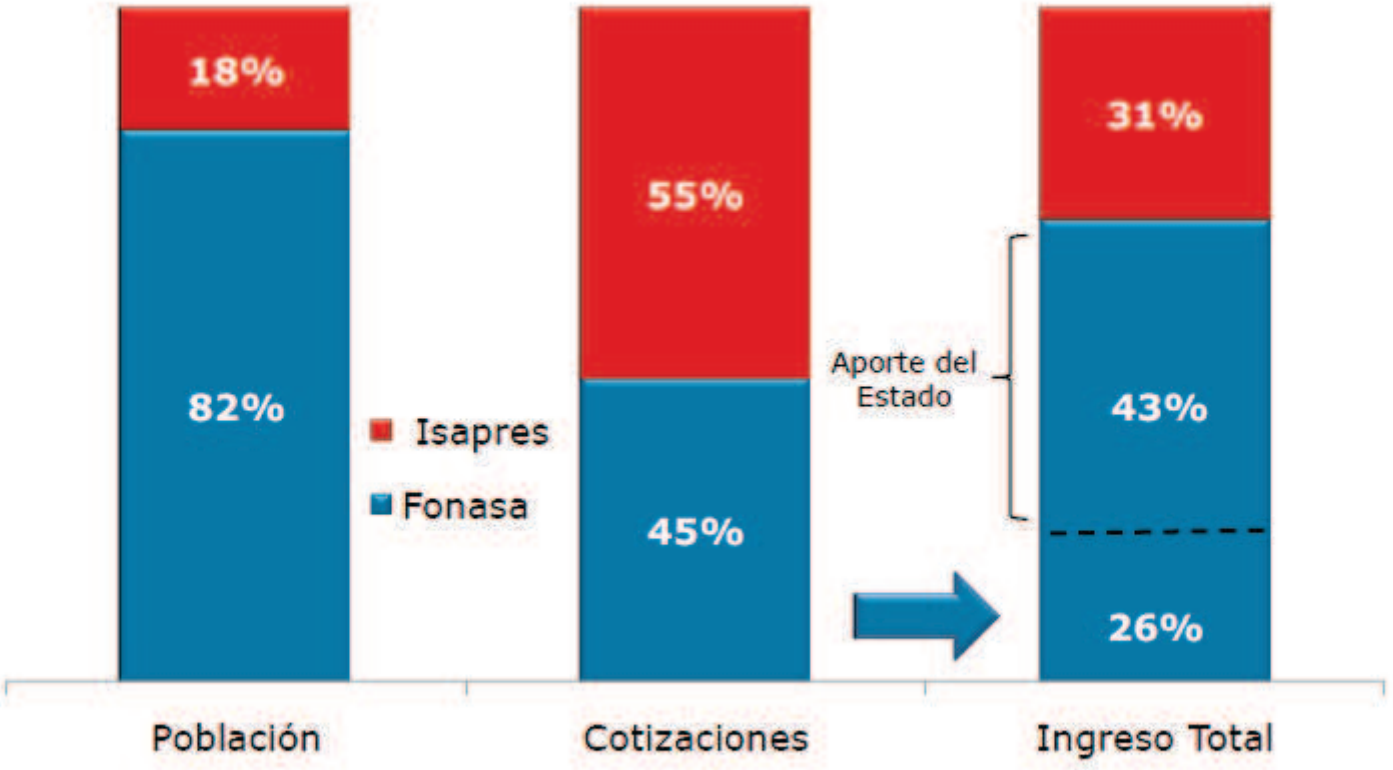
$32 mil millones
Por **aumento de población**

Nuevas enfermedades incluidas a partir del 1º de julio 2013

11 Nuevas enfermedades

70. Cáncer Colorectal
71. Cáncer de Ovario Epitelial
72. Cáncer de Vejiga
73. Osteosarcoma (cáncer de huesos)
74. Tratamiento Quirúrgico de lesiones de la Válvula Aórtica
75. Trastorno Bipolar
76. Hipotiroidismo
77. Tratamiento de Hipoacusia Moderada en menores de 2 años
78. Lupus Eritematoso Sistémico
79. Tratamiento Quirúrgico de Lesiones de las Válvulas Mitral y Tricúspide
80. Tratamiento para la prevención de Úlcera y Cáncer Gástrico

Distribución del Ingreso de Salud
Fonasa e Isapres, 2009

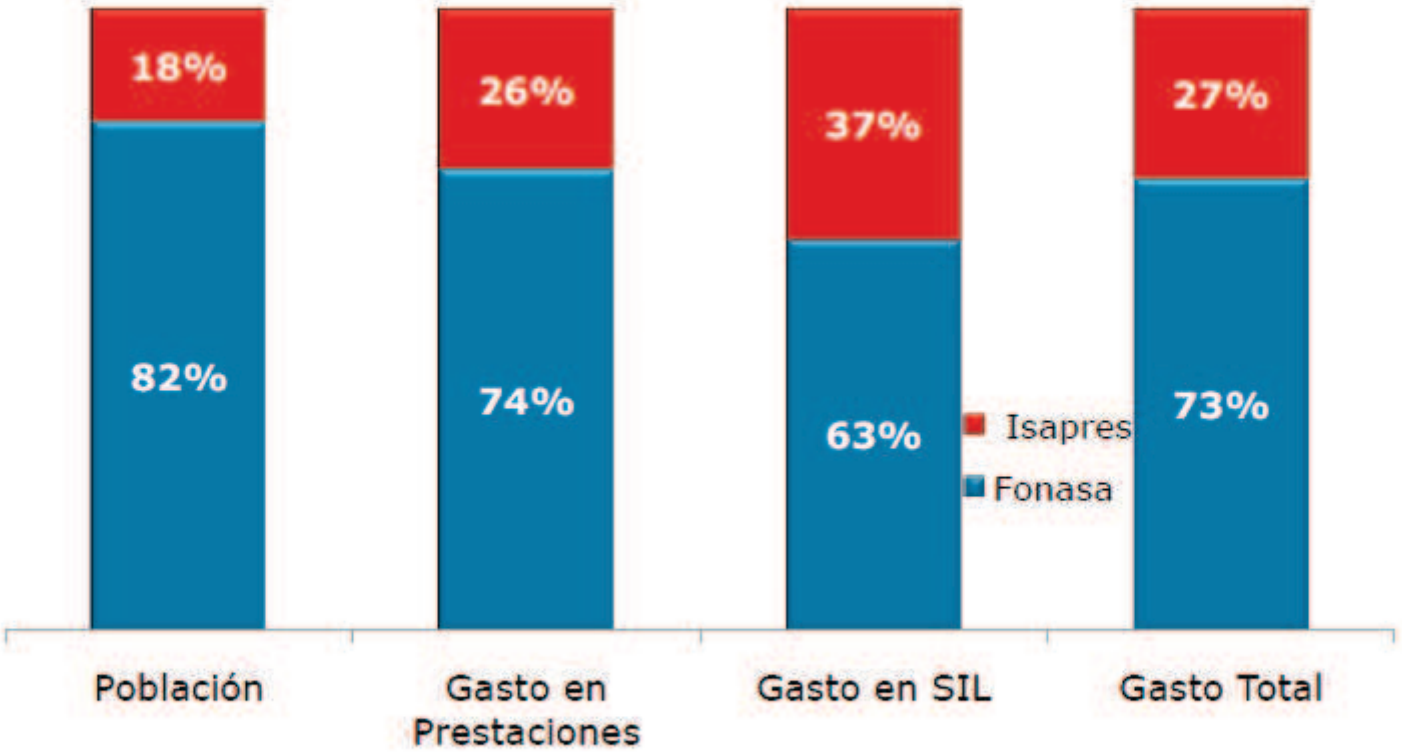


Nota: Cifras expresadas en moneda de diciembre de 2009. USD = $ 465

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

24

Distribución del Gasto en Salud
Fonasa e Isapres, 2009



Nota: Cifras expresadas en moneda de diciembre de 2009. USD = $ 465

Gobierno de Chile | Superintendencia de Salud

25

Desafíos para el sistema de salud chileno

Financiamiento de la Salud en Chile
Desafío Social

- En los últimos años se produce gran presión social para establecer un sistema de financiamiento más equitativo en el sistema privado de salud, que se manifiesta en un incremento sostenido de la judicialización de las adecuaciones de precios notificadas por las isapres.
- Así, en agosto de 2010, el Tribunal Constitucional determina que debe existir mayor solidaridad etaria y de género en el financiamiento de los planes de salud privados y declara inconstitucional la aplicación de las tablas de factores de riesgo para la determinación de los precios de los planes de las isapres.

Financiamiento de la Salud en Chile
Temas Pendientes

Acceso

- El derecho a la libertad de elección entre subsistemas se restringe al sector de la población que pueden financiar los planes de salud del subsistema privado.
- La proliferación de seguros complementarios de salud sin regulación ni fiscalización atenta contra los intereses de los beneficiarios.

Equidad

- Precios según riesgo en el subsistema privado generan segmentación y se perciben como discriminatorios para grupos más vulnerables como mujeres en edad fértil y tercera edad.
- Las GES constituyen una proporción muy baja de los ingresos operacionales de las isapres y por ende, el efecto del Fondo de Compensación es limitado para generar los cambios deseados.

