



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Quinquagésima-sexta sessão

Addis Abeba, Etiópia, 28 de Agosto - 1 de Setembro de 2006

Ponto 8.4 da ordem do dia provisória

FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. O modo como um sistema de saúde é financiado afecta a sua administração-geral, o fluxo de contributos, a prestação de serviços e a consecução de objectivos como boa saúde, resposta às expectativas não médicas das populações (menor tempo de espera, respeito pela dignidade, a limpeza das instalações de saúde e a qualidade das refeições) e justiça nas contribuições financeiras, para que as pessoas não fiquem expostas a um maior risco de empobrecimento.
2. Os países da Região deparam-se com numerosos desafios fulcrais, como: investimento reduzido na saúde; taxas baixas de crescimento económico; escassez de políticas e planos estratégicos abrangentes para o financiamento da saúde; pagamentos onerosos por parte dos utentes; limitado acesso financeiro aos serviços da saúde; reduzida cobertura por seguros de saúde; ausência de redes de segurança social que protejam as populações pobres; uso deficiente dos recursos; ajuda ineficaz; e fragilidade dos mecanismos de coordenação do apoio dos parceiros para o sector da saúde.
3. Para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) relacionadas com a saúde e concretizar os objectivos nacionais de desenvolvimento sanitário, os sistemas de saúde da Região Africana necessitam urgentemente de mais dinheiro; maior equidade no financiamento e no acesso aos serviços de saúde; uso eficiente dos recursos para a saúde; e alargamento da cobertura dos serviços sanitários, em especial os que se destinam às populações pobres. Exortam-se os países a institucionalizarem as contas nacionais de saúde para facilitar o planeamento, a monitorização e a avaliação.
4. O objectivo desta estratégia consiste em estimular a concepção de um sistema nacional de financiamento da saúde, que permita alcançar as MDM relacionadas com a saúde e outras metas nacionais da saúde.
5. Convida-se o Comité Regional a analisar esta estratégia e a resolução em anexo, e a aprovar as acções recomendadas.

ÍNDICE

Parágrafos

INTRODUÇÃO	1-6
ANÁLISE DA SITUAÇÃO	7-15
A ESTRATÉGIA REGIONAL.....	16-34
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	35-38
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	39-41
CONCLUSÃO	42-43

INTRODUÇÃO

1. O financiamento da saúde é uma das quatro funções dos sistemas de saúde e reporta-se à recolha de fundos provenientes de várias fontes (como governos, famílias, empresas, doadores), à sua agregação para partilha do risco financeiro entre grupos populacionais mais alargados, e ao seu uso no pagamento de serviços de prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados.¹ O financiamento da saúde tem como objectivos disponibilizar fundos, garantir a selecção e aquisição de intervenções de boa relação custo-eficácia, definir incentivos financeiros adequados para os prestadores de cuidados e garantir que todos os indivíduos tenham acesso a serviços de saúde eficientes.²

2. O desempenho de um sistema de financiamento da saúde depende, entre outros factores, da sua capacidade de gerar rendimentos de modo equitativo e eficiente; do grau de partilha do risco financeiro entre a população saudável e os doentes, e entre ricos e pobres; da extensão dos subsídios concedidos aos pobres; da eficácia na aquisição de produtos e serviços para a saúde; e da situação económica prevalecente, ou seja: crescimento económico, desemprego, dimensão do sector informal comparado com o formal, boa governação, etc..

3. Está amplamente provado que o modo como um serviço de saúde é financiado afecta tanto o desempenho das suas funções, como a prossecução dos seus objectivos.³ A dimensão, eficácia e equidade do financiamento da saúde condicionam o ritmo a que cada país consegue alcançar os seus objectivos de desenvolvimento sanitário e as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM).

4. Reconhecendo o papel fulcral do financiamento no desenvolvimento da saúde, os Chefes de Estado africanos comprometeram-se, em 2001, a tomar todas as medidas necessárias para assegurar a disponibilização de recursos e a eficácia no seu uso. Concordaram também em afectar pelo menos 15% dos seus orçamentos nacionais anuais à melhoria do sector da saúde;⁴ tal compromisso foi reafirmado na Declaração do Maputo.⁵ Resoluções recentes⁶ do Comité Regional Africano da OMS exortam os Estados-Membros a honrar o compromisso dos Chefes de Estado em Abuja.

5. Em Maio de 2005, a 58ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução⁷ que exorta os Estados-Membros a garantir que os sistemas de financiamento da saúde incluam um método de pré-pagamento de contribuições financeiras para os cuidados de saúde. Com isso pretende-se partilhar os riscos entre as populações e evitar despesas catastróficas com os cuidados de saúde,

¹ OMS, *The world health report 2000: Health systems: improving performance*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2000.

² Carrin G, James C, Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage, *International Social Security Review*, 58(1): 45–64, 2005.

³ Preker AS, Carrin G (eds), *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing*, Washington, D.C., Banco Mundial, 2004.

⁴ OUA, *Abuja declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases*, Addis Abeba, Organização da Unidade Africana, 2001.

⁵ UA, *Maputo declaration on HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and other related infectious diseases*, Addis Abeba, União Africana, 2003.

⁶ AFR/RC52/R4, Pobreza e Saúde: Estratégia para a Região Africana. In: *52ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS, Harare, Zimbabwe, 8–12 Outubro 2002, Relatório Final*, Brazzaville, OMS, Escritório Regional Africano, 2002 (AFR/RC52/19), pp. 11–13. AFR/RC53/R1, Macro-economia e saúde: Caminho futuro na Região Africana. In: *53ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS, Joanesburgo, África do Sul, 1–5 Setembro/2003, Relatório Final*, Brazzaville, OMS, Escritório Regional Africano, 2003 (AFR/RC53/18), pp. 11–12.

