



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A África

AFR/RC68/10
29 de Agosto de 2018

COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima oitava sessão

Dacar, República do Senegal, 27 a 31 de Agosto de 2018

Ponto 13 da ordem do dia

**GARANTIR O FINANCIAMENTO SUSTENTÁVEL PARA A COBERTURA UNIVERSAL
SAÚDE EM ÁFRICA NA ACTUAL CONJUNTURA DE FACTORES ECONÓMICOS
MUNDIAIS E LOCAIS EM MUDANÇA**

Relatório do Secretariado

ÍNDICE

	Parágrafos
ANTECEDENTES.....	1–5
PROBLEMAS E DESAFIOS	6–14
MEDIDAS PROPOSTAS	15–27

ANTECEDENTES

1. A cobertura universal de saúde (CUS) significa garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços essenciais de saúde de qualidade que precisam para a sua saúde e bem-estar sem terem de passar por dificuldades financeiras. A cobertura universal de saúde é a materialização dos esforços envidados para assegurar o direito à saúde e ao bem-estar das populações ao longo da vida, perante mudanças no contexto socioeconómico, político e ambiental. É vital para alcançar o nível de vida mais alto possível e para o desenvolvimento económico sustentável e abrangente. No entanto, menos de metade das pessoas em África consegue aceder aos serviços essenciais de saúde de que precisa para realizar o direito humano elementar que é a saúde.¹

2. Garantir o financiamento sustentável é um elemento fundamental para a consecução da cobertura universal de saúde e que também contribui para os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). A importância do financiamento sustentável para a cobertura universal de saúde foi avalizada pelos Estados-Membros.² O financiamento sustentável exige a mobilização adequada de fundos para os serviços de apoio e também que se garanta que os fundos sejam atribuídos e usados de uma forma equitativa, eficiente e previsível ao longo do tempo, para proteger os agregados familiares das dificuldades financeiras.

3. Vários Estados-Membros da Região implementaram reformas inovadoras no sentido de garantir o financiamento sustentável para a CUS. Por exemplo, em 2007, o Gabão promulgou uma lei que criou um regime de seguro de saúde, a “*Caisse Nationale d'Assurance maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS)* [Caixa Nacional de Seguro de Saúde e de Segurança Social]. O regime é parcialmente financiado por contribuições do sector formal e subsidiado para os pobres através de um imposto de 10% sobre as vendas de telemóveis e um de 1,5% sobre as remessas vindas do estrangeiro. Ao longo do tempo, a despesa total com a saúde *per capita* aumentou de 247³ dólares internacionais in 2007 para 321 dólares em 2014.⁴ Além disso, os pagamentos directos como percentagem da despesa total com a saúde diminuíram de 44% em 2007 para 22% em 2014. O Ruanda foi outro país que introduziu o seguro de saúde na forma de uma seguro social de saúde para os funcionários do sector formal, financiado por 15% do salário e partilhado em igual medida pelo funcionário e o empregador, e ainda o seguro de saúde de base comunitária ampliado ao nível nacional e financiado por prémios sujeitos a prova de recursos para os grupos de rendimentos mais elevados, subsídios governamentais para os mais pobres e, por último, contribuições obrigatórias de 5% de outros regimes de seguros, e também o Regimes Médico Militar, para os militares.⁵ Estes

1 Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2 UN General Assembly 67/81 : Global health and foreign policy ; UN General Assembly, Dec, 2012.

3 Unidade monetária que permitiria adquirir, num dado país, uma mesma quantidade de bens e serviços que um dólar Americano nos EUA. Fonte: World Bank, <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/114944-what-is-an-international-dollar> (última consulta a 02/04/2018).

4 Musango, L., & Aboubacar, I. (2010). *Assurance maladie obligatoire au Gabon : un atout pour le bien-être de la population*. World Health report.