Eficiencia

- Costos crecientes: por renovación tecnológica, cambios en el perfil epidemiológico por envejecimiento de la población y cambios de hábitos.
- Incremento en los costos por mayor uso de licencias médicas.
- Tiempos de espera en el sector público por falta de recursos e inadecuada gestión de las redes públicas.

Financiamiento de la Salud en Chile
Opciones para su Perfeccionamiento

Acceso

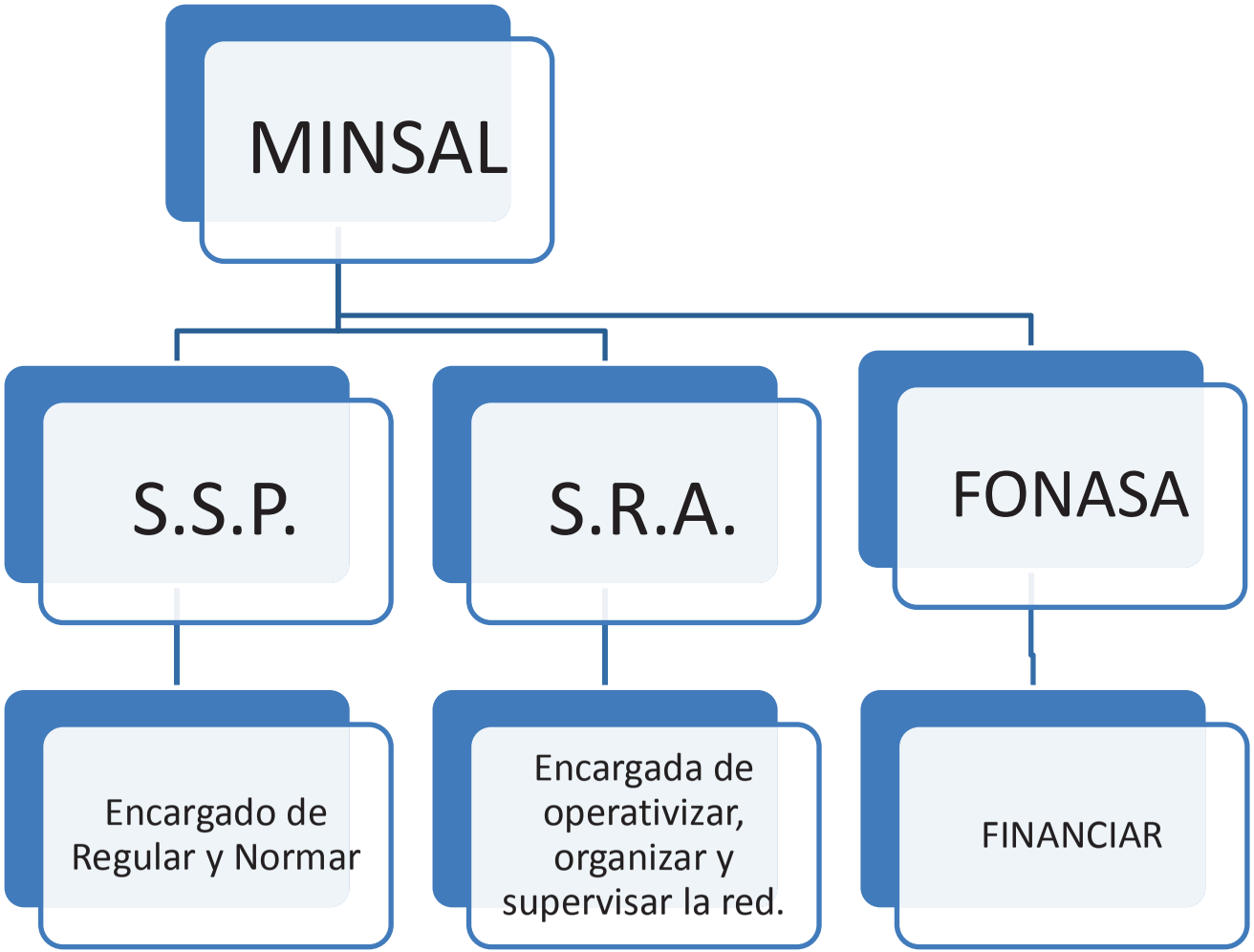
- Dar libertad de elección entre subsistemas, evaluando la pertinencia de establecer algún tipo de subsidio a la demanda por salud.
- Regular la entrega de los seguros complementarios para introducir transparencia, mejor información y competencia en este mercado.

Equidad

- Establecer un plan de salud universal, que fije el nivel de salud deseado para toda la población, partiendo con la definición de un Plan Garantizado en Isapres superior a las GES.
- Evaluar un sistema de financiamiento más solidario a nivel global, apoyado por un modelo redistributivo y con ajuste de riesgos.

Eficiencia

- Evaluar la responsabilidad en el financiamiento (individual, tripartito, bipartito) y la suficiencia de la cotización del 7% y su tope máximo.
- Establecer nuevos mecanismos de pago a prestadores que generen incentivos para la contención de costos sin descuidar la calidad.
- Se avanza en la revisión de costos y en el uso de GRD para pagos en los 40 Hospitales Públicos de mayor complejidad.


MINSAL
S.S.P.
S.R.A.
FONASA
Encargado de Regular y Normar
Encargada de operativizar, organizar y supervisar la red.
FINANCIAR

29 *Servicios de Salud en el País*

Arica
Iquique
Antofagasta
Atacama
Coquimbo
Valparaíso – San Antonio
Viña Del Mar – Quillota
Aconcagua
Metropolitano -Norte
- Sur
- Occidente
- Oriente
- Sur Oriente
- Central

O´higgins
Maule
Ñuble
Concepción
Arauco
Talcahuano
BíoBío
Araucanía Norte
Araucanía Sur
Valdivia
Osorno
Reloncaví
Chiloé
Aysén
Magallanes

Las Redes Asistenciales del Sector Salud

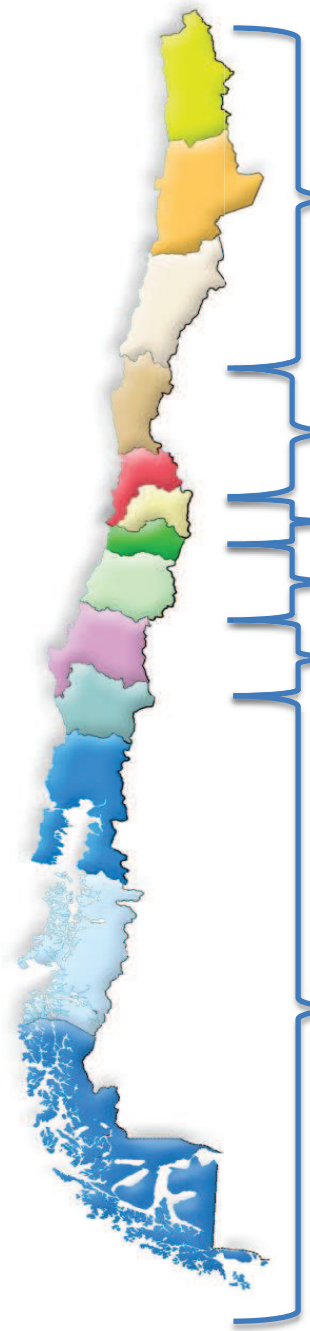
Población
Beneficiaria 2012
13.504.226
Corresponde al 72 % del la pobl. INE

183 Hospitales
61 Alta Complejidad
23 Mediana Complejidad
98 Baja Complejidad
18 Hospitales en Convenio

21 Centros Ambulatorios de Especialidad

Atención Primaria de Salud
2.249 Establecimientos
198 SAPU
1.230PSR
60 CGR
109 CGU
415 CESFAM
134 CECOSF
35 C. DENT. MOVILES
68COSAM

Redes Asistenciales 6 Macroregionales
29 Servicios de Salud



NORTE: Reg. XV, I, II y III – Servicios de Salud: Arica, Iquique ,Antofagasta y Atacama.

CENTRO NORTE: Reg. IV – V : Servicios de Salud: Coquimbo, Valparaíso- San Antonio, Viña del Mar Quillota y Aconcagua

CENTRO: Reg. Metropolitana-Servicios de Salud: Norte, Central, Occidente, Oriente, Sur oriente y Sur

CENTRO SUR: Regiones VI y VII – Servicios de Salud: O'higgins y Maule

SUR: Reg. VIII y IX – Servicios de Salud: Ñuble, Bio Bio, Concepción, Talcahuano, Arauco y Araucanía Norte

EXTREMO SUR: Reg. IX, X, XI, XII y XIV - Servicios: Araucanía Sur, Osorno, Valdivia, Reloncaví, Chiloé, Aysén y Magallanes

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

EJES DE LOS COMPROMISOS DEL GOBIERNO

1. SATISFACCIÓN PACIENTES

Eliminación Listas de Espera Auge y No Auge
Consultorios de excelencia
Bono por trato usuario
Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes
Libre Elección para pensionados A de Fonasa
Acreditación de hospitales

2. PREVENCIÓN EN SALUD

Ampliación del programa de vacunas
Control del Joven Sano
Proyecto Ley de Tabaco
Etiquetado de Alimentos
Tolerancia cero alcohol

3. INFRAESTRUCTURA Y ESPECIALISTAS

Becas para formación de especialistas
Programa de inversiones de hospitales y

4. MEDICAMENTOS DE CALIDAD Y BAJO COSTO

Bioequivalencia
Implementación de Anamed
Ley Nacional de Fármacos
Modernización de Cenabast

