

INTRODUÇÃO

1. Com o aumento do fardo da doença, da escassez de recursos e do fraco crescimento económico, dos elevados índices de pobreza, da distribuição pouco equitativa de rendimentos¹, e da fraca administração do sector público, os países africanos debatem-se com o desafio de assegurar o acesso a serviços básicos de saúde de qualidade e que garantam a equidade no financiamento.

2. Durante praticamente duas décadas, a maioria dos países africanos tem procurado introduzir reformas no sistema de financiamento dos cuidados de saúde, sobretudo vocacionadas para a obtenção de recursos adicionais. Essas reformas têm incluído: a introdução de pagamentos de serviços de saúde pública que, em muitos países, depois da independência eram gratuitos; a introdução de seguros de saúde privados e públicos; os impostos sobre hábitos menos saudáveis; as contas poupança saúde e os esquemas de pagamentos locais (mutualismo).

3. Contudo, as evidências disponíveis demonstram que, na Região, os índices de despesa com a saúde são baixos quando comparados com outras regiões. Em 1998, a despesa total do PIB na Saúde rondou os 4% ao ano. Vinte e seis países gastaram menos de 20 dólares americanos per capita, 13 países gastaram entre 20 e 60 dólares per capita e sete países gastaram mais de 60 dólares per capita. Os sistemas de saúde da maioria dos países dependem muito dos pagamentos directos dos cidadãos (estes pagamentos representam, em média, 36% do gasto total em saúde) que complementam o financiamento da saúde, feito através de impostos².

4. Para além de os recursos financeiros na Região serem absolutamente inadequados é também evidente que os poucos recursos disponíveis não são muitas vezes distribuídos equitativamente ou geridos de forma eficiente. Persistem as desigualdades geográficas na distribuição dos recursos, existindo uma maior afectação às áreas urbanas do que as áreas rurais e um maior consumo de recursos ao nível das instituições prestadoras de cuidados especializados do que ao nível dos cuidados primários³.

5. Para que em 2020 seja alcançado o objectivo da política Saúde para todos no Século XXI na Região Africana, a qual pretende acabar com as doenças relacionadas com a pobreza, a exclusão e a falta de informação, através de uma boa gestão e do desenvolvimento autónomo de um sistema de saúde proactivo para se alcançar um nível de vida aceitável até ao ano 2020, é de vital importância encontrarem-se estratégias de financiamento que mobilizem recursos adequados e sustentados e que reduzam as desigualdades e ineficiências.

¹ Nos últimas 20 anos, a África Sub-Sahariana teve um crescimento económico, muito baixo com um crescimento per capita de cerca de 1.3%. Para além disto, os índices de pobreza também se agravaram neste mesmo período, aumentando de 31 para 46%. A distribuição de rendimentos, é ainda muito desigual e segundo o índice Gini a maioria dos países africanos encontra-se entre a 45ª e a 60ª posição.

² OMS, Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Novos compromissos, Novas Perspectivas. Genebra, 2001.

³ Eastern and Southern Africa NHA Network. National Health Accounts in Eastern and Southern Africa: A Comparative Analysis. Unpublished Report. Cape Town, South Africa, 2001.

CARACTERIZAÇÃO

6. O desenvolvimento de estratégias justas e viáveis de financiamento requer um conhecimento sobre o gasto total na saúde, as fontes, a contribuição de cada fonte e a utilização dos fundos. Sem esta informação, existem poucas hipóteses para avaliar as opções alternativas de financiamento, de afectação de recursos e de desenvolvimento de formas efectivas e eficientes de prestação dos serviços. A tónica do financiamento da saúde na Região será a captação e a reafectação de recursos financeiros e a aquisição de serviços de saúde.

A captação de recursos financeiros

7. Na Região Africana, têm sido utilizadas oito formas alternativas de captação de recursos para financiar os serviços de saúde: os impostos, a segurança social, os seguros privados de saúde, os esquemas de mutualistas locais, os pagamentos directos dos utentes (conhecidos por diferentes países como participações e/ou reembolsos), recursos externos (doações), impostos sobre hábitos menos saudáveis e contas poupança saúde.

8. Os impostos têm sido a forma mais utilizada para o financiamento dos serviços de saúde na Região. O Estado cobra impostos às empresas e aos cidadãos e utiliza parte destas quantias para o financiamento dos serviços de saúde. Esta forma de financiamento é tida como a mais eficiente e equitativa mas, depende muito do desempenho macro-económico de cada país, do tipo de imposto e da capacidade humana e institucional do próprio Estado para cobrar os impostos.