⁷ Resolução WHA58.33, Financiamento sustentado da saúde, cobertura universal e seguro social de saúde, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005 (WHA58/2005/REC/1).

bem como o empobrecimento dos indivíduos que procuram cuidados. A resolução também estimula uma transição planeada para a cobertura universal e para fundos externos garantidos, geridos e organizados em função de programas ou actividades específicas para a saúde, que contribuam para a criação de mecanismos duradouros de financiamento do sistema de saúde no seu todo.

6. Este documento faz uma breve análise da situação do financiamento da saúde na Região; propõe intervenções prioritárias, que podem ser implementadas para reforço dos sistemas nacionais de financiamento da saúde; define os papéis e responsabilidades da OMS e dos parceiros; e propõe um quadro sucinto de monitorização e avaliação. As intervenções propostas deverão ser urgentemente implementadas, para assegurar a consecução das MDM e de outras metas nacionais para a saúde. Este documento de estratégia está em consonância com o espírito da Política de Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana.⁸

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

7. Em 2002, 15 dos 46 países despendiam com a saúde menos de 4,5% do seu produto interno bruto; em 29 países, a despesa dos governos por pessoa/ano era inferior a 10 dólares americanos (ver *Figura 1*); e 43 países gastavam com a saúde menos de 15% do seu orçamento nacional anual (ver *Figura 2*). Assim, muitos países encontravam-se longe de alcançar a meta dos 15% definida pelos Chefes de Estado africanos em 2001. Além disso, 31 deles não seguiram a recomendação da Comissão de Macroeconomia e Saúde (CMH) da OMS,⁹ consignando um gasto com a saúde de 34 dólares americanos per capita (ver *Figura 3*), o necessário para adquirir um pacote de serviços essenciais de saúde. Na realidade, estimativas feitas na base dos dados de 2002 revelam que, mesmo se todos os países atingissem a meta de Abuja, mais de metade deles não teria conseguido grandes progressos na via para alcançar as metas da CMH e as MDM.¹⁰

8. Em 24 países, 50% do total das despesas com a saúde vieram de fontes governamentais; em 17 países, 25% do total das despesas com a saúde vieram de fontes externas. Isto mostra que a comunidade internacional dá um contributo importante ao financiamento da saúde na Região. No entanto, as implicações dos custos recorrentes dos investimentos de capital suportado por doadores muitas vezes não são tidas em conta, o que tem um impacto negativo na sua sustentabilidade.

9. As despesas privadas das famílias e empresas representaram mais de 40% do total da despesa com a saúde em 31 países. Muitos dos gastos privados resultaram de pagamentos directos por parte dos agregados familiares (ver *Figura 4*), incluindo os regimes de recuperação de custos da Iniciativa de Bamako^{11, 12}. Os mecanismos de pré-pagamento para financiar a saúde (incluindo os seguros de saúde mútuos e os regimes de seguros de saúde de base comunitária)¹³ apenas abrangem uma pequena parte das populações da Região; em dois países, eles representam mais de

⁸ OMS/AFRO, Saúde para Todos no Século XXI na Região Africana: Agenda 2020. Harare 2002.

⁹ OMS, *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2001.

¹⁰ Atim C, Financial factors affecting slow progress in reaching agreed targets on HIV/AIDS, TB and Malaria in Africa, London, DFID Health Resource Centre, 2006.

¹¹ WHO, Relatório da análise da implementação da Iniciativa de Bamako em África, Harare, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 1999.

¹² Mcpake B, Hanson K, Mills A, Community financing of health care in Africa: an evolution of the Bamako Initiative, *Social Science and Medicine* 36(11): 1383-1395.

¹³ Ekman B, Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning* 19(5): 249-270.

72% das despesas privadas com a saúde. Contudo, mesmo nesses países a percentagem da população abrangida por tais mecanismos é relativamente pequena.

10. Os profissionais da saúde contratados pelo governo e as ONG recebem muitas vezes salários fixos que não são proporcionais à carga laboral. Em muitos países, o financiamento dos serviços públicos é processado por meio de orçamentos históricos ajustados à inflação e por transferências de fundos entre ministérios, com reduzidas preocupações estratégicas a orientar as decisões de afectação dos fundos.¹⁴

11. Alcançaram-se alguns progressos nos últimos anos, na mobilização de mais financiamento para o sector da saúde e na abordagem a vários problemas de equidade e eficiência, incluindo a agregação dos fundos e a gestão do risco. Há igualmente um certo entendimento quanto aos problemas fulcrais relacionados com a afectação dos recursos e a aquisição de serviços de saúde.

Desafios

12. Entre os desafios relacionados com uma recolha eficiente e equitativa dos rendimentos citam-se: baixo investimento na saúde; grande dependência face às despesas a cargo dos utentes; reduzida capacidade das famílias para pagarem, devido à pobreza generalizada; elevado desemprego; baixo crescimento económico; o duplo fardo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis; crescimento demográfico com taxas elevadas, mas a declinar; desembolso errático dos fundos dos doadores; e mecanismos frágeis de coordenação das parcerias na saúde.

13. Ainda persistem desafios relacionados com a agregação dos rendimentos e a gestão dos riscos. Por exemplo, o desembolso directo por parte das famílias não passa por mecanismos de agregação. Os países tendem a confiar somente em um ou dois dos quatro mecanismos de gestão dos riscos (sistemas de cuidados de saúde financiados pelo estado, seguro social de saúde, seguro de saúde de base comunitária e seguro de saúde voluntário), que podem não ser os adequados para atingir todos os objectivos do financiamento da saúde. As limitações nas opções de resseguro deixam os esquemas de seguros vulneráveis à bancarrota.¹⁵ Também a gestão dos riscos é negativamente afectada por deficientes capacidades de gestão no sector público, a fraca qualidade dos serviços de saúde pública, os pacotes restritivos de benefícios públicos, as deficiências nos subsídios cruzados e os salários insuficientes dos profissionais da saúde pública.