5. TRÁMITES Y SERVICIOS

Modernización de las Compin
Disminución del plazo para pago de licenci
Licencia médica electrónica

6. REFORMA AL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO

Pago por producción de hospitales (PPV v/s
Eliminación del 7% de salud para los jubila

7. EXTENSIÓN DE POSTNATAL A 6 MESES

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

PRESUPUESTO SALUD 2013

+ 5,6 %

CRECIMIENTO

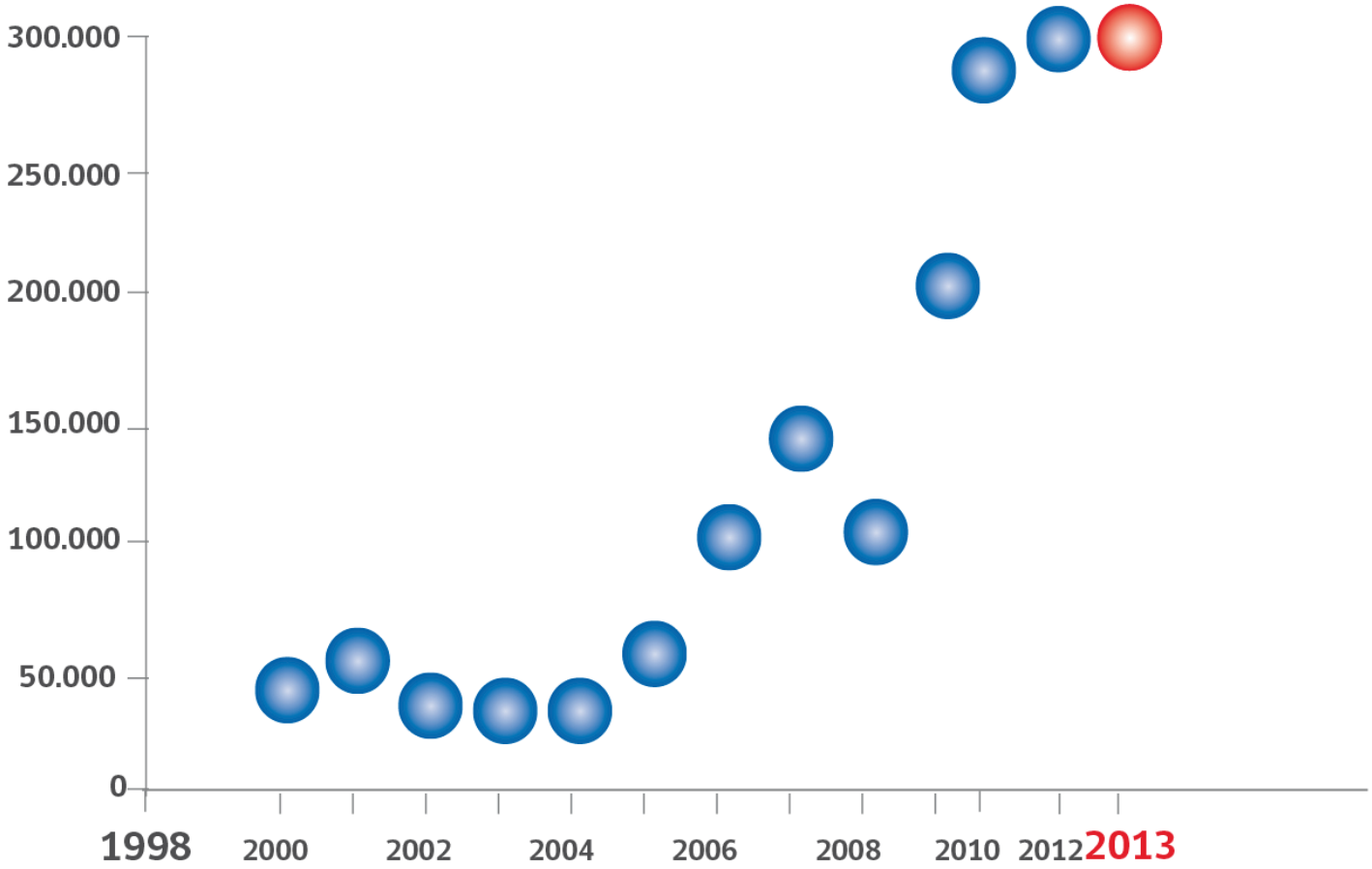
Más de US $ 9.500 millones para la salud

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

PRESUPUESTO DESTINADO A INVERSIONES

$296 mil millones



Incluye infraestructura y equipamiento en red hospitalaria y atención primaria.

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

NUEVOS HOSPITALES

US$432 millones

6.760 camas

TERMINAN OBRAS	
1	CALAMA
2	RANCAGUA
3	TALCA
4	TRAUMATOLÓGICO DE CONCEPCIÓN
5	LOS ÁNGELES
6	PUERTO MONTT
7	MAIPÚ
8	LA FLORIDA

EN EJECUCIÓN	
1	COPIAPÓ

INICIAN CONSTRUCCIÓN			
1	SALAMANCA	9	FUTALEUFÚ
2	GUSTAVO FRICKE	10	PUERTO AYSÉN
3	LAJA	11	COCHRANE
4	PENCO-LIRQUÉN	12	PUERTO NATALES
5	CARAHUE	13	PORVENIR
6	PITRUFQUÉN	14	HUAP - LOS CEDROS
7	LAUTARO	15	EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS
8	VILLARRICA		