5 Health Insurance law 2016 ; *Official Gazette n° 04 of 25/01/2016*;
http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/HLaws/Health_Insurance_law_2016.pdf

esforços mobilizaram recursos para financiar um pacote essencial, com a cobertura de serviços essenciais de saúde a aumentar para os 74%.⁶

4. Em 2017, os Estados-Membros da Região adoptaram um quadro para o reforço dos sistemas de saúde para a cobertura universal de saúde e os ODS em África (AFR/RC67/10).⁷ Este quadro fornece um leque de opções para os países levarem em consideração à medida que vão melhorando os seus sistemas e serviços para facilitar a consecução das metas da cobertura universal de saúde e dos ODS. Este quadro de acções reconhece a necessidade de meios inovadores de financiamento dos serviços de saúde para que a consecução da cobertura universal de saúde seja viável na Região. Tais inovações são precisas para mobilizar os recursos necessários de uma forma equitativa e eficiente.

5. O presente documento técnico analisa a situação da despesa com a saúde na Região Africana e fornece orientações aos Estados-Membros para conseguirem ultrapassar os desafios que se colocam à consecução da cobertura universal de saúde e dos ODS.

PROBLEMAS DE DESAFIOS

6. **Despesa inadequada com a saúde:** Em média, a despesa total com a saúde *per capita* na Região, tem vindo a aumentar à taxa de 6,83% por ano, de 141,65 dólares internacionais no ano 2000 para os 296,52 dólares em 2015. Embora esta taxa de crescimento seja comparável à de outras regiões da OMS, em termos absolutos, a média da despesa com a saúde foi menor do que a de todas as regiões, excepto a do Sudeste Asiático. Por outro lado, existem também desigualdades acentuadas na média da despesa total com a saúde na Região Africana, variando entre os 99,49 dólares *per capita* em países de baixo rendimento e os 898,40 dólares internacionais em países de rendimento elevado, como é o caso das Seychelles.

7. **Gastos elevados com a saúde devido a pagamentos directos:** O financiamento da saúde provém principalmente de fontes públicas, doadores, externas, privadas e pagamentos directos. Destas, a despesa com pagamentos directos representa a fonte menos equitativa e a que mais facilmente pode levar a despesas catastróficas com a saúde. As estatísticas revelam que, entre 2000 e 2005, a parcela média dos pagamentos directos como percentagem da despesa total com a saúde diminuiu de 44,55% para 34,98%. Trata-se de uma redução drástica, visto que os pagamentos directos acima de 15% a 20% da despesa total com a saúde estão estreitamente correlacionados com uma incidência elevada de pagamentos catastróficos.⁸ As evidências recentes mostram que a Região Africana tem as taxas de crescimento mais rápido de despesas catastróficas com a saúde⁹ desde o ano

⁶ Governo do Ruanda, 2016. Rwanda Demographic and Health Survey 2014-15. Kigali, Rwanda: National Institute of Statistics of Rwanda, Ministry of Finance and Economic Planning/Rwanda, Ministry of Health/Rwanda, and ICF International; 2016.

⁷ Acessível no sítio *Web* do Escritório Regional da OMS para a África: <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-01/AFR-RC67-10%20Framework%20for%20health%20systems%20development-Rev%2023.09.17.pdf>

⁸ World Health Organization. (2010). World Health Report, 2010: health systems financing the path to universal coverage. World Health Report, 2010: *health systems financing the path to universal coverage*.

⁹ As despesas catastróficas com a saúde ocorrem quando os pagamentos directos pelos serviços de saúde consomem uma grande fatia (com base num limiar pré-definido) do rendimento disponível de um agregado familiar e faz com que este seja empurrado para uma situação de pobreza.

2000, com uma taxa de crescimento anual estimada em 5,9%, e a mais baixa cobertura de serviços essenciais de saúde.¹

8. **Taxas elevadas de empobrecimento devido a más condições de saúde:** Na Região, 118 milhões de pessoas, representando 11,4% da população dos Estados-Membros, enfrentam despesas catastróficas com a saúde. Além disso, as Regiões Africana e do Sudeste Asiático representam 97% dos 97 milhões de pessoas empobrecidas devido às despesas com a saúde.³

9. **Desempenho económico em declínio nos Estados-Membros:** As estatísticas do Banco Mundial revelam que, entre 2000 e 2016, a África Subsariana registou um crescimento económico estável. Nos últimos anos, porém, esta taxa de crescimento abrandou consideravelmente; por exemplo, as estimativas actuais mostram que o crescimento económico foi de apenas 1,24% em 2016 desde o máximo de 7,08% atingido em 2007.¹⁰ É provável que esta situação condicione o leque de opções eficazes para aumentar o espaço fiscal para a saúde.