14. São numerosos os desafios relacionados com a afectação de recursos e a aquisição de serviços de saúde. Muitos governos ainda prestam todos os seus serviços de saúde através do sector público, apesar da existência e da popularidade de unidades de ONG e do sector privado. Os fundos provenientes de doadores são muitas vezes afectados a doenças prioritárias e, por isso, não podem ser usados no reforço dos sistemas de saúde. Alguns subsídios aos prestadores de cuidados de saúde vêm beneficiar mais as populações ricas que as pobres. Em muitos países da Região, os actuais salários do sector dos cuidados de saúde não criam incentivos a um bom desempenho e os mecanismos de pagamento nas instituições de saúde pública desencorajam a optimização dos resultados e a contenção das despesas. As unidades de saúde continuam a usar os recursos de modo deficiente.¹⁶

¹⁴ Preker AS, Managing scarcity through strategic purchasing of health care. In: Preker AS, Langenbrunner JC (eds), *Spending wisely: Buying health services for the poor*, Washington, D.C., The World Bank, 2005, pp. 23–60.

¹⁵ Dror DM, Preker AS (eds), *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing*, Washington, D.C., Banco Mundial e Organização Mundial do Trabalho, 2002.

¹⁶ Kirigia JM, Emrouznejad A, Sambo LG, Measurement of technical efficiency of public hospitals in Kenya: Using data envelopment analysis, *Journal of Medical Systems*, 26 (1): 29–45, 2002; Asbu EZ, McIntyre D, Addison T, Hospital efficiency and productivity in three provinces of South Africa, *South African Journal of Economics*, 69 (2): 336–358, 2001.

Oportunidades

15. Os países poderão colher vantagens de numerosas oportunidades. Entre estas, mencionam-se a dinâmica decorrente das MDM; o compromisso dos Chefes de Estado africanos em aumentar significativamente as despesas com a saúde; o compromisso da comunidade de doadores (por ex., Mecanismo de Financiamento Internacional, G8, UE, OCDE) no sentido de expandirem significativamente os instrumentos de ajuda (como o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, GAVI e a iniciativa dos países pobres altamente endividados) e de aumentarem a eficácia da ajuda;¹⁷ crescente adesão dos parceiros nos países às Abordagens de Âmbito Sectorial (SWAP). Outras oportunidades derivam da crescente determinação da União Africana em promover a boa governação, transparência e responsabilização na Região, no contexto da NEPAD; da crescente consciência face ao papel essencial da saúde no desenvolvimento; da inclusão de uma componente da saúde nas estratégias nacionais de redução da pobreza (incluindo os Documentos da Estratégia de Redução da Pobreza e o Quadro de Despesas a Médio Prazo); a existência de potencial para aumentar a disponibilidade em recursos, aumentando a eficiência; e a maior partilha de saberes sobre o financiamento da saúde.¹⁸

A ESTRATÉGIA REGIONAL

Objectivos

16. O objectivo geral desta estratégia consiste em estimular o desenvolvimento de sistemas nacionais de financiamento da saúde equitativos, eficientes e sustentáveis, para alcançar as MDM e outras metas nacionais da saúde.

17. Os objectivos específicos da estratégia são:

- a) garantir um financiamento adequado dos sistemas de saúde, para atingir as metas e objectivos desejados de modo duradouro;
- b) garantir um acesso financeiro equitativo a serviços de saúde de qualidade;
- c) garantir às pessoas protecção contra a catástrofe financeira e o empobrecimento decorrentes do uso dos serviços de saúde;
- d) garantir eficiência na afectação e uso dos recursos do sector da saúde;

Princípios orientadores

18. A escolha e implementação de intervenções prioritárias de financiamento da saúde serão orientadas pelos seguintes princípios:

- a) A ***apropriação por parte dos países*** garantirá que sejam estes a orientar e a responsabilizar-se por todos os processos de financiamento.

¹⁷ WHO, *Paris declaration on aid effectiveness: Ownership, harmonization, alignment, results and mutual accountability*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, Forum de Alto Nível, 2005.

¹⁸ Preker AS, Langenbrunner JC (eds), *Spending wisely: Buying health services for the poor* Washington, D.C., Banco Mundial, 2005. Mais informação sobre o financiamento da saúde encontra-se disponível em: http://www.who.int/health_financing; www.who.int/evidence/cea; <http://www.who.int/contracting>; <http://www.worldbank.org>.

- b) A prestação de serviços de cuidados de saúde procurará estimular a **equidade no acesso** a todos os grupos populacionais, com especial atenção aos mais vulneráveis (pobres, mulheres e crianças). A **equidade no financiamento** deve garantir que as contribuições para o financiamento do sistema de saúde sejam proporcionais à capacidade de pagar e que surjam muito antes de os cuidados serem necessários, para proteger as famílias do empobrecimento.
- c) A **eficiência** garantirá que um máximo de benefícios para a saúde serão obtidos a partir dos escassos recursos disponíveis, atendendo especialmente quer às despesas imediatas de funcionamento, quer às implicações de custos a longo prazo recorrentes dos recursos humanos e dos investimentos de capital.
- d) Uma **transparência** em grau elevado deve ser visível em todos os procedimentos e mecanismos financeiros e nas próprias despesas.
- e) Os mecanismos de **partilha do risco** deverão crescer, para aumentar a percentagem do orçamento para a saúde que é agregada, reduzindo a percentagem gerada pelos pagamentos dos utentes.
- f) A **tomada de decisões com base factual** deverá ocorrer no dia-a-dia, em consonância com as reformas do financiamento da saúde, apoiando-se em episódios da vida real bem sucedidos e sendo economicamente viáveis.
- g) As **parcerias** devem englobar todos os sectores relacionados com a saúde, os vários níveis do governo, sector privado, organizações internacionais para o desenvolvimento, comunidades e sociedade civil.