INICIAN CONSTRUCCIÓN (Concesionados)			
1	ANTOFAGASTA	2	SALVADOR
3	METROPOLITANO OCC.	4	GERIÁTRICO

Ministerio de Salud

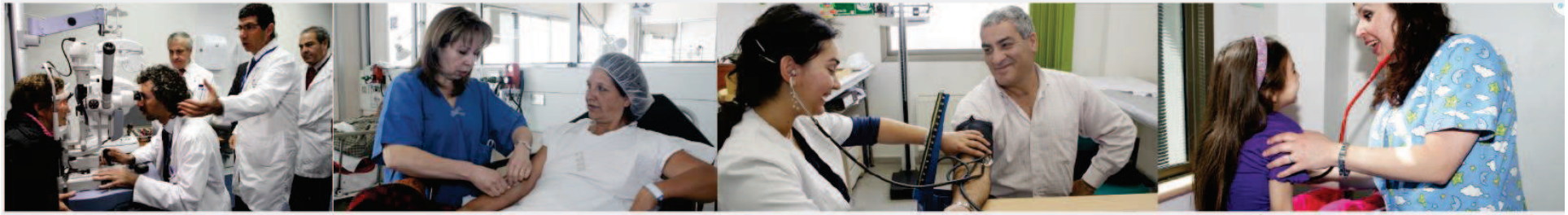
Gobierno de Chile

PROGRAMA DE GOBIERNO: 56 CENTROS DE SALUD FAMILIAR

32

año 2013

US$66 millones sectoriales



Ministerio de Salud

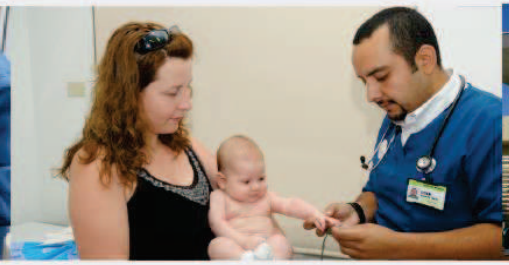
Gobierno de Chile

ATENCIÓN PRIMARIA

+ 8 %

CRECIMIENTO

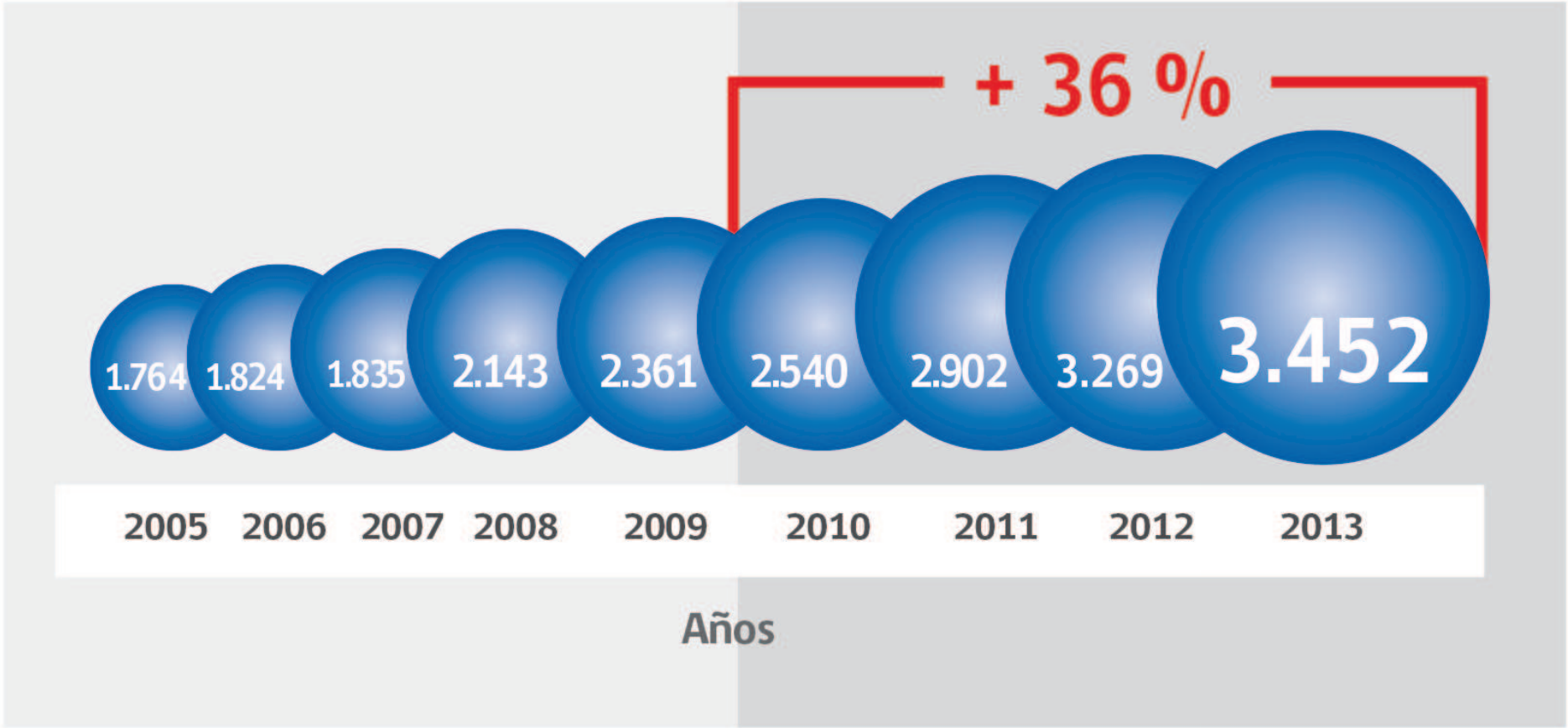
más de **US $ 2.200** millones



Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

ATENCIÓN PRIMARIA
Per Cápita Basal



Cifras en pesos

EJES ESTRATÉGICOS

Eje 1 Mejorar la Satisfacción del Paciente

2 Promulgación Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes

3 Libre Elección para 500 mil beneficiarios de la Pensión Básica Solidaria

Nuestra Misión en las Personas:
Más de 3.000 Especialistas para Chile entre 2010 y 2013

Castillo Hidalgo, Nov 2012
831 especialistas becados al 2013 /55 Especialidades

Chile
EQ 8.8 Richter

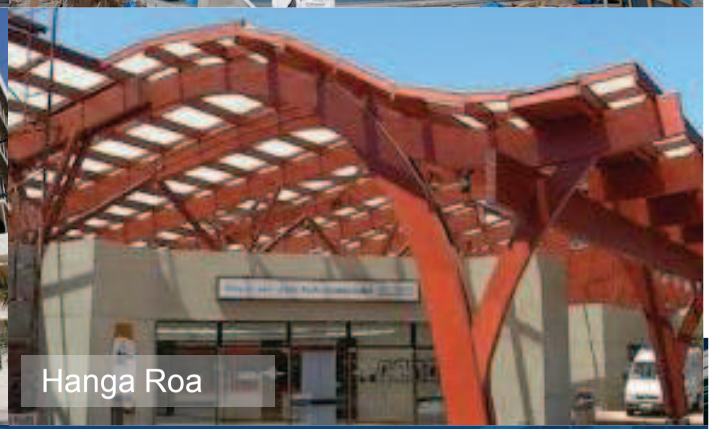
Tocopilla

La Cisterna

La Florida

Punta Arenas

Arica


Hanga Roa

4 17 Nuevos Hospitales, 120 Consultorios y 3.000 Especialistas

Proyecto Hospital Maipú

5 Equipamientos modernos y especialistas a distancia a través de la Telemedicina

Que al 2015 ningún niño nazca con VIH y que al 2020 nadie muera por esta causa en Chile

1 Campaña para Fomentar la Realización del Examen VIH/Sida

Principales Resultados 2012

Eje 3 | Acceso a Medicamentos de Calidad a Menor Costo

1 Más de 100 Medicamentos con Sello Bioequivalente

2 Proyecto de Ley Nacional de Fármacos y Anamed

7.- Programa de Concesiones 2013-2014

- 10 Nuevos Hospitales
- 1 Instituto.
- Inversión Inicial MMUS$

Hospital de Antofagasta MMUS$ 300

Red V : Marga-Marga y Quillota Petorca MMUS$ 280

Salvador – Inst. Nacional de Geriatría MMUS$ 300

Santiago Occidente (Ex Félix Bulnes) MMUS$ 250

Sotero del Río – Puente Alto MMUS$ 460

Red Sur : Curicó, Linares y Chillán MMUS$ 590

Gracias

CESaúde – Brasilia 2013

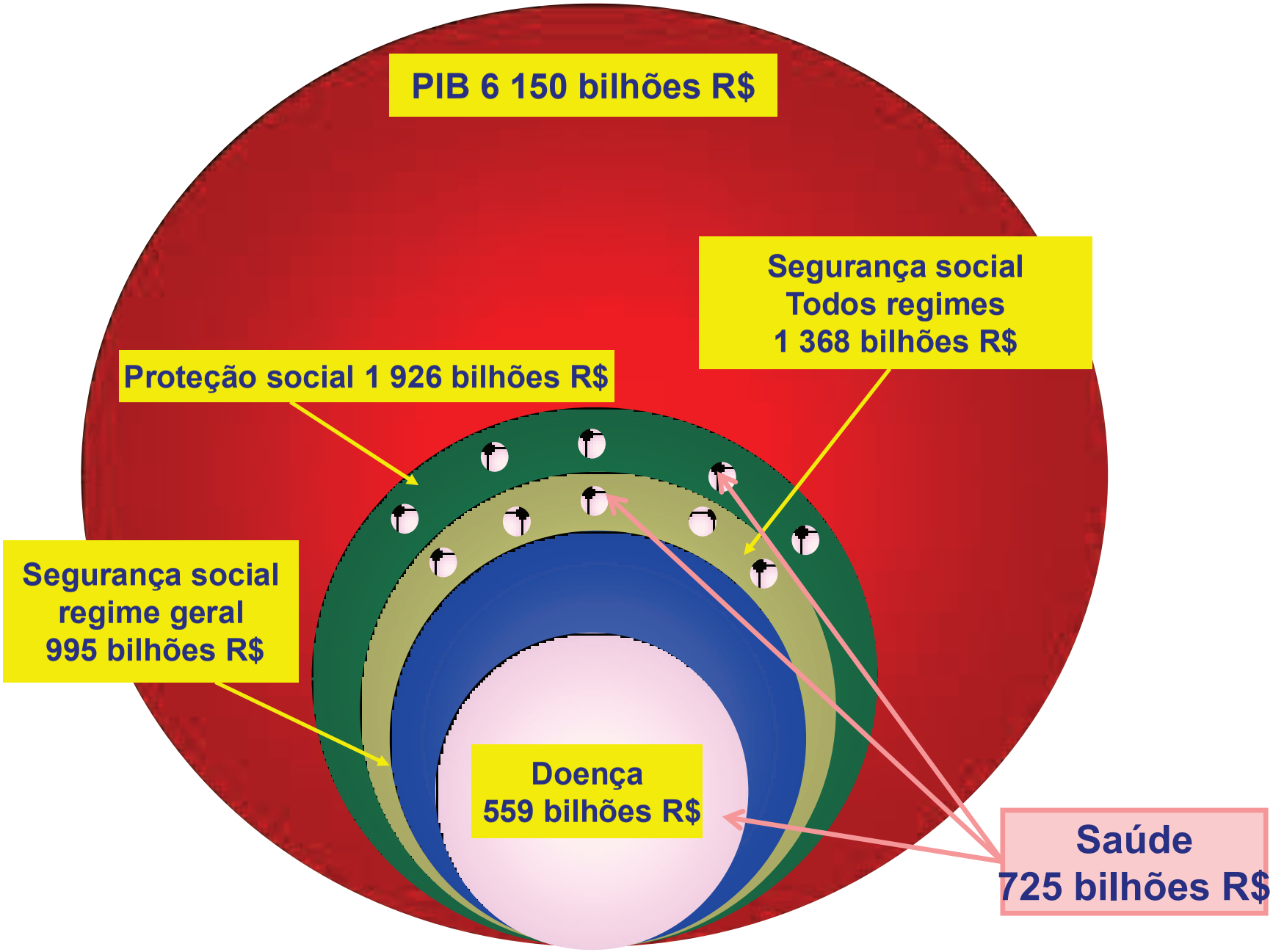
O sistema francês de saúde e seu financiamento

Plano de intervenção

- **De quê estamos falando ?**
- **As grandes linhas de organização do sistema francês de saúde**
- **O financiamento do sistema de saúde :**
  - necessidade de extensão
  - necessidade de sua pilotagem

De quê estamos falando ?