10. **Despesa inadequada e pouco equitativa com a saúde por parte do governo:** Os Estados-Membros comprometeram-se a gastar pelo menos 15% dos seus orçamentos com a saúde. Contudo, isto não se traduziu de forma coerente numa melhor afectação ao sector da saúde. Aliás, a despesa com a saúde em percentagem da despesa do governo diminuiu em 21 dos 47 Estados-Membros desde o ano 2000.¹¹ Os Estados-Membros gastaram, em média, apenas 9,9% do seu orçamento com a saúde em 2014, menos do que outras regiões do mundo.⁸ Em média, a despesa com a saúde na Região corresponde a 2,01% do PIB,⁷ mas varia entre 0,4% do PIB na Nigéria e 5,62% do PIB na Namíbia, o que sugere haver uma desigualdade acentuada na despesa entre os países.⁸ Além disso, a despesa dos governos com a saúde nos países com níveis semelhantes de rendimento varia grandemente, de 10% para 60% da despesa com a saúde, indiciando que outros factores determinam a afectação da despesa total com a saúde. As evidências recentes mostram que, em geral, a despesa pública com a saúde na Região subsidia em grande medida os ricos.¹² Por isso, é preciso melhor direccionar a despesa para haver mais equidade.

11. **Cobertura inadequada de regimes de pré-pagamento:** Os mecanismos obrigatórios de pré-pagamento são um meio comparativamente mais equitativos e sustentáveis de aumentar a protecção financeira.¹³ A parcela da despesa total com a saúde resultante de regimes de pré-pagamento, como o seguro de saúde, representou uma percentagem muito baixa da despesa com a saúde na Região Africana (3,87%) em 2015, um aumento ligeiro dos 2,47% da despesa total com a saúde registados no ano 2000. Actualmente, apenas quatro Estados-Membros alcançaram uma cobertura da população superior a 20% com um regime de seguro de saúde. São estes o Ruanda (74%),⁴ o Gana (55%),¹⁴ o Gabão (40%),¹⁵ e o Quénia (20%).¹⁶

¹⁰ <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> Última consulta a 23/11/2017.

¹¹ Cálculos da OMS baseados na informação da Base de Dados da Despesa Mundial com a Saúde: <http://apps.who.int/nha/database>, consultada pela última vez a 17/02/2018.

¹² Asante A, Price J, Hayen A, Jan S, Wiseman V. Equity in health care financing in low-and middle-income countries: a systematic review of evidence from studies using benefit and financing incidence analyses. *PLoS one*. 2016;11(4):e0152866.

¹³ Xu, Ke, et al. "Protecting households from catastrophic health spending." *Health affairs* 26.4 (2007): 972-983.

¹⁴ Ghana Statistical Service (GSS), Ghana Health Service (GHS), International. I. Ghana Demographic and Health Survey 2014. Rockville, Maryland, USA: GSS, GHS, and ICF International; 2015.

¹⁵ Direction Générale de la Statistique - DGS/Gabon, ICF International. Gabon Enquête Démographique et de Santé 2012. Calverton, Maryland, USA: Direction Générale de la Statistique - DGS/Gabon and ICF International; 2013.

12. **Aumento da dependência do financiamento externo para a saúde:** O financiamento externo em percentagem da despesa total com a saúde na Região aumentou de 9% no ano 2000 para os 24,42% em 2015.¹⁰ Isto coincidiu com reduções na parcela do investimento do governo na saúde, como proporção da despesa total com a saúde, o que sugere um efeito de deslocação do financiamento público por fundos externos. O aumento da dependência do financiamento externo não é um bom presságio para a sustentabilidade do financiamento em África, pois o financiamento externo tem tendência a ser imprevisível.

13. **Fracos sistemas de informação e de base factual para o financiamento da saúde nos países:** A planificação e a monitorização eficazes do financiamento da saúde na Região são dificultadas pela falta de evidências. Isto deve-se principalmente à institucionalização inadequada do acompanhamento prospectivo e retrospectivo dos recursos, assim como a geração de rotina de dados de inquéritos aos agregados familiares que fornecem informações sobre a utilização e os pagamentos dos serviços de saúde. Deste modo, a disponibilidade de evidências oportunas sobre a despesa, utilização e distribuição dos benefícios do financiamento público nos países, e também sobre a protecção financeira, é insatisfatória.