Intervenções prioritárias

19. As intervenções prioritárias propostas centram-se em torno do **reforço** das três funções do financiamento da saúde: recolha de receitas; agregação das receitas e gestão do risco; afectação de recursos e aquisições.

20. Este reforço das funções pode exigir a formação e contratação de novas categorias de pessoal com competências em análise actuarial, economia da saúde, gestão financeira e de activos, tecnologias da informação, gestão de seguros e programas de pré-pagamento e planeamento, monitorização e avaliação.

Recolha de receitas

21. *Reforçar os mecanismos de financiamento.* A longo prazo, o objectivo será a criação de mecanismos de pré-pagamento, como o seguro social de saúde, o financiamento dos cuidados de saúde a partir de taxas (incluindo os impostos a aplicar ao álcool e ao tabaco) ou qualquer sistema misto de pré-pagamento (com a máxima participação da comunidade), para alcançar a meta da cobertura universal. Na fase de transição para a cobertura universal, é provável que os países usem uma combinação de mecanismos para gerir eficazmente o risco financeiro. Entre estes, mencionam-se subsídios (taxas e donativos), seguro obrigatório (por ex., cobertura por seguro social de saúde para grupos específicos), seguro voluntário (de base comunitária, cooperativa ou empresarial), resseguro, poupanças e despesas directas limitadas.

22. *Honrar compromissos regionais do passado.* Presentemente, há necessidade de uma acção política para levar os Chefes de Estado africanos a honrar o compromisso de afectar à saúde 15% dos respectivos orçamentos nacionais. Essa medida exige aumentos ambiciosos, mas realistas,

nas afectações para o sector da saúde, ao abrigo do Quadro de Despesas a Médio Prazo de cada país. Além disso, os orçamentos aprovados segundo os devidos procedimentos do governo devem ser executados na sua totalidade.

23. *Monitorizar o apoio orçamental multi-doadores.* É necessário monitorizar de perto o apoio orçamental multi-doadores, para garantir que a transição do apoio sectorial para o orçamento geral não provoque uma redução nas contribuições dos doadores para o sector da saúde.

24. *Eliminar ou reduzir os pagamentos dos utentes.* Os países que optem por eliminar ou reduzir os pagamentos por parte dos utentes deverão assegurar-se da existência de uma fonte alternativa de financiamento, para continuarem a prestar serviços de alta qualidade.¹⁹

25. *Melhorar a eficácia na recolha de receitas.* Os mecanismos de recolha das receitas deverão evitar o desperdício dos poucos recursos em custos administrativos elevados, maximizando os recursos dos sectores formal e informal.

Agregação das receitas

26. *Criação de sistemas de pré-pagamento.* Os países deverão criar ou expandir sistemas de pré-pagamento, por exemplo, fundos que sejam recolhidos por meio de taxas e/ou de pagamento de seguros. Com esses sistemas, as pessoas acedem aos serviços quando precisam e os pobres ficam protegidos da catástrofe financeira, graças à redução dos pagamentos pelos utentes. Na concepção desses esquemas, os decisores terão de conseguir a participação de todos os outros intervenientes.²⁰

27. *Criação de novas agências de financiamento da saúde.* Devido à complexidade dos laços entre, por um lado, a gestão do risco e, por outro, a recolha das receitas e a aquisição dos serviços de saúde, muitos países podem optar por criar novas agências para o financiamento da saúde para assegurar a necessária coordenação das três funções do financiamento da saúde. Ao planear as novas agências de financiamento da saúde, o governo deve incluir nelas representações de todos os parceiros pertinentes. Sejam quais forem as alterações institucionais, os problemas relacionados com a qualidade dos cuidados, âmbito dos benefícios, mecanismos de pagamento ao prestador e remuneração do pessoal devem ser abordados de um modo que favoreça a agregação das receitas e a gestão do risco.

28. *Reforçar as redes de segurança para protecção dos pobres.* A eficácia dos mecanismos de isenção pode ser reforçada por: maior conhecimento da política de isenção, por parte da comunidade; concessão de cartões de isenção às populações pobres, muito antes de terem de recorrer aos cuidados de saúde; redução nos custos directos (incluindo o transporte) e indirectos para as populações pobres; reforço da capacidade administrativa para monitorizar, supervisionar, interpretar e conceder isenções; compensação das unidades de saúde pelas receitas perdidas devido à concessão de isenções; maior financiamento das unidades de saúde nos locais onde se concentram as populações pobres; e reforço do apoio político às isenções.²¹ Além disso, quando comunidades quase inteiras vivem abaixo da linha de pobreza, provavelmente os governos terão

¹⁹ Gilson L, McIntyre D, Removing user fees for primary care in Africa: The need for careful action, *British Medical Journal*, 331: 762–765, 2005.

²⁰ OMS, Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure, Technical Briefs for Policy-Makers, Number 2, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005 (WHO/EIP/HSF/PB/05.02).

²¹ Masiye F, Analysis of health care exemption policy in Zambia: Key issues and lessons. In: Audibert M, Mathonnat J, de Roodenbeke E (eds), *Le financement de la sante dans les pays d'Afrique et d'Asie a faible revenu*, Paris, Karthala, pp. 139–159, 2003.

de providenciar serviços subsidiados; onde exista um seguro de saúde de base comunitária, a participação do governo continuará a ser necessária, em termos de subsídios e mecanismos de resseguro.

Afectação de recursos e aquisições

29. *Financiamento do reforço dos sistemas de saúde.* O financiamento para o sector da saúde existente e adicional, de fontes tanto nacionais como internacionais, deverá privilegiar o reforço dos sistemas no seu todo, assim como os programas para doenças específicas.

30. *Usar os recursos das doenças prioritárias no reforço dos sistemas de saúde.* Para garantir que os programas das doenças prioritárias sejam eficazmente implementados, é urgente reforçar o sistema de saúde subjacente, incluindo a capacidade de tratamento e os cuidados integrados (por ex., cuidados primários e Atenção Integrada às Doenças da Infância).