Da proteção social às despesas da saúde (2011)



As contas nacionais da saúde (2011)

Despesas usuais da saúde 725 bilhões R$

Consumo cuidados e bens médicos 547 bilhões R$

Cuidados hospitalares 253 bilhões

- ❑ setor público
- ❑ setor privado

Outros cuidados 294 bilhões

- ❑ Medicina liberal (não-hospitalar)
- ❑ medicamento
- ❑ outras despesas médicas
- ❑ transportes

Outras despesas individuais 90 bilhões R$

- ❑ Cuidados pessoas idosas
- ❑ Cuidados pessoas com deficiência
- ❑ Cuidados em domicílio
- ❑ Auxílio financeiro

Despesas coletivas 88 bilhões R$

Despesas para o sistema de cuidados

- ❑ subvenções
- ❑ pesquisa
- ❑ formação

Prevenção

Custos de gestão

A organização do sistema de saúde

A oferta de cuidados (2011)

Estabelecimentos de saúde

Estabelecimentos públicos 966

271 000 leitos

Estabelecimentos particulares Não-lucrativos 734

60 000 leitos

Estabelecimentos particulares lucrativos 1 047

96 000 leitos

Medicina liberal (não-hospitalar)

Médicos liberais 114 993

- Clínicos gerais 60 422
- Especialistas 54 571

Dentistas 35 955

Outras profissões médicas

- Enfermeiros
- Massagistas 72 870
- Fonoaudiólogo 20 611
- …

Administração do sistema de saúde

Nacional

- Parlamento
- Tribunal de Contas
- Governo
- Ministério dos assuntos sociais
- Commissão das contas
- Instancias de saúde pública e de Segurança sanitária
- Caixas nacionais doença

Regional

- Agências Regionais de Saúde (ARS)
- Coletividades locais

Local

- Caixas locais de Segurança social

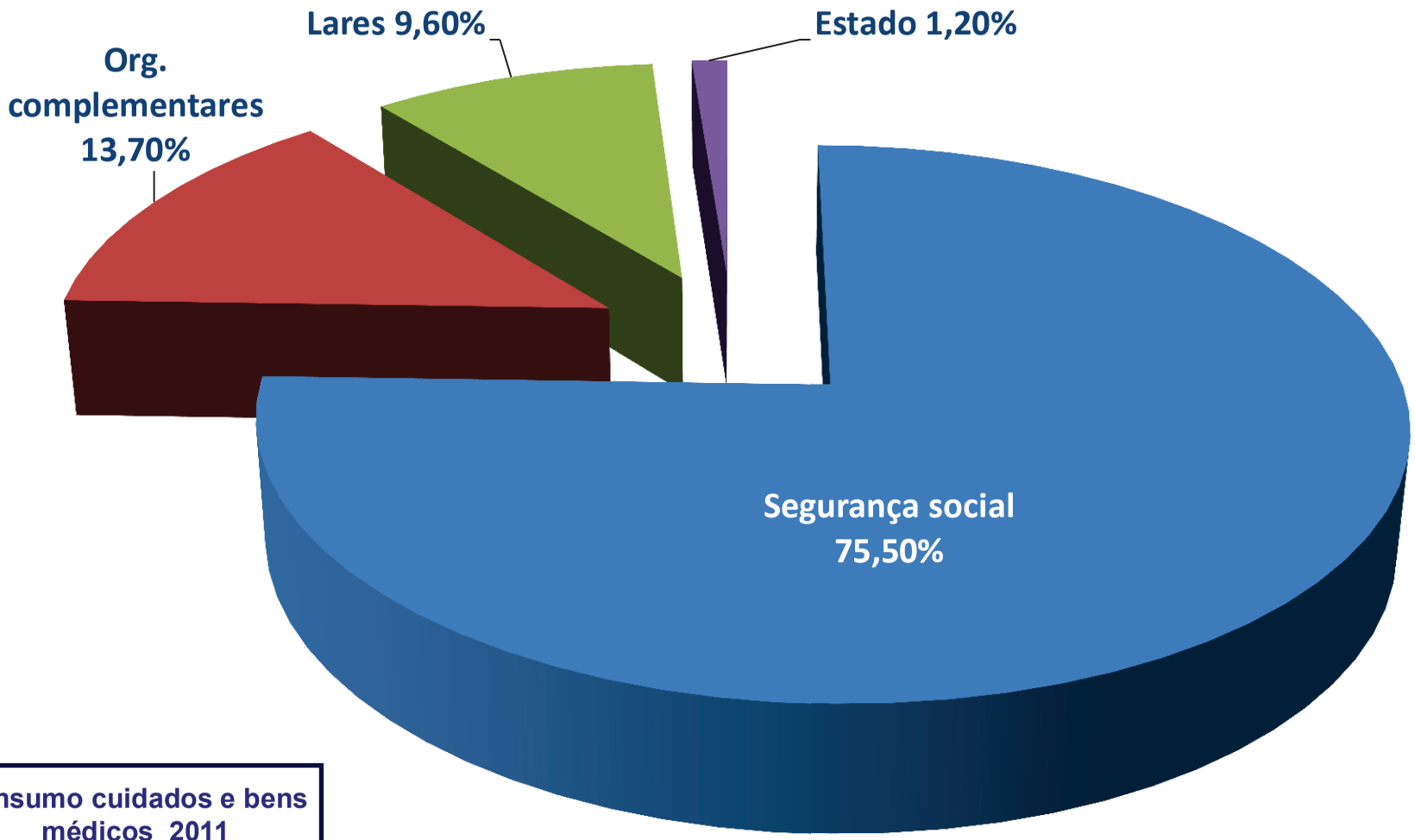
Um resumo do sistema

Algumas características do sistema francês

- Uma oferta liberal para uma demanda socializada
- … mas uma liberdade agora mais controlada (Médico de referência)
- Um sistema híbrido, assegurador / universal ; base financeira assalariada / estatização
- Em um contexto de tensões financeiras e de regulamentação das despesas
- Uma repartição complexa de competências
- Um objetivo : colocar a pessoa ao centro do sistema

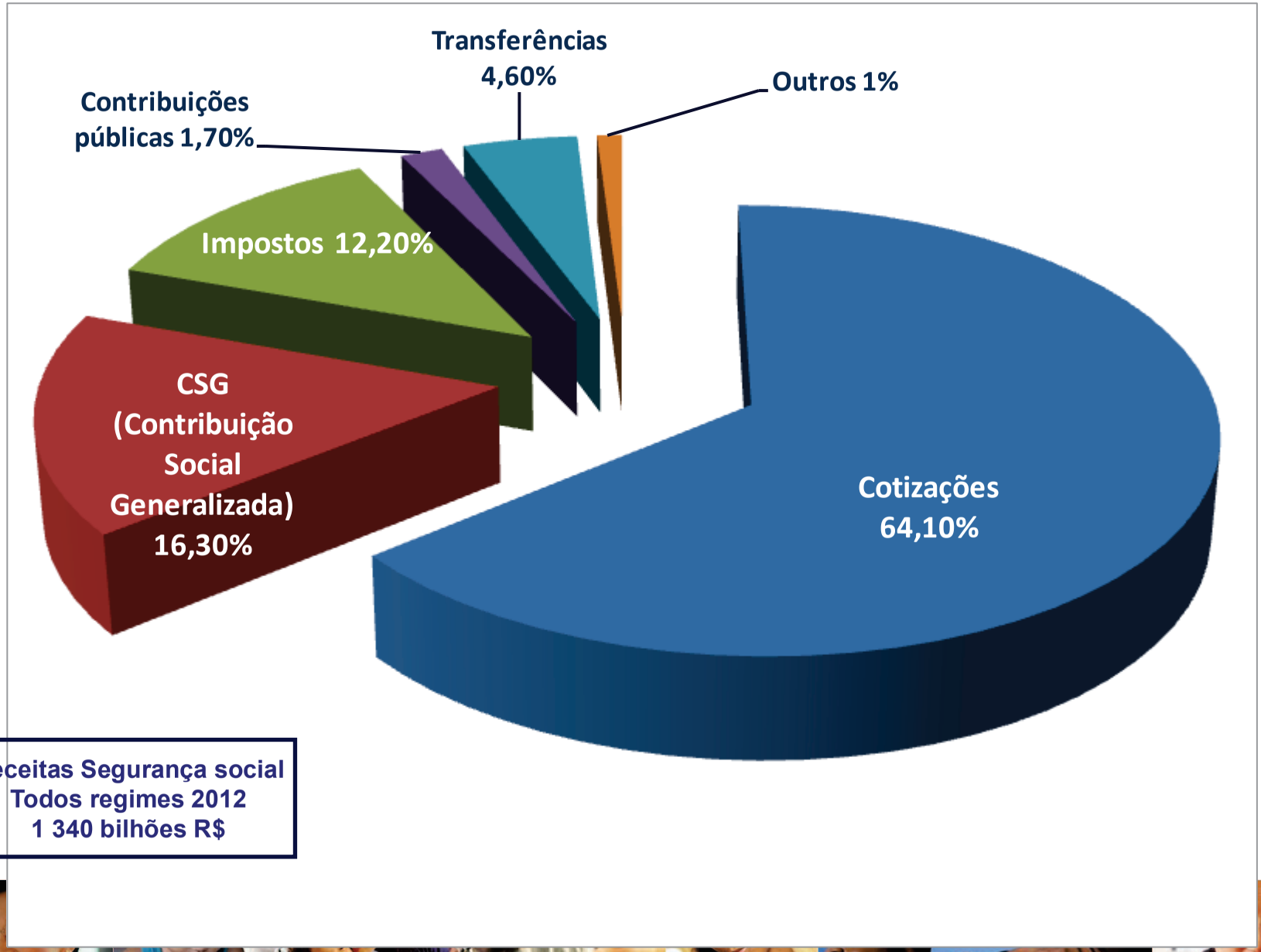
O financiamento do sistema de saúde : uma expansão necessária