9. A Segurança Social é um sistema que envolve contribuições obrigatórias dos empregados e da entidade patronal. Pode ser uma forma eficaz de gerar recursos para a saúde, e a sua gestão pode revelar-se pouco dispendiosa.

10. Quando o seguro público de saúde não é universal, podem existir consequências negativas na equidade e na prestação dos cuidados de saúde, porque há a tendência para se dividir o sistema em duas partes: os que têm seguro e os que não o têm, havendo geralmente uma utilização mais dispendiosa de serviços por parte dos que têm seguro, o que resulta em maiores gastos. Na Região, foram poucos os países que adoptaram este sistema de financiamento de cuidados de saúde, sistema este que não cobre a totalidade da população.

11. Muitos países na Região têm alguns tipos de esquemas de seguros de saúde privados, que cobrem o próprio sector privado ou quem a ele aderir. Esta é uma forma vantajosa de captação de recursos, em especial se o sector abrangido for grande. Contudo, é um sistema pouco equitativo porque é propenso à “selecção adversa”⁴ e ao *comportamento moral de risco*⁵, também designado por *abuso do segurado*. O

⁴ Selecção adversa é um tipo específico de informação imperfeita, em que o paciente sabe mais sobre o seu potencial de doenças, escondendo-o da agência seguradora. Os pacientes com maior risco exigem uma maior cobertura, enquanto aqueles em menor risco optam por não serem segurados. Isto tem como consequência a subida dos prémios de seguro.

⁵ Comportamento moral de risco, é quando as atitudes dos consumidores e dos prestadores de cuidados de saúde mudam pois os custos totais dos cuidados de saúde lhes são reembolsados. Pode assim ocorrer que os incentivos para adoptar estilos de vida mais saudáveis diminuam, e a utilização dos serviços de cuidados de saúde pode tornar-se excessiva.

Estado pode reduzir a selecção adversa atribuindo subsídios à população que não pode pagar os prémios, enquanto que o risco moral pode ser reduzido através de co-pagamentos.

12. Um determinado número de países na Região tem adoptado os esquemas de financiamento comunitário local (mutualismo), de que a “Iniciativa de Bamaco” é um bom exemplo. Pode ser uma forma eficiente de obter dividendos sem ter despesas salariais, especialmente em cuidados básicos, e pode reduzir as despesas demasiado elevadas para os mais carenciados. Contudo, contém problemas de cobertura, de adesão pelas diferentes etnias, de capacidade de gestão e da existência de recursos pouco adequados para a prestação de serviços, porque os prémios são muito baixos.

13. O pagamento directo é o maior instrumento da reforma do financiamento da saúde e que está amplamente implementado na Região Africana. Este sistema liga o pagamento à utilização dos serviços de saúde, mas a capacidade para gerar dividendos é muito baixa (em média, o equivalente a 5% das despesas recorrentes).

14. Além disso, o pagamento directo tem implicações sérias na equidade do acesso aos serviços de saúde porque desencoraja a sua utilização pelos mais pobres. Obriga os cidadãos a pagar despesas insuportáveis e a ter que recorrer a empréstimos e à venda de bens. De facto, ainda não foram implementados mecanismos de isenção capazes de proteger os mais carenciados destes gastos, devido a vários problemas, onde se inclui o critério de caracterização de “pobre”.

15. Os recursos externos incluem donativos e empréstimos de organizações locais e internacionais ao Estado, o que equilibra as suas fracas receitas e desempenha um papel importante no pagamento de despesas com o capital, nos abastecimentos e medicamentos básicos, no reforço institucional e humano e em alguns programas de saúde da Região.

16. Contudo, esta forma de financiamento é insustentável e pode acentuar as desigualdades existentes porque as preferências dos doadores podem não coincidir com as dos governos. Além disso, a provisão de recursos está dependente de vários factores que muitas vezes provocam atrasos na implementação de actividades, dando uma falsa impressão quanto à inadequada capacidade de absorção dos países. A dependência excessiva de financiamentos externos pode dificultar a implementação de planos de saúde nacionais.

17. Alguns países estão a desenvolver sistemas de impostos baseados em hábitos menos saudáveis, que geralmente recaem sobre o álcool ou o tabaco. No sector público, estes impostos são eficazes na redução da procura de substâncias perigosas ao aproximar o seu preço do verdadeiro custo social, apesar de aumentar o preço para os consumidores.