14. **Dissociação entre os recursos e os serviços essenciais:** Os recursos são principalmente mobilizados para a prestação dos serviços essenciais que as populações precisam para a sua saúde e bem-estar. No entanto, muitos Estados-Membros ainda não dispõem de pacotes actualizados de serviços essenciais de saúde para nortear os investimentos com os recursos mobilizados. Isto introduz o potencial para uma má afectação dos recursos mobilizados devido à falta de um processo de base factual para determinar as prioridades de investimento.

MEDIDAS PROPOSTAS

Os Estados-Membros deverão:

15. **Criar mecanismos para aumentar o financiamento público interno destinado ao sector da saúde:** os Estados-Membros deverão implementar medidas para aumentar a mobilização de recursos internos para um melhor financiamento público do sector da saúde. Algumas das medidas de base factual que podem ser consideradas incluem: i) regimes obrigatórios de pré-pagamento (Seguro Nacional de Saúde), com possível subvencionamento público para as pessoas que não possam contribuir; ii) novas fontes de tributação provenientes de taxas de Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA) em transacções por telemóvel e produtos que acarretam riscos para a saúde (açúcar, tabaco e álcool); iii) e subvenções cruzadas de regimes privados de seguros. O contexto macroeconómico e social, a equidade e a boa relação custo-eficácia das fontes propostas deverá nortear a adopção de novas fontes de financiamento para a saúde.

¹⁶ Kenya National Bureau of Statistics, Ministry of Health/Kenya, National AIDS Control Council/Kenya, Kenya Medical Research Institute, Population NCf, Development/Kenya. Kenya Demographic and Health Survey 2014. Rockville, MD, USA; 2015.

16. **Passar dos pagamentos directos para formas mais progressivas:** Estes pagamentos continuam a ser uma fonte essencial de financiamento, sobretudo para as actividades ao nível das unidades de saúde, em alguns Estados-Membros, embora a sua natureza regressiva os tornem incompatíveis com as expectativas da CUS. Os Estados-Membros deverão explorar mudanças institucionais para passar dos pagamentos directos para uma modalidade de pré-pagamento, de uma forma que beneficie os pagamentos directos em apoio das actividades ao nível das unidades de saúde.

17. **Elaborar e executar estratégias robustas de mobilização de recursos para se efectuar a transição do apoio do financiamento externo:** Para apoiar a transição para a auto-suficiência na despesa com a saúde, os Estados-Membros deverão começar a planificar e a implementar desde logo as reformas para o financiamento sustentável. Além disso, os factores como a relação custo-eficácia, a comportabilidade, o impacto orçamental, a sustentabilidade e a necessidade de uma intervenção, bem como a integração com os sistemas nacionais em geral, como os sistemas de compras, deverão ser levados em conta aquando da adopção de novas tecnologias.

18. **Melhorar a eficiência da despesa com a saúde:** Para além de aumentar os recursos para a saúde, os Estados-Membros deverão garantir o bom uso do dinheiro e reduzir o desperdício dos recursos já mobilizados. Por exemplo, melhorando a gestão das finanças públicas, minimizando o absentismo dos profissionais de saúde e melhorando as práticas de compras e promovendo a fabricação local de produtos de saúde, os Estados-Membros podem minimizar o desperdício e aumentar a eficiência dos programas e do sistema de saúde em geral.

19. **Envolver o sector privado e criar um ambiente que facilite a relação com o mesmo:** O sector privado representa até 50% da prestação de serviços de saúde em muitos Estados-Membros da Região. Os Estados-Membros deverão instituir os necessários quadros de política e jurídicos para a colaboração com o sector privado de modo a aproveitar os benefícios das práticas inovadoras de financiamento da saúde no sector privado, incluindo as plataformas de informação e processamentos de reembolsos, assim como tirar partido dos prestadores de serviços para alargar a cobertura dos serviços.

20. **Criar pacotes actualizados de serviços essenciais de saúde:** É fundamental definir correctamente o pacote de serviços essenciais que é garantido para todos e em todos os grupos etários, independentemente da sua capacidade de pagar. Estes pacotes são importantes para nortear os investimentos nos recursos humanos, na infra-estrutura e nos consumíveis necessários à prestação eficaz de serviços essenciais. Deverão ser elaborados serviços para cada grupo etário, por nível de cuidados e em todas as funções de saúde pública, em cada Estado-Membro.