Estrutura do financiamento das despesas de saúde



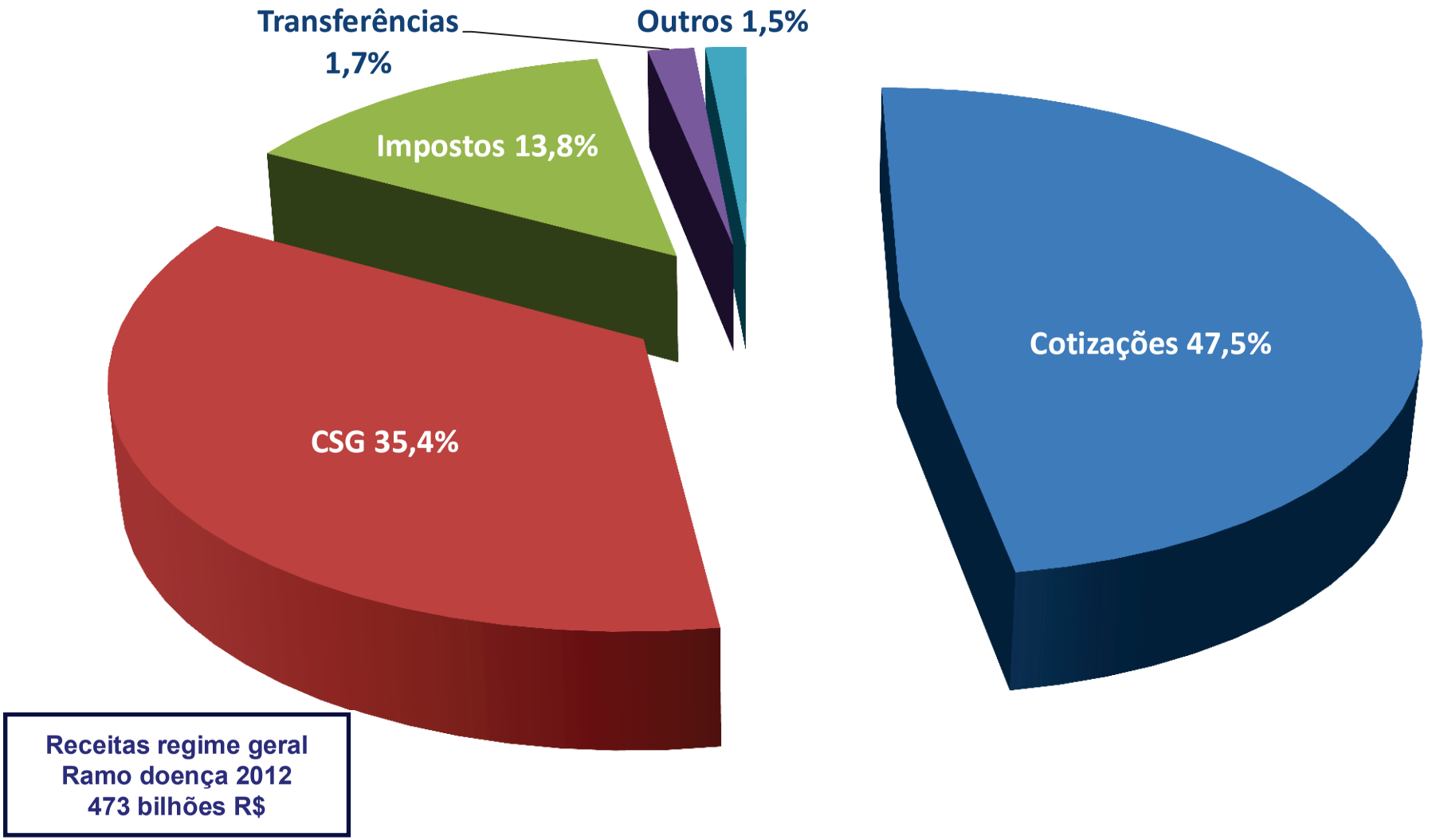
Consumo cuidados e bens médicos 2011
547 bilhões R$

Estrutura do financiamento da Segurança Social



Receitas Segurança social
Todos regimes 2012
1 340 bilhões R$

Estrutura do financiamento do ramo doença



Receitas regime geral
Ramo doença 2012
473 bilhões R$

O financiamento do sistema de saúde : uma pilotagem necessária

A lei do financiamento da Segurança Social

- Lei de finanças do Estado e Lei de financiamento da Segurança Social
- O reforço do papel do Parlamento em relação ao maior orçamento da nação
- Uma ferramenta à serviço da democracia, da transparência e da pilotagem da despesa pública
- L'ONDAM : Objetivo nacional de despesas de convênio de saúde

Embaixada
da República Federal da Alemanha
Brasília

Evento: Seminário Internacional da
"Comissão Especial de Financiamento da Saúde Pública"

Local: Câmara dos Deputados

Palestrante: Sra. Annika Wörsdörfer,
Conselheira para Assuntos Sociais da
Embaixada da República Federal da Alemanha

Texto-base da palestra apresentada no dia 20 de agosto de 2013.

I. Introdução

- Segurança social como uma tarefa do Estado era uma inovação no mundo inteiro e almejava garantir a segurança interna.
- Em 1883, Otto von Bismarck executa uma reforma trabalhista, incluindo nela o seguro-saúde, que segue o princípio da solideriedade.
- Isso significa que a sociedade trabalha em conjunto para manter o bem-estar de todos os indivíduos: o trabalhador saudável contribui para o sistema de saúde, garantindo assim, a recuperação do trabalhador que adoece.
- Somente nos últimos 20 anos, houve 14 reformas do sistema de saúde no país. - Os custos da saúde foram da ordem de € 3.400,00 por habitante em 2009. Isso equivale a 11,6 % do PIB (€ 168, 7 bilhões).
- O setor da saúde é um dos principais pilares da economia na Alemanha.

II. Quem está assegurado?

A organização do sistema de seguro de saúde alemão é marcada pelo sistema duplo entre o seguro de saúde público (GKV) e o seguro de saúde privado (PKV).

Enquanto o seguro de saúde público é acessível para todos os candidatos, para o seguro de saúde privado existem determinadas condições.

a) O seguro de saúde público baseia-se no princípio da solidariedade, pelo qual todos os segurados pagam a mesma taxa de contribuição percentual.

A contribuição mensal é de 15,5 % do salário bruto, sendo 50% pagos pelo empregado e 50% pagos pelo empregador. A própria seguradora é responsável pelo recolhimento das contribuições de seus assegurados.

O seguro-saúde inclui gratuitamente os familiares, ou seja, o parceiro sem atividade laboral e crianças até os 18 anos. Caso o filho não assuma uma atividade laboral, o seguro vigorará até os 23 anos.

No caso de um trabalhador, o seguro de longo prazo cobre casos em que a pessoa se torna inválida (por doença, idade, deficiência).

b) O seguro-saúde privado é aconselhável para pessoas cuja remuneração ultrapassa os € 50 mil anuais . Caso o empregado perceba salários acima desse limite (20% da população), ele tem a possibilidade de fazer um seguro particular ou voluntariamente continuar no seguro oficial. Cerca de 3/4 dos empregados optam voluntariamente pelo seguro social oficial. Assim sendo, o seguro social abrange quase 90 % da população.

Apenas 10% da população possui seguro particular, dos quais o maior grupo é o dos funcionários públicos, por serem excluídos do seguro obrigatório oficial, e os autônomos.

III. Quais os benefícios?

Benefícios: o seguro-saúde obrigatório abrange medidas preventivas, cuidados ambulatoriais e internações, consultas médicas, prevenção psquiátrica, tratamentos dentários, custos com medicamentos, curativos, custos de recuperação (desde que não por acidente de trabalho) e auxílio monetário, assim como custos com cuidadores e enfermeiros.

Divisão de custos: tradicionalmente o seguro-saúde tem uma participação financeira muito pequena dos assegurados. Principalmente no caso dos medicamentos é que os assegurados pagam uma taxa dependendo do tamanho do pacote de até € 10.

Os custos de determinados tratamentos dentários são assumidos pelos assegurados dependendo do material desejado, já que o seguro só paga determinados subsídios.

Normalmente esses subsídios cobrem 50% dos custos com tratamento dentário.

Também em internações ou em tratamentos de reabilitação, os assegurados precisam pagar adicionalmente € 10 pelos primeiros 28 dias.

Esses adicionais pagos pelos pacientes prefazeram, em 2005, da ordem de 13,8% de todas as despesas do sistema de saúde.

O adicional a ser pago é limitado a no máximo 2% do orçamento familiar.
Para os assegurados com doenças crônicas o limite máximo é de 1% de seu orçamento.

IV. Financiamento

O financiamento da assistência médica é mais complexo na Alemanha do que em muitos outros países porque não depende de uma única fonte de receita.

V. Como é financiado o sistema de saúde?

Seguradoras Oficiais: o número de seguradoras oficiais diminuiu nos últimos anos, frequentemente em função de fusões com outra seguradora já existente.

Principalmente a Lei de Fortalecimento da Competitividade enfatizou esse processo de concentração.

Atualmente existem 134 seguradoras oficiais, todas membras da Confederação e subordinadas ao controle do Ministério da Saúde, que juntamente com o Parlamento Federal, decidem sobre o valor das contribuições das seguradoras.