18. No entanto, estes impostos podem provocar conflitos de interesse para as empresas públicas e reduzir a flexibilidade futura de reafecção de fundos públicos. Além disso, podem também reduzir a responsabilidade das agências a quem os fundos são atribuídos. São pouco equitativos, (é a imposição de um imposto adicional) pois são os pobres os maiores consumidores destes produtos.

19. Alguns países estão a implementar contas-poupança para a saúde. Estas são contas independentes e pessoais onde os utentes poupam dinheiro, com o objectivo de o utilizar no pagamento de serviços de saúde, sempre que necessário. Contudo, este sistema depende da existência de um mercado activo e da propensão para a poupança.

A junção de recursos financeiros

20. A junção de fundos significa que os recursos financeiros já não estão ligados a um só financiador ou contribuinte. As pessoas saudáveis pagarão mais do que usufruem em termos de serviços de saúde, enquanto os menos saudáveis utilizarão mais serviços.

21. Os seguros de saúde são um exemplo deste tipo de sistema, o qual apresenta muitas vantagens. Diferente do mecanismo de pagamento directo, não obriga a pagar despesas inoportáveis que fazem gastar todas as poupanças, contrair empréstimos, sobrecarregar os orçamentos domésticos e as famílias.

22. Contudo, existem problemas para decidir o tipo de financiamento mais correcto porque isso toca questões fundamentais de ética como sejam a distribuição da carga fiscal e da distribuição dos lucros entre ricos e pobres. Existem também dúvidas se devem existir uma ou várias fontes de financiamento, havendo em cada uma delas vantagens e desvantagens. No geral, são poucos os países da Região que utilizam este sistema.

A aquisição de serviços de saúde

23. A aquisição de serviços de saúde é o processo mediante o qual os recursos financeiros afectos à saúde são distribuídos aos prestadores para que estes prestem cuidados de saúde a grupos de indivíduos. Estes recursos cobrem as prestações de serviço e os contratos entre compradores e prestadores independentes e cobrem as transacções individuais entre clientes e prestadores.

24. A eficiência do sistema de financiamento da saúde é extremamente influenciada pela forma como esses serviços são adquiridos. As condições de aquisição geram grandes incentivos que podem alterar o acesso, a qualidade, a utilização, a cobertura, a produtividade dos prestadores e a distribuição ao longo de todas as intervenções.

25. Existem várias formas de pagamento dos cuidados de saúde, entre os quais estão, por exemplo, o pagamento por salário, por acto, ou por capitação:

- a) Por salário, é quando o comprador com base no salário, acorda com o prestador e este constrói e equipa instalações. Este é o contrato de compra mais utilizado no sector público da saúde na Região Africana. Apesar de simples do ponto de vista administrativo, requer capacidade administrativa para assegurar a utilização eficiente dos recursos, a sua distribuição equitativa e a sua correcta gestão. Constitui um fraco incentivo ao desenvolvimento e à monitorização da qualidade dos cuidados prestados.
- b) Por acto, requer o pagamento de serviços ou bens de saúde que são efectivamente prestados. A qualidade da prestação é geralmente elevada mas, incentiva prestações desnecessárias de cuidados que consequentemente, provocam o aumento dos gastos.

- c) Por capitação, requer que o comprador contratualize com os prestadores para assegurar a prestação de cuidados de cada um dos filiados em troca do pagamento feito com base em cada pessoa (capitacional). Esta hipótese permite alargar a prestação de cuidados a grupos com menor acesso a esses cuidados, ou a serviços específicos. Por outro lado, é necessário identificarem-se previamente os custos iniciais, os finais e os resultados, o que nem sempre é fácil de determinar. Este tipo de contrato de compra é pouco comum na Região Africana.

DESAFIOS

26. Alguns dos grandes desafios que um grande número de países na Região vai ter de enfrentar para desenvolver estratégias de financiamento justas e viáveis são:

- a) A capacidade técnica limitada para gerir as complexas componentes do financiamento da saúde e a grande mudança de legisladores e de planificadores, que em ambas as situações é devido a fracos incentivos financeiros.
- b) A capacidade institucional limitada que permita facilitar o desenvolvimento e a implementação de estratégias de financiamento justas e viáveis.
- c) A falta de continuidade das reformas do financiamento da saúde, dado o vasto contexto de instabilidade institucional do sector público.
- d) A fraca capacidade analítica que faz com que os factos concretos não sejam usados na elaboração de políticas da saúde e na tomada de decisões.