31. *Contratação do sector privado e de organizações não-governamentais.* As ONG e o sector privado representam recursos significativos na Região Africana. Esses recursos podem ser controlados de modo a corresponder aos objectivos da política nacional por meio de contratos com o sector público, mas muitos países terão de criar o necessário ambiente favorável, através de enquadramentos políticos e legislativos convenientes. Os governos deverão ser estimulados a contratar os serviços de prestadores não-governamentais e privados, em especial nas áreas em que ofereçam vantagens comparativas, garantindo a criação de mecanismos que possibilitem aos pobres o acesso a serviços de saúde de alta qualidade.

32. *Incorporação de mecanismos orientados para o lado da procura.* Alguns países têm experimentado mecanismos eficazes orientados para o lado da procura, como transferências condicionais de dinheiro, vales e prémios de seguros subsidiados. Onde seja pertinente e possível, estes deveriam ser complementares de mecanismos de financiamento subjacentes mais vastos. Os mecanismos orientados para o lado da procura poderiam ser mais usados na Região, para atenuar as barreiras financeiras no acesso aos serviços de cuidados de saúde.

33. *Reforma dos mecanismos de pagamento ao prestador.* Os mecanismos de pagamento ao prestador podem ser usados para criar incentivos ao aumento da produtividade, eficácia e equidade.²² Os países devem garantir que as remunerações, promoções e contratos dos profissionais da saúde estejam directamente associados ao desempenho. Reformas significativas no pagamento exigem muitas vezes reformas paralelas no funcionalismo público, de modo a alcançar o almejado objectivo político de obter os máximos benefícios para a saúde a partir dos recursos disponíveis.²³

34. *Existem outras intervenções para reduzir o desperdício de recursos.* Contam-se, entre elas, a afectação dos recursos com base numa avaliação das carências em serviços de saúde; melhoria dos métodos de aquisição (por ex., através da competitividade das ofertas), dos sistemas de distribuição e das práticas de prescrição; aperfeiçoamento dos sistemas de gestão financeira; e reforço das capacidades de orçamentação, planeamento, monitorização e avaliação em todos os níveis do sistema de saúde. Igualmente benéficos serão sistemas de referência aperfeiçoados, equidade institucionalizada e monitorização da eficácia, mecanismos de coordenação do sector da

²² Mills AJ e Ranson K. The design of health systems. In: Merson MH, Blqck RE, Mills AJ (eds), *International Public Health: diseases, programs, systems and policies*. Sudbury, Mass., Jones and Bartlet Publishing, 2005, pp. 515-558.

²³ OMS, *Paris declaration on aid effectiveness: Ownership, harmonization, alignment, results and mutual accountability*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, Fórum de Alto Nível, 2005.

saúde (como as SWAP) e um pacote de serviços essenciais que assente numa definição racional de prioridades e na escolha das intervenções.

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

35. A garantia de aumento dos recursos financeiros a nível de país, de modo equitativo e eficiente, será essencial para a consecução dos objectivos regionais de acelerar os progressos com vista a alcançar as MDM e para proteger as populações do empobrecimento devido à doença. Uma vez que a estratégia do financiamento da saúde assumirá um papel essencial na consecução destes objectivos, os recursos humanos e financeiros tornam-se necessários e importantes para o seu sucesso.

Países

36. Vontade política, empenhamento e apoio a nível nacional são essenciais para uma implementação bem sucedida desta estratégia. Além disso, a liderança técnica do Ministério da Saúde é crucial para a sua implementação. Assim, cada país deverá:

- a) reforçar a capacidade de liderança do Ministério da Saúde e a sua colaboração com os ministérios das Finanças, do Trabalho e outros ministérios e parceiros relevantes;
- b) reforçar ou conceber uma política e plano estratégico abrangentes para o financiamento da saúde, que se assumam como componentes essenciais da política nacional de saúde e do seu plano de desenvolvimento; além disso, o plano estratégico do financiamento da saúde deve dispor de um itinerário claro para atingir as MDM e, eventualmente, a cobertura universal;
- c) integrar o seu plano estratégico de financiamento da saúde nos quadros nacionais de desenvolvimento, como o Documento da Estratégia de Redução da Pobreza e o Quadro de Despesas a Médio Prazo;
- d) garantir protecção estatutária às afectações de um mínimo de financiamento para o sector da saúde;
- e) honrar o compromisso assumido pelos Chefes de Estado africanos de afectar ao desenvolvimento sanitário pelo menos 15% do orçamento nacional;
- f) mobilizar recursos adicionais e utilizar as oportunidades existentes de financiamento, para atingir as metas acordadas internacionalmente, como as MDM;
- g) reforçar a administração geral, a vigilância, transparência e responsabilização do sector da saúde, bem como os mecanismos para evitar o desperdício dos recursos para a saúde;
- h) reforçar as capacidades de gestão financeira, incluindo competências em contabilidade, auditoria, ciência actuarial, economia da saúde, orçamentação, planeamento, monitorização e avaliação;
- i) reforçar o sistema nacional de financiamento da saúde, incluindo as estruturas, processos e sistemas de gestão financeira, assim como a criação ou o reforço dos sistemas de pré-pagamento (incluindo o seguro de saúde) com participação comunitária;
- j) institucionalizar a monitorização da eficácia e equidade e a contabilidade a nível nacional e distrital no âmbito dos sistemas de gestão da informação sanitária;

- k) reforçar as capacidades de gerar e divulgar dados sobre o financiamento da saúde, incluindo os custos, e de os usar na tomada de decisões.