O empregador repassa as contribuições para as seguradoras (14,9% do salário bruto). Desempregados pagam igualmente uma parcela do seu auxílio-desemprego. No caso de desempregados de longa data e recebedores do seguro-social, a Agência de Emprego paga uma quantia fixa às seguradoras.

Apesar de haver, desde 2009, uma equiparação financeira através de um fundo de saúde entre as seguradoras, de modo geral estas precisam administrar as contribuições de seus segurados.

Déficit/ superavit das seguradoras oficiais:
- 2005-2009 um superavit de € 1,5 bilhões
- 2010 deficit de € -0,4 bilhões
- 2011 superavit de € 4 bilhões

Atualmente, 58% de todas as despesas no sistema de saúde cabem às seguradoras oficiais.

Seguro particular: o seguro particular cobre principalmente os funcionários públicos e os autônomos, bem como empregados que não optaram por permanecer no seguro oficial.

Os segurados pagam uma quantia conforme o nível individual de risco, bem como adicionais para os familiares. Os adicionais de risco ocorrem para prevenção de doenças.

A gama de benefícios depende exclusivamente do que consta do contrato. Em 2009, para proteger um segurado de um aumento exorbitante de custos na velhice, o legislador obrigou as seguradoras particulares a oferecer uma tarifa-base mais razoável. Essas seguradoras oferecem frequentemente pequenas quantias extras, como por exemplo para internação em quartos individuais ou pagamento de despesas com tratamento dentário.

Os seguros particulares correspondem a 9,3% de todas as despesas do sistema de saúde.

VI. Como a prestação de serviço é organizada?

Médicos: clínicos gerais não são necessariamente os primeiros a atenderem os pacientes. Muitos planos de saúde oficiais oferecem o modelo de médico da família. Isso significa que os segurados devem primeiro procurar esse médico. Procedendo dessa maneira, os segurados recebem um bônus, e para os planos é mais barato por evitar exames e consultas desnecessários.

Os médicos especializados oferecem desde 2004 consultas em consultórios particulares. O pagamento dessas consultas é calculado com base no tipo de atendimento médico e na duração da consulta. Esses honorários são negociados anualmente entre os planos de saúde e o Conselho de Medicina, também como uma maneira de controlar os gastos.

Hospitais: normalmente tanto os hospitais públicos (metade de capacidade de leitos), assim como os particulares (um terço da capacidade de leitos) não visam lucro.

A parcela de hospitais particulares que visam lucro cresceu nos últimos anos (um sexto da capacidade de leitos), principalmente por terem comprado hospitais públicos.

Independentemente da finalidade financeira, nos hospitais trabalham, em sua maioria, médicos contratados.

Médicos com contratos mais antigos oferecem frequentemente aos pacientes com plano de saúde particular tratamento em troca do honorário. Normalmente, não é permitido tratamento ambulatorial em hospitais por conta própria. Todavia, quando necessário, há exceções para médicos especialistas com consultório próprio.

O atendimento ambulatorial é pago através de um sistema de diferentes tarifas para cada caso. O sistema existe desde 2004 e é dividido em 1.100 diferentes categorias. Todos os anos é feita uma atualização para incluir novas tecnologias, métodos de tratamento e o aumento dos custos decorrentes.
O paciente tem a possibilidade de escolher se quer tratamento ambulatorial ou hospitalar.

Programa para doentes crônicos: em 2002 começou um programa para os segurados portadores de doenças crônicas. Com esse programa pretendeu-se estimular as seguradoras para que cuidem dos doentes crônicos. Entre essas doenças estão: diabetes tipo 1 e 2, câncer

de mama, doenças coronárias, asma, doenças das vias respiratórias crônicas, etc. Doenças essas que atingem cerca de 20% da população.

Seguradoras que têm mais segurados portadores de doenças crônicas recebem uma contribuição financeira maior para compensar o risco.

Governo: todas as seguradoras oficiais são membros da "Confederação das Seguradoras Oficiais" e controladas pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde e o Parlamento Federal decidem sobre o valor das contribuições das seguradoras. O Ministério da Saúde também fixa as bases legais no orçamento e controla o equilíbrio financeiro entre as seguradoras.

O Governo alemão delega o controle para os órgãos de administração das seguradoras oficiais e do Conselho de Medicina. Esses têm comissões regionais conjuntas e uma comissão nacional.

Toda seguradora possui o direito de negociar diretamente com os fornecedores de medicamentos preços mais baratos.

World Economic Outlook UPDATE
An update of the key WEO projections

FOR RELEASE:
In Washington, D.C. (EDT): 9:30 a.m., July 9, 2013

STRICTLY CONFIDENTIAL
UNTIL RELEASED

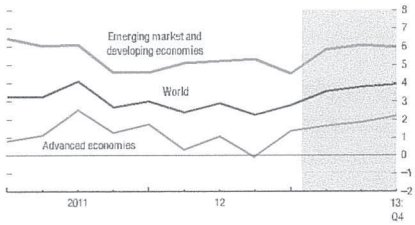
Growing Pains

Global growth is projected to remain subdued at slightly above 3 percent in 2013, the same as in 2012. This is less than forecast in the April 2013 World Economic Outlook (WEO), *driven to a large extent by appreciably weaker domestic demand and slower growth in several key emerging market economies, as well as by a more protracted recession in the euro area. Downside risks to global growth prospects still dominate: while old risks remain, new risks have emerged, including the possibility of a longer growth slowdown in emerging market economies, especially given risks of lower potential growth, slowing credit, and possibly tighter financial conditions if the anticipated unwinding of monetary policy stimulus in the United States leads to sustained capital flow reversals. Stronger global growth will require additional policy action. Specifically, major advanced economies should maintain a supportive macroeconomic policy mix, combined with credible plans for reaching medium-term debt sustainability and reforms to restore balance sheets and credit channels. Many emerging market and developing economies face a trade-off between macroeconomic policies to support weak activity and those to contain capital outflows. Macroprudential and structural reforms can help make this trade-off less stark.*

Financial market volatility increased globally in May and June after a period of calm since last summer. In advanced economies, longer-term interest rate and financial market volatility has risen. Sovereign spreads in the euro area periphery have widened again after a period of sustained declines. Emerging market economies have generally been hit hardest, as recent increases in advanced economy interest rates and asset price volatility, combined with weaker domestic activity (see below) have led to some capital outflows, equity price declines, rising local yields, and currency depreciation.

Global growth increased only slightly from an annualized rate of 2½ percent in the second half of 2012 to 2¾ percent in the first quarter of 2013 (Figure 1), instead of accelerating further as expected at the time of the April 2013 WEO. The underperformance was due to three factors. First, growth continued to disappoint in major emerging market economies, reflecting, to varying degrees, infrastructure bottlenecks and other capacity constraints, slower external demand growth, lower commodity prices, financial stability concerns, and, in some cases, weaker policy support. Second, the recession in the euro area was deeper than expected, as low demand, depressed confidence, and weak balance sheets interacted to exacerbate the effects on growth and the impact of tight fiscal and financial conditions. Third, the U.S. economy expanded at a weaker pace, as stronger fiscal contraction weighed on improving private demand. By contrast, growth was stronger than expected in Japan, driven by consumption and net exports.

Figure 1. Global GDP Growth
(Percent; quarter over quarter, annualized)



Source: IMF staff estimates.

Turning to forecasts, growth in the **United States** is projected to rise from 1¾ percent in 2013 to 2¾ percent in 2014 (Table 1). The projections assume that the sequester will remain in place until 2014, longer than previously projected, although the pace of fiscal consolidation will still slow. Private demand should remain solid, given rising household wealth owing to the housing recovery and still supportive financial conditions.

In **Japan**, growth will average 2 percent in 2013, moderating to about 1¼ percent in 2014. The stronger forecast for 2013 than previously projected reflects the effects of recent accommodative policies on confidence and private demand, while the somewhat softer forecast for 2014 reflects the weaker global environment.

The **euro area** will remain in recession in 2013, with activity contracting by more than ½ percent. Growth will rise to just under 1 percent in 2014, weaker than previously projected, in part due to the persistent effects of the constraints discussed above and the expected delays in policy implementation in key areas,

Table 1. Overview of the *World Economic Outlook* Projections

(Percent change unless noted otherwise)