27. Para além disto, as limitações no desenvolvimento de estratégias justas e viáveis para o financiamento da saúde, são as mesmas que impedem o desenvolvimento dos países. Estes são, por exemplo, o fraco crescimento económico (fraca taxação fiscal) e o elevado desemprego; os elevados níveis de pobreza, um enorme sector informal, os salários baixos no sector formal e o elevado fardo das doenças, especialmente decorrente do HIV/SIDA.

28. Para ultrapassar estas limitações e antes de iniciarem as reformas sobre o financiamento da saúde, os países precisam de reunir evidências empíricas sobre os sistemas económicos sociais, políticos, epidemiológicos e de financiamento da saúde.

29. Existe, no âmbito dos sistemas de financiamento da saúde, um instrumento estabelecido a nível internacional, as Contas Nacionais de Saúde (CNS), que pode ser usado para a implementação, o desenvolvimento, a monitorização e a avaliação de políticas. Este instrumento ajuda a obter uma clara visão do circuito financeiro do sistema de saúde, ao identificar as fontes financeiras, os agentes, os prestadores e os consumidores e ao mostrar as fontes e a utilização do capital. Torna-se pois necessário reforçar a implementação e a institucionalização deste sistema em África.

TEMAS DE DISCUSSÃO

30. A escolha e a implementação de reformas para o financiamento da saúde devem ter em atenção a evidência resultante das actuais despesas da saúde; as fontes de financiamento e a utilização desses fundos; a análise da viabilidade económica das várias opções financeiras, a análise das políticas de saúde,

análise jurídica do meio político-social, etc.. Qual a melhor forma de criação destas evidências, na Região?

31. Nos vários países, os diferentes níveis de financiamento dos sistemas de saúde estão associados aos diferentes resultados em saúde. Existe alguma “quantia mínima ou adequada” per capita que possa ser gasta na saúde?

32. Os países têm uma necessidade profunda de obter receitas adicionais e, bem como de uma justiça no financiamento. Como é que isto pode ser conseguido pelos países? Os mecanismos de isenção, que permitem aos mais pobres terem acesso gratuito aos serviços de saúde durante as reformas de financiamento do sector da saúde, já deram provas de ineficácia. Como podem estes mecanismos ser melhorados?

33. A maioria dos países tem fracas perspectivas económicas e grandes sectores informais; debatem-se com o desemprego e têm uma enorme prevalência de doentes com HIV/SIDA. Como poderão estes países minimizar os pagamentos directos e maximizar a utilização de esquemas de pré-pagamento?⁶

34. Na Região, as doações constituem uma fatia importante do financiamento do sector da saúde. Actualmente, aquelas equivalem apenas às despesas com capital e a alguns programas de saúde, estando sujeitas a condicionamentos. Como poderão os países aumentar a eficácia, a eficiência e a equidade na utilização das doações à saúde?

35. Dado os mecanismos de financiamento existentes terem um fraco potencial para aumentar as receitas da saúde face às despesas crescentes, como poderão os países desenvolver mudanças organizacionais e incrementar a equidade e a eficiência na distribuição e utilização dos recursos financeiros da saúde?

RESULTADOS ESPERADOS

36. Adopção de mecanismos para a obtenção de dados sobre o desenvolvimento, e implementação da Política de Financiamento de Saúde.

37. Adopção consensual sobre a adopção da “quantia mínima ou adequada” per capita a ser gasta no sector da saúde da Região.

38. Identificação de mecanismos justos para gerar receitas adicionais e melhorar os serviços prestados aos mais pobres;

39. Identificação de mecanismos para melhorar a efectividade dos recursos provenientes de doações;

40. Identificação de mecanismos para diminuir os pagamentos directos e aumentar os esquemas identificados de pré-pagamento.

41. Aumento da equidade e eficiência na distribuição e no uso dos recursos financeiros identificados.

42. Orientações para o reforço do financiamento da saúde na Região.

⁶ Impostos, seguros públicos de saúde, esquemas de pré-pagamento, etc. Qualquer outro que não seja o pagamento directo.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC52/RT/3
12 de Fevereiro de 2002

Quinquagésima-segunda sessão
Brazzaville, Congo, 19-23 de Agosto de 2002

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 9.3 da ordem do dia provisória

FINANCIAMENTO NA SAÚDE

Mesa-Redonda nº3

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO	1 - 5
ENQUADRAMENTO	6 - 25
A captação de recursos financeiros	7 - 19
A junção de recursos financeiros	20 - 22
A aquisição de serviços de saúde	23 - 25
DESAFIOS	26 - 29
TEMAS DE DISCUSSÃO	30 - 35
RESULTADOS ESPERADOS	36 - 42