Organização Mundial de Saúde e parceiros

37. Em íntima parceria com o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, Banco para o Desenvolvimento Africano, Comunidades Económicas Regionais, União Europeia, doadores bilaterais, outras agências das Nações Unidas pertinentes (como o UNICEF) e outros doadores públicos e privados, a OMS dará apoio técnico e financeiro aos países da Região, para implementarem esta estratégia. Será necessário ajustar o apoio técnico e financeiro às necessidades especiais dos países:

- a) preparar directrizes regionais para a elaboração de políticas e planos estratégicos abrangentes para o financiamento da saúde, bem como para monitorizar e avaliar a sua implementação;
- b) apoiar os Estados-Membros, conforme adequado, na elaboração de instrumentos e métodos para avaliar diferentes práticas no financiamento da saúde, incluindo a recolha e agregação de receitas e a aquisição (ou prestação) de serviços, como via que conduza à cobertura universal;
- c) criar redes e mecanismos que facilitem a partilha contínua de experiências em financiamento da saúde e das lições aprendidas;
- d) apoiar a investigação em financiamento da saúde, bem como a divulgação das conclusões da investigação e o seu uso na tomada de decisões.
- e) garantir que as recomendações fulcrais desta estratégia regional constituam o núcleo central das componentes sanitárias em todos os planos de acção relevantes.

38. Além disso, a OMS e os doadores colaborarão com os Estados-Membros para garantir que:

- a) uma percentagem crescente dos orçamentos nacionais seja afectada ao sector da saúde e a outros sectores críticos, para acelerar os progressos no sentido das MDM para a saúde, em consonância com os compromissos reafirmados pelos Chefes de Estado Africanos em Maputo, em 2003;
- b) os fundos adicionais afectados à saúde e a sectores com ela relacionados pelos doadores internacionais e outros parceiros para o desenvolvimento sejam, complementares e não substitutivos dos recursos nacionais, permanecendo consistentes com os objectivos macroeconómicos e de crescimento;
- c) sejam honrados os compromissos de donativos assumidos em várias assembleias internacionais²⁴, incluindo os compromissos assumidos na Declaração de Paris²⁵ relativos à eficácia da ajuda.

²⁴ Banco Mundial, FMI, Aid financing and aid effectiveness, Washington, D.C., Comissão para o Desenvolvimento do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, 16 de Setembro de 2005 (DC2005-0020).

²⁵ OMS, Paris declaration on aid effectiveness: *Ownership, harmonization, alignment, results and mutual accountability*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, Fórum de Alto Nível, 2005.

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

39. O objectivo geral da monitorização e avaliação da estratégia de financiamento consiste em avaliar os progressos na consecução dos respectivos objectivos e contribuir para uma tomada de decisões bem informada.

40. Com o apoio da OMS e de outros parceiros para o desenvolvimento, os Estados-Membros deverão proceder a exercícios regulares das contas nacionais de saúde e criar um quadro para a monitorização e avaliação, com as seguintes bases:

- a) Fontes de financiamento: nível, distribuição e taxas de execução;
- b) Agregação: cobertura da população pelos mecanismos de agregação;
- c) Despesas: acompanhamento; incidência das despesas nos benefícios.

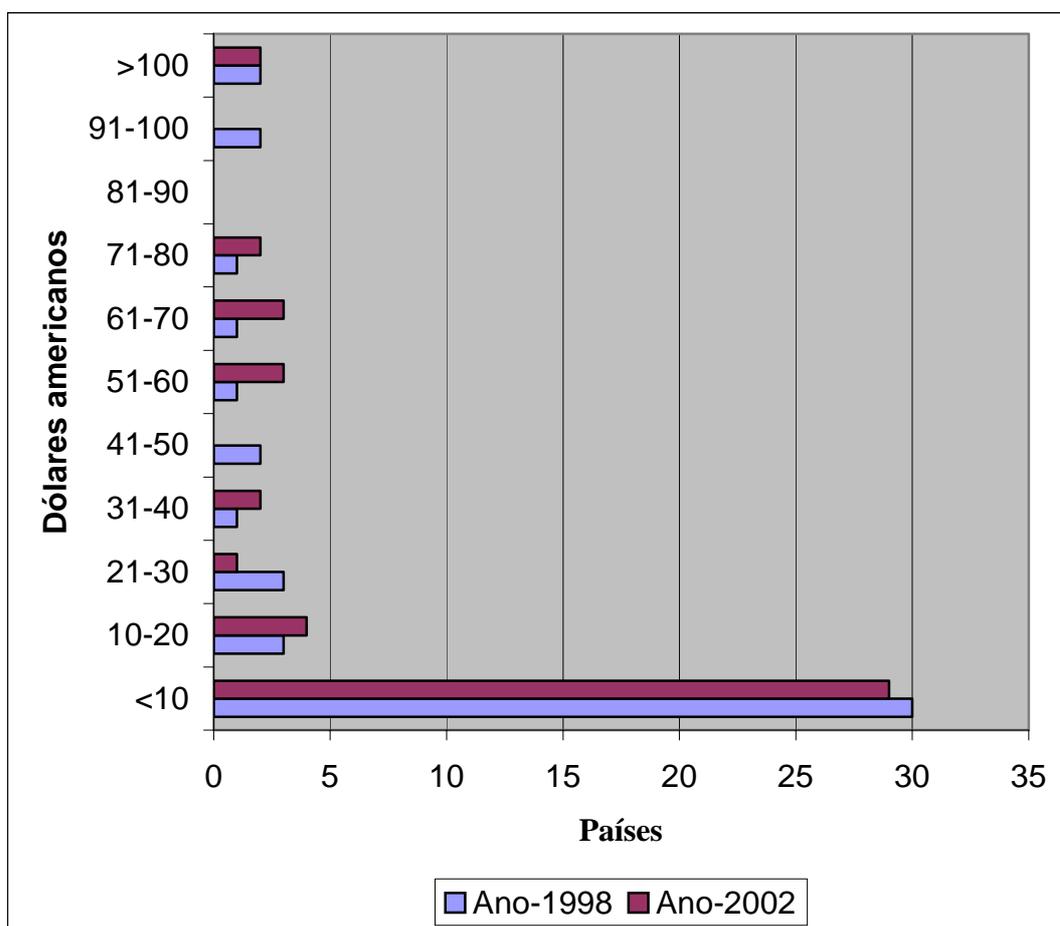
41. A OMS proporá um conjunto de indicadores globais que permitam a comparação entre países. Além disso, os países acordarão num conjunto de indicadores para monitorizarem a implementação dos objectivos e intervenções prioritárias da estratégia. Com o apoio da OMS e outros parceiros, os países recolherão continuamente informações sobre a implementação da estratégia e procederão a uma avaliação interpaíses do desempenho do financiamento da saúde de 3 em 3 anos.