21. **Institucionalizar os esforços para a produção de estatísticas, informação e conhecimentos para a cobertura universal de saúde.** Os Estados-Membros deverão investir no desenvolvimento de capacidade institucional para garantir que as estatísticas, a informação e os conhecimentos sejam produzidos em todas as vertentes do Reforço dos Sistemas de Saúde para a Cobertura Universal de Saúde e do Quadro de Acções para os ODS, de modo a permitir um melhor entendimento de como os recursos mobilizados estão a contribuir para as metas da cobertura universal de saúde e dos ODS importantes para a saúde e o bem-estar de todos, em todas as idades.

A OMS e os parceiros deverão:

22. **Apoiar os esforços de desenvolvimentos das capacidades dos Estados-Membros para a implementação e monitorização das reformas no financiamento da Saúde:** Isto deverá ser feito através da disponibilização de competências técnicas especializadas para a elaboração e implementação de estratégias e planos de financiamento da saúde, dispensa de formação para o desenvolvimento e aplicação de ferramentas e métodos para o financiamento da saúde, e congregação dos decisores políticos para fomentar a troca de experiências em termos de concepção e implementação de reformas no âmbito do financiamento da saúde. Deve-se, igualmente, possibilitar às autoridades sanitárias poderem envolver-se de formas mais significativas e produtivas com os ministérios das finanças, outros ministérios relevantes, deputados, sociedade civil e parceiros para fomentar a priorização suficiente da saúde no orçamento geral do governo.

23. **Apoiar os países na elaboração de pacotes essenciais de saúde para nortear as decisões de investimento:** Isto deverá incluir apoio técnico e reforço da capacidade local para conceber pacotes com boa relação custo-benefício adaptados ao contexto epidemiológico e demográfico. A OMS deverá também fornecer todas as ferramentas e orientações necessárias para os Estados-Membros desenharem pacotes essenciais.

24. **Promover os esforços com vista à produção de evidências para fins de advocacia e formulação de políticas para o financiamento sustentável da saúde:** Isto deverá incluir apoio à definição de prioridades para a investigação no domínio do financiamento da saúde. O apoio às instituições de investigação deverá promover a produção de evidências sobre as práticas de financiamento da saúde que funcionam, Contas Nacionais de Saúde e o reforço dos Observatórios Nacionais de Saúde. Estes dados factuais deverão ser adaptados a diferentes contextos, ao mesmo tempo que promovem a aprendizagem entre os países e apoiam os esforços para transpor a investigação sobre financiamento da saúde em acções concretas ao nível nacional. A OMS deverá dar apoio ao diálogo abrangente e fundamentado para um melhor e mais eficiente financiamento da saúde.

25. **Apoiar a advocacia de alto nível para o financiamento da saúde:** A OMS e os parceiros deverão potenciar as parcerias existentes com as entidades existentes e as suas plataformas, como a União Africana, as Comissões Económicas Regionais e outros, para envolver as principais partes interessadas, nomeadamente, Chefes de Estado, Ministros das Finanças e Deputados para defender o aumento da despesa interna com a saúde. Para além disso, a OMS deverá fomentar o diálogo político entre os Ministros da Saúde e os Ministros das Finanças para fomentar a implementação de reformas no financiamento da saúde e o alinhamento destas com as reformas na gestão do financiamento público.

26. **Acompanhar os progressos no financiamento sustentável para a cobertura universal de saúde.** Isto deverá incluir o apoio continuado aos esforços de produção de estatísticas, informação e conhecimentos para a cobertura universal de saúde nas vertentes do Reforço dos Sistemas de Saúde para a cobertura universal de saúde e do quadro de acções dos ODS. Isto deverá informar os progressos para a consecução da cobertura universal de saúde. Para além disso, deve ser prestado apoio aos Estados-Membros para estes desenvolverem ferramentas de dados sobre a despesa com a saúde, para poderem acompanhar os progressos de melhoramento desta despesa.

27. O Comité Regional analisou este relatório e aprovou as medidas propostas.