	Year over Year						Q4 over Q4		
			Projections		Difference from April 2013 WEO Published		Estimates	Projections	
	2011	2012	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014
World Output 1/	**3.9**	**3.1**	**3.1**	**3.8**	**–0.2**	**–0.2**	**2.6**	**3.5**	**3.7**
Advanced Economies	**1.7**	**1.2**	**1.2**	**2.1**	**–0.1**	**–0.2**	**0.7**	**1.8**	**2.2**
United States	1.8	2.2	1.7	2.7	–0.2	–0.2	1.7	2.0	3.1
Euro Area	1.5	–0.6	–0.6	0.9	–0.2	–0.1	–1.0	0.3	1.1
Germany	3.1	0.9	0.3	1.3	–0.3	–0.1	0.3	1.1	1.2
France	2.0	0.0	–0.2	0.8	–0.1	0.0	–0.3	0.5	0.6
Italy	0.4	–2.4	–1.8	0.7	–0.3	0.2	–2.8	–0.9	1.4
Spain	0.4	–1.4	–1.6	0.0	0.0	–0.7	–1.9	–0.7	0.0
Japan	–0.6	1.9	2.0	1.2	0.5	–0.3	0.4	3.5	0.2
United Kingdom	1.0	0.3	0.9	1.5	0.3	0.0	0.2	1.1	1.7
Canada	2.5	1.7	1.7	2.2	0.2	–0.2	1.0	2.0	2.4
Other Advanced Economies 2/	3.3	1.8	2.3	3.3	–0.1	–0.1	2.0	3.0	3.2
Emerging Market and Developing Economies 3/	**6.2**	**4.9**	**5.0**	**5.4**	**–0.3**	**–0.3**	**5.0**	**5.6**	**5.6**
Central and Eastern Europe	5.4	1.4	2.2	2.8	0.0	0.0	0.8	3.6	2.5
Commonwealth of Independent States	4.8	3.4	2.8	3.6	–0.6	–0.4	1.3	3.3	2.9
Russia	4.3	3.4	2.5	3.3	–0.9	–0.5	2.0	3.6	2.5
Excluding Russia	6.1	3.3	3.5	4.3	0.0	–0.3	. . .	. . .	. . .
Developing Asia	7.8	6.5	6.9	7.0	–0.3	–0.3	6.9	7.0	7.0
China	9.3	7.8	7.8	7.7	–0.3	–0.6	7.9	7.9	7.6
India 4/	6.3	3.2	5.6	6.3	–0.2	–0.1	3.0	6.0	6.6
ASEAN-5 5/	4.5	6.1	5.6	5.7	–0.3	0.2	9.1	5.5	5.1
Latin America and the Caribbean	4.6	3.0	3.0	3.4	–0.4	–0.5	2.8	2.9	3.5
Brazil	2.7	0.9	2.5	3.2	–0.5	–0.8	1.4	2.6	3.5
Mexico	3.9	3.9	2.9	3.2	–0.5	–0.2	3.3	3.6	2.4
Middle East, North Africa, Afghanistan, and Pakistan	3.9	4.4	3.1	3.7	–0.1	0.0	. . .	. . .	. . .
Sub-Saharan Africa	5.4	4.9	5.1	5.9	–0.4	–0.2	. . .	. . .	. . .
South Africa	3.5	2.5	2.0	2.9	–0.8	–0.4	2.3	2.3	3.0
Memorandum									
European Union	1.7	–0.2	–0.1	1.2	–0.1	–0.1	–0.6	0.7	1.3
Middle East and North Africa	4.0	4.5	3.0	3.7	–0.1	0.1	. . .	. . .	. . .
World Growth Based on Market Exchange Rates	2.9	2.4	2.4	3.2	–0.1	–0.2	1.8	2.8	3.1
World Trade Volume (goods and services)	**6.0**	**2.5**	**3.1**	**5.4**	**–0.5**	**0.1**	**. . .**	**. . .**	**. . .**
Imports									
Advanced Economies	4.7	1.1	1.4	4.3	–0.8	0.1	. . .	. . .	. . .
Emerging Market and Developing Economies	8.7	5.0	6.0	7.3	–0.2	0.0	. . .	. . .	. . .
Exports									
Advanced Economies	5.6	2.0	2.4	4.7	–0.4	0.2	. . .	. . .	. . .
Emerging Market and Developing Economies	6.4	3.6	4.3	6.3	–0.5	–0.2	. . .	. . .	. . .
Commodity Prices (U.S. dollars)									
Oil 6/	31.6	1.0	–4.7	–4.7	–2.4	0.2	–1.2	–4.1	–3.8
Nonfuel (average based on world commodity export weights)	17.9	–9.9	–1.8	–4.3	–0.9	0.0	1.2	–4.5	–2.3
Consumer Prices									
Advanced Economies	2.7	2.0	1.5	1.9	–0.1	0.0	1.8	1.6	2.1
Emerging Market and Developing Economies 3/	7.1	6.1	6.0	5.5	0.1	–0.1	5.2	5.4	4.9
London Interbank Offered Rate (percent) 7/									
On U.S. Dollar Deposits	0.5	0.7	0.5	0.7	0.0	0.1	. . .	. . .	. . .
On Euro Deposits	1.4	0.6	0.2	0.4	0.0	–0.1	. . .	. . .	. . .
On Japanese Yen Deposits	0.3	0.3	0.3	0.3	0.0	0.1	. . .	. . .	. . .

Note: Real effective exchange rates are assumed to remain constant at the levels prevailing during May 6–June 3, 2013. When economies are not listed alphabetically, they are ordered on the basis of economic size. The aggregated quarterly data are seasonally adjusted.

1/ The quarterly estimates and projections account for 90 percent of the world purchasing-power-parity weights.

2/ Excludes the G7 (Canada, France, Germany, Italy, Japan, United Kingdom, United States) and euro area countries.

3/ The quarterly estimates and projections account for approximately 80 percent of the emerging market and developing economies.

4/ For India, all data and forecasts (quarterly and annual) are presented on a fiscal year basis in the July 2013 WEO, whereas data were presented on a calendar year basis in the April 2013 WEO. However, the difference between the April 2013 WEO and current 2013–14 growth projections for India was adjusted to be on a fiscal year basis.

5/ Indonesia, Malaysia, Philippines, Thailand, and Vietnam.

6/ Simple average of prices of U.K. Brent, Dubai Fateh, and West Texas Intermediate crude oil. The average price of oil in U.S. dollars a barrel was $105.01 in 2012; the assumed price based on futures markets is $100.09 in 2013 and $95.36 in 2014.

7/ Six-month rate for the United States and Japan. Three-month rate for the euro area.

but also due to base effects from the delayed recovery in 2013.

At 5 percent in 2013 and about 5½ percent in 2014, growth in **emerging market and developing economies** is now expected to evolve at a more moderate pace, some ¼ percentage point slower than in the April 2013 WEO. This embodies weaker prospects across all regions. In China, growth will average 7¾ percent in 2013–14, ¼ and ½ percentage point lower in 2013 and 2014, respectively, than the April 2013 forecast. Forecasts for the remaining BRICS (Brazil, Russia, India, China, South Africa) have been revised down as well, by ¼ to ¾ percentage point. The outlook for many commodity exporters (including those among the BRICS) has also deteriorated due to lower commodity prices. Growth in sub-Saharan Africa will be weaker, as some of its largest economies (Nigeria, South Africa) struggle with domestic problems and weaker external demand. Growth in some economies in the Middle East and North Africa remains weak because of difficult political and economic transitions.

In sum, **global growth** will recover from slightly above 3 percent in 2013 to 3¾ percent in 2014, some ¼ percent weaker for both years than the April 2013 projections.

Downside risks, old and new, still dominate the outlook. Although imminent tail risks in advanced economies have diminished, additional measures will be needed to keep them at bay, including timely increases in the U.S. debt ceiling and continued "do what it takes" action by the authorities of the euro area to mitigate and reverse financial fragmentation. In contrast, risks of a longer growth slowdown in emerging market economies have now increased, due to protracted effects of domestic capacity constraints, slowing credit growth, and weak external conditions.

The forecasts assume that the recent rise in financial market volatility and the associated yield increases will partly reverse, as they largely reflect a one-time repricing of risk due to the changing growth outlook for emerging market economies and temporary uncertainty about the exit from monetary policy stimulus in the United States. However, if underlying vulnerabilities lead to additional portfolio shifts, further yield increases, and continued higher volatility, the result could be sustained capital flow reversals and lower growth in emerging economies.

Policies to Generate Strong Growth

Weaker growth prospects and new risks raise new challenges to global growth and employment, and global rebalancing. Policymakers everywhere need to increase efforts to ensure robust growth.

As stressed in previous WEO reports, **key advanced economies** should pursue a policy mix that supports near-term growth, anchored by credible plans for medium-term public debt sustainability. This would also allow for more gradual near-term fiscal adjustment. With low inflation and sizable economic slack, monetary policy stimulus should continue until the recovery is well established. Potential adverse side effects should be contained with regulatory and macroprudential policies. Clear communication on the eventual exit from monetary stimulus will help reduce volatility in global financial markets. Further progress in financial sector restructuring and reform is needed to recapitalize and restructure bank balance sheets and improve monetary policy transmission.

In the **euro area**, a bank asset review should identify problem assets and quantify capital needs, supported by European Stability Mechanism direct recapitalization where appropriate. Building on recent agreements, policymakers should also work toward a fuller banking union, including through a strong Single Resolution Mechanism. Policies to reduce financial market fragmentation, support demand, and reform product and labor markets are also crucial for stronger growth and job creation.

Cyclical positions and vulnerabilities vary across **emerging market and developing economies,** but prospects of monetary policy normalization in the United States and a potential capital flow reversal have heightened some policy trade-offs. Risks of lower-than-expected potential output in some economies suggest that there may be less fiscal policy space than previously estimated. Monetary easing can be the first line of defense against downside risks, as inflation is generally expected to moderate in most economies. However, real policy rates are low already, and capital outflows and price effects from exchange rate depreciation may also constrain further easing. With weaker growth prospects and potential legacy problems from a prolonged period of rapid credit growth, the policy framework must be ready to handle possible increases in financial stability risks. While macroeconomic policies can support these efforts, the main instruments should be regulatory oversight and macroprudential policies.

Finally, the above measures must be supported by structural reforms across **all major economies** to lift global growth and support global rebalancing. As before, this implies measures to sustainably raise consumption (China) and investment (Germany) in surplus economies as well as measures that improve competitiveness in deficit economies.