CONCLUSÃO

42. Para atingir as Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde, os objectivos nacionais de desenvolvimento sanitário e alargar a cobertura dos serviços de saúde, em especial os que se orientam para os pobres, os sectores da saúde da Região Africana necessitam de mais financiamento; de maior equidade no financiamento e no acesso aos serviços de saúde; e de maior eficácia no uso dos recursos para a saúde.

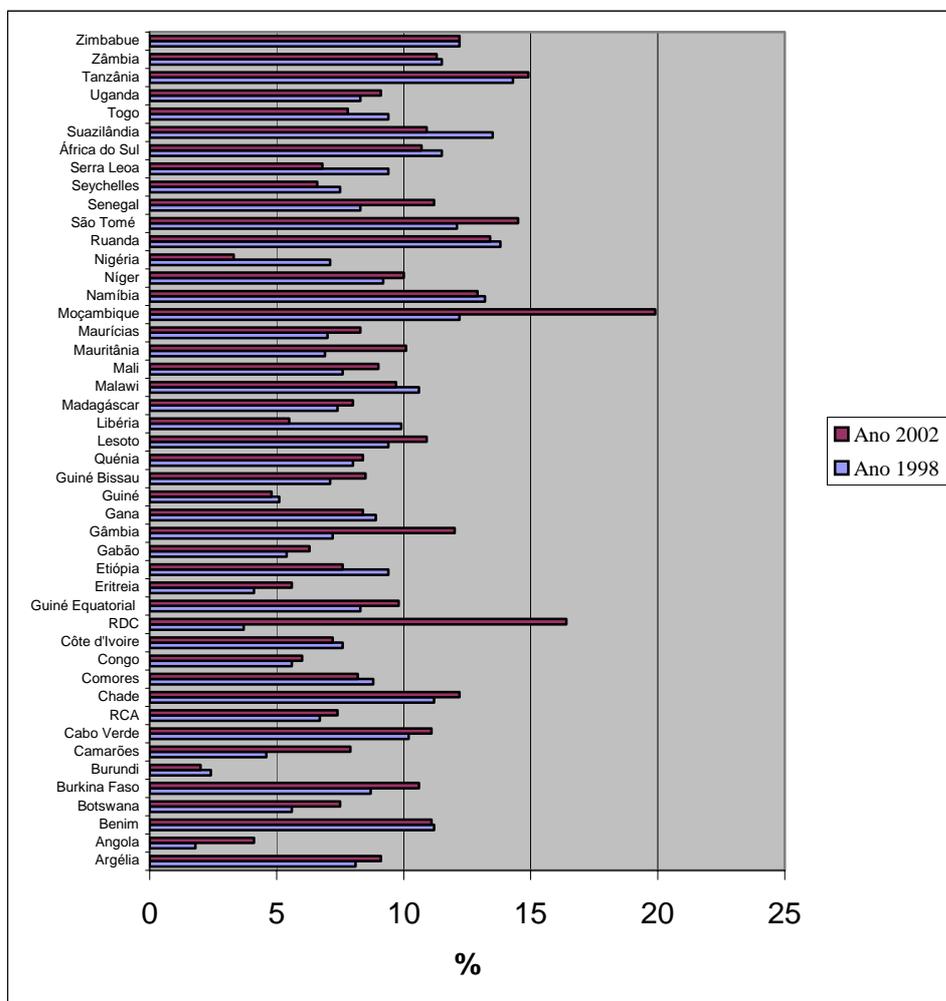
43. Convida-se o Comité Regional a analisar esta estratégia e a adoptar a respectiva proposta de resolução, em anexo.

Figura 1: Despesas governamentais per capita com a saúde à taxa média de câmbio (em dólares americanos), Região Africana da OMS



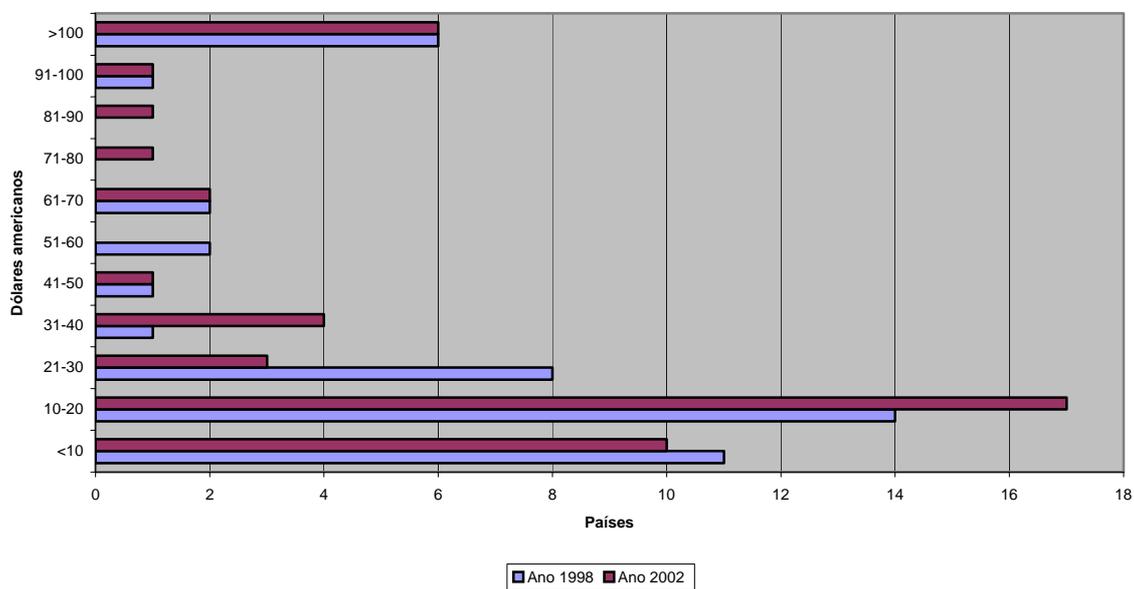
Fonte: Compilado de dados do *Relatório da Saúde no Mundo 2005: Fazer com que cada mãe e cada filho contem*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005, Anexo, Quadro 5.

Figura 2: Despesa geral do governo com a saúde, como percentagem da despesa total do governo, Região Africana da OMS



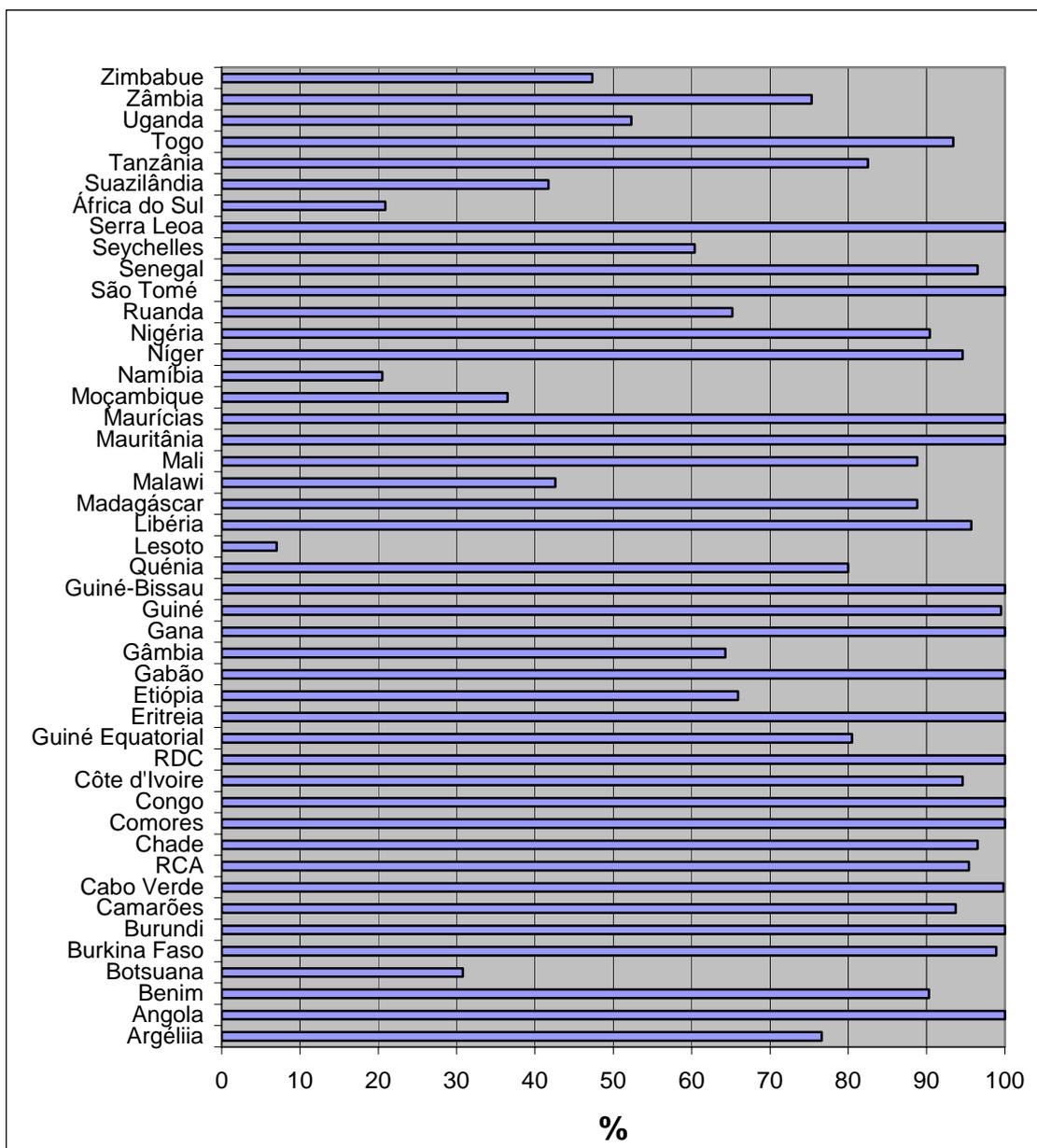
Fonte: Compilado de dados do *Relatório da Saúde no Mundo 2005: Fazer com que cada mãe e cada filho contem*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005, Anexo, Quadro 5.

**Figura 3: Despesa total per capita com a saúde à taxa média de câmbio
(em dólares americanos), Região Africana da OMS**



Fonte: Compilado de dados do *Relatório da Saúde no Mundo 2005: Fazer com que cada mãe e cada filho contem*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005, Anexo, Quadro 5.

Figura 4: Pagamentos dos utentes como percentagem das despesas privadas com a saúde, 2002, Região Africana da OMS



Fonte: Compilado de dados do *Relatório da Saúde no Mundo 2005: Fazer com que cada mãe e cada filho contem*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005, Anexo, Quadro